

Enfoque triádico interventivo cognitivo conductual para adolescentes con sintomatología depresiva

Blanca Estela Barcelata Eguiarte
Margarita Flores Mateos



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Enfoque triádico interventivo cognitivo conductual para adolescentes con sintomatología depresiva

**Blanca Estela Barcelata Eguiarte
Margarita Flores Mateos**

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Datos para catalogación bibliográfica

Autores: Blanca Estela Barcelata Eguiarte, Margarita Flores Mateos.

Enfoque triádico interventivo cognitivo conductual para adolescentes con sintomatología depresiva.

UNAM, FES Zaragoza, julio de 2019.

Peso: 9.5 MB.

ISBN: 978-607-30-2006-0.

Diseño de portada: Carlos Raziel Leños.

Diseño y formación de interiores: Claudia Ahumada Ballesteros.

Diseño gráfico: Gabriel Romero Nuñez.

Proyecto PAPIIT IN303714-3, "Adaptación y resiliencia en contextos múltiples. Bases para la intervención en la adolescencia".

DERECHOS RESERVADOS

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del texto o las ilustraciones de la presente obra bajo cualesquiera formas, electrónicas o mecánicas, incluyendo fotocopiado, almacenamiento en algún sistema de recuperación de información, dispositivo de memoria digital o grabado sin el consentimiento previo y por escrito del editor.

**Enfoque triádico interventivo cognitivo conductual
para adolescentes con sintomatología depresiva.**

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México

Av. Universidad # 3000, Col. Universidad Nacional Autónoma de México, C.U.,
Alcaldía de Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, México.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Av. Guelatao # 66, Col. Ejército de Oriente,
Alcaldía de Iztapalapa, C.P. 09230, Ciudad de México, México.

Agradecimientos

Se agradece a la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México a través del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) IN303714-3 “Adaptación y resiliencia en contextos múltiples. Base para la intervención en la adolescencia” por su financiamiento para la investigación y difusión de los mismos.

Se extiende un agradecimiento a la FES Zaragoza, ya que a través del equipo de administración del proyecto se hicieron las gestiones respectivas para su desarrollo.

Se hace un especial agradecimiento a los adolescentes que accedieron a participar en la intervención así como a sus padres que autorizaron que estos asistieran de manera puntual a las sesiones.

Blanca E. Barcelata Eguiarte

Introducción	7
I. Primera Parte	9
Capítulo 1. Adolescencia y depresión	11
1.1 Adolescencia y transformación	11
1.2 Depresión en la adolescencia	14
1.2.1 Síntomas de la depresión e instrumentos de evaluación	19
Capítulo 2. Terapia cognitivo-conductual: tratamiento de la depresión adolescente	27
2.1 Estrategias de intervención conductual de la depresión	29
2.2 Estrategias de intervención cognitiva de la depresión	35
II. Segunda Parte	45
Capítulo 3. Un enfoque triádico cognitivo-conductual (PEC): propuesta de intervención con adolescentes	47
Sesión 1. Presentación	50
Sesión 2. Mis pensamientos y sus efectos	54
Sesión 3. Pensamientos: negativos y positivos	59
Sesión 4. Alternativas a mis pensamientos negativos	65
Sesión 5. Pensando en mis actividades	71
Sesión 6. Resaltando lo mejor de mí	76
Sesión 7. Mis actividades y lo que siento	78

Sesión 8. Yo elijo lo que me gusta hacer y mis emociones	84
Sesión 9. Ganándole a las barreras	90
Sesión 10. Creando mis metas	95
Sesión 11. Planeando mi futuro	100
Sesión 12. Mi relación con los otros	104
Sesión 13. Mi relación con los otros: problemas y apoyo	109
Sesión 14. Escuchando con atención	112
Sesión 15. Comunicación asertiva	117
Sesión 16. Normas para mejorar mis relaciones	123
Sesión 17. Del pasado al futuro	126
Sesión 18. Autoevaluación final	129
Consideraciones finales	133
Referencias	139
Acercas de las Autoras	147

La adolescencia es una de las etapas de mayor vulnerabilidad en el desarrollo de un individuo, ya que generalmente tiene que hacer frente a una gran variedad de demandas tanto internas como externas cuando aún no cuenta con todos los recursos suficientes para enfrentarlas, por lo que los adolescentes son considerados un grupo en constante riesgo.

México se encuentra entre los países con mayor prevalencia de problemas de salud mental en jóvenes y adolescentes, incluida la depresión. Aproximadamente el 10.5% de los adolescentes presenta algún tipo de depresión (Benjet et al., 2009), que de no ser atendida oportunamente puede desencadenar mayores consecuencias como el suicidio (Hernández-Cervantes & Lucio, 2006; Lucio, Plascencia & Zamarrón, 2005).

Ya que los adolescentes no suelen buscar ayuda por sí mismos, es importante hacerles llegar la atención necesaria, con estrategias que permitan manejar de manera satisfactoria sus emociones, relaciones y percepción de estresores. Es importante señalar la necesidad de intervenir en los principales contextos de su desarrollo y que no solo el profesional especializado sea quien brinde las herramientas, sino que cualquier persona a cargo de un grupo de adolescentes pueda desempeñar el rol del facilitador.

La mayoría de los tratamientos en depresión se ubican en el modelo cognitivo-conductual. La evidencia muestra que las estrategias de la terapia cognitivo-conductual es una de las que presenta mayor efectividad tanto con adultos como con adolescentes (Muñoz, Aguilar-Gaxiola, & Guzmán, 2003; Pérez & García,

2001; Puerta-Polo & Padilla, 2011). El propósito principal de la terapia cognitivo-conductual es disminuir los sentimientos de depresión, acortar el tiempo que el adolescente pase sintiéndose deprimido, aprender nuevas formas de prevenir el deprimirse de nuevo y sentirse con mayor control. Este tipo de terapia se encuentra ampliamente documentada con adultos, sin embargo, aunque también existe suficiente información al respecto a su efectividad, los resultados pueden variar dependiendo de la etapa de la adolescencia en la que se encuentren los adolescentes y en función del contexto. En este sentido, no se puede asumir que los protocolos de intervención desarrollados específicamente para adolescentes tienen un carácter universal. A pesar de que uno de los modelos de tratamiento C-C más conocido es el de Muñoz, Aguilar-Gaxiola y Guzmán (1986); las características contextuales de los adolescentes, ha generado, por un lado, que sea adaptado por investigadores y terapeutas de otros países (Muñoz, Ghosh-Ippen, Valdes, Rao & Le, 2003; Rosselló & Bernal, 2007), y por otro, que se desarrollen nuevos protocolos e incluso propuestas en función de factores como características propias de la etapa, el nivel de depresión (en casos de depresión severa, los enfoques generalmente utilizados son mixtos, farmacológicos y psicológicos), las características de la población a quien va dirigida la intervención.

Estas son algunas razones por lo que la finalidad de este libro es presentar una breve revisión de lo que implica la adolescencia, la depresión en esta etapa y formas alternativas para su tratamiento multidimensional con base en el enfoque cognitivo-conductual, priorizando algunas de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis (Ellis & Abrahams, 2005) esperando sea una guía para la práctica clínica de profesionales de la salud en los niveles de atención primaria.

Blanca E. Barcelata Eguiarte

Primera Parte

CONSIDERACIONES TEÓRICAS

ÍNDICE

1.1 Adolescencia y transición

La adolescencia es esencialmente una época de cambios, que trae enormes variaciones físicas y emocionales, transformando al niño en adulto. En la adolescencia se define la personalidad, se construye la independencia y se fortalece la autoafirmación. Para lograr esto, el adolescente todavía necesita apoyo de la familia, la escuela y la sociedad, ya que sigue siendo un período de aprendizaje.

De acuerdo a criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1986 (OMS, 2017), se acepta que la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años de edad, coincidiendo generalmente su comienzo con los cambios puberales (10 a 14 años), y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológico (15 a 19 años).

Los cambios y manifestaciones por los que atraviesa el adolescente pueden ser percibidos, por un lado, como reflejo de madurez, de crecimiento y en consecuencia, ser fuente de satisfacción, o por el contrario, pueden ser vistos como fuente de constante preocupación (Coleman, Henry & Kloep, 2007; Dulanto, 2002).

De manera general, el desarrollo del adolescente está determinado por procesos biológicos, cognoscitivos y socioemocionales que se entrelazan de manera compleja y

se caracterizan por presentar cambios en el aspecto físico, psicológico y social de los individuos (Delval, 2000; Santrock, 2003).

Los procesos biológicos son tanto internos como físicos. La secreción de hormonas sexuales y de crecimiento se ve reflejada en el aumento de peso, estatura, y desarrollo y forma corporales. El adolescente no solo tendrá que adaptarse a su nueva imagen y sensaciones, sino también a su forma de pensar y el ambiente en que se desenvuelve, por lo que le puede generar desajuste en todos los ámbitos de su vida.

Los procesos cognoscitivos implican cambios en el pensamiento que permiten al adolescente abordar de manera diferente los problemas y entender la realidad y la vida. Se vuelve capaz de discriminar lo real de lo ideal, de construir y entender ideas, teorías y conceptos abstractos, de establecer relaciones de causalidad y de adquirir el pensamiento formal (Piaget, 1975). Puede considerar situaciones hipotéticas y entender los problemas complejos que involucran procedimientos intelectuales, lo que le permite pensar acerca de sus propios pensamientos, a la vez que alega con mayor firmeza en las discusiones que tiene con los padres, maestros y otras autoridades, y cuestiona las reglas sociales, costumbres o tradiciones y otros temas similares (Arnett, 2008; Papalia et al., 2001).

En la adolescencia las emociones pueden experimentarse y expresarse de manera más intensa y eso se debe a la acción de las hormonas que provoca cambios químicos en el cerebro, y a los cambios físicos y psicológicos que influyen en las emociones y las hacen menos estables. De ahí los frecuentes cambios de humor de los adolescentes que son totalmente normales. Esta etapa plantea uno de los desafíos más difíciles para las familias, en términos relacionales lo que se traduce en interacciones complejas padres-hijos. La dependencia con la familia de origen disminuye y se priorizan las relaciones con pares y adultos fuera de la familia. Transfieren al grupo de pares gran parte de la dependencia que antes mantenían con la familia. La capacidad para los

adolescentes para enfrentar las demandas de la sociedad moderna está en función de varios factores, entre ellos su desarrollo físico y fisiológico, así como también el de sus habilidades cognitivas (Pasqualini, & Llorens, 2010). Es posible que los adolescentes, quienes por un lado enfrentan cambios hormonales y por otro un mundo cada vez más complejo, sientan que nadie puede entender sus sentimientos, en especial sus padres. Como resultado, el adolescente puede sentirse enojado, solo y confundido y a veces incluso experimentar una sensación de “abandono”.

Fountain (1961, citado en Horrocks, 2008) sugiere que hay cualidades que caracterizan al adolescente y los diferencian de los adultos: a) sentimientos especialmente intensos y volubles; b) necesidad de recompensas inmediatas y frecuentes; c) comparativamente, poca capacidad para examinar la realidad; d) baja capacidad para la autocrítica; y e) inconsciencia o indiferencia hacia las cosas y sucesos que no están relacionados con la propia personalidad. No obstante, y dado por un lado, que el desarrollo adolescente es el resultado de la interacción de varios sistemas que incluyen lo individual hasta lo contextual, y por otro, que dichos contextos son cambiantes, estas características no se pueden generalizar a todos los adolescentes. Muchos de ellos, por el contrario son altamente comprometidos con los demás y con su entorno (Lerner, 2006).

Robert Havighurst (1972, citado en Kimmel et al., 2001), sugirió una serie de tareas o logros del desarrollo que los individuos deben hacer frente en diversos puntos de su ciclo vital, refiriéndose a los logros como conocimientos, destrezas, actitudes o funciones específicas que se supone que los individuos adquirirán o desarrollarán en momentos concretos de su vida. Havighurst refiere que existen necesidades y cambios físicos, que interaccionan con las demandas y las expectativas sociales. A cada etapa de la vida le corresponden una serie de tareas o logros evolutivos específicos, de los cuales son ocho las que se deben hacer frente durante los años de la adolescencia:

1. Aceptarse físicamente y utilizar el propio cuerpo con eficiencia.
2. Conseguir relaciones nuevas y más maduras con los iguales de ambos géneros.
3. Lograr un rol social (masculino o femenino).
4. Independizarse emocionalmente de los padres y de otros adultos.
5. Prepararse para la vida de pareja y la familia.
6. Prepararse para tener una profesión.
7. Adquirir un conjunto de valores y un sistema ético como guía de conducta (desarrollar una ideología).
8. Desear y llevar a cabo una conducta socialmente responsable.

Estas tareas básicas del desarrollo adolescente pueden representar fuente de estrés y presión que algunos adolescentes dependiendo de la combinación de variables personales, proximales como la familia o el vecindario, o distales como la pobreza o la violencia social, les es más difícil enfrentar de manera positiva. La importancia de conocer los cambios por los que atraviesa todo adolescente se vuelve relevante para identificar cuando no hay un adecuado ajuste que puede traducirse en diversas formas de malestar emocional o que ponen en riesgo su salud física y mental como la depresión.

1.2 Depresión en la adolescencia

Los estados emocionales pueden influir en la salud del adolescente, al mismo tiempo que en el reconocimiento de síntomas y búsqueda de atención médica. En general los estados de ánimo negativos, especialmente si son intensos y/o prolongados, hacen al adolescente más vulnerable a diversas enfermedades, incrementan la percepción y reporte de síntomas, disminuyen la disposición a buscar ayuda oportuna, inducen conductas no saludables (como fumar, consumir alcohol o trastornos de la conducta

alimentaria) y pueden afectar tanto la recepción como la percepción de apoyo social. Esto permite explicar por qué la depresión se asocia de manera negativa con el bienestar (Barra, Cerna, Kramm, & Véliz, 2006).

La OMS (2015) estima que la depresión es uno de los trastornos más frecuentes y que más discapacidad provoca en el mundo. Afecta más a las mujeres que a los hombres. La depresión puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En su forma más grave, puede conducir al suicidio.

Según datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del 2003 (Medina-Mora et al, 2003), de la población mexicana el 8.8% ha presentado por lo menos un cuadro de depresión alguna vez en su vida y 4.8% lo presentó en el año previo a la realización de esta encuesta. Se calcula que la mitad de estos casos son severos y es 1.5 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres. La edad de inicio es difícil de establecer, ya que el primer episodio usualmente es leve y no es tratado, muchas veces se reconoce en retrospectiva muchos años después. Puede aparecer a cualquier edad (Heinza & Camacho, 2010). Se estima que sus primeras apariciones son en la infancia o la adolescencia.

Se ha observado que las personas que padecen un episodio de depresión antes de los 18 años de edad tienen en promedio siete episodios a lo largo de su vida; aunque pueden ser menos episodios en los casos que recibieron tratamiento en su primer episodio. En este sentido, los hallazgos indican que la mayor cronicidad de la depresión con inicio temprano se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno, y no por haber iniciado en edad joven (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista, & Zambrano-Ruiz, 2004). Sin embargo, los niños y adolescentes no suelen buscar ayuda por sí mismos.

En las últimas décadas se empezó a reconocer la depresión como un trastorno que también padecen niños y adolescentes, lo cual puede tener implicaciones sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales y en su funcionamiento en años posteriores, ya que las personas que padecen depresión en la infancia o la adolescencia les queda vulnerabilidad y persiste hasta la edad adulta, por lo que es importante estudiarla y detectarla a edad temprana (Benjet, et al., 2004).

La OMS (2011), señala que en un año cualquiera, aproximadamente el 20% de los adolescentes padecen un problema de salud mental, como depresión o ansiedad. El riesgo se incrementa cuando concurren experiencias de violencia, humillación, disminución de la estima y pobreza, lo cual puede culminar en suicidio, una de las principales causas de muerte entre los jóvenes.

Reportes más recientes como la Encuesta Nacional Mexicana de Salud Mental Adolescente realizada en la Ciudad de México informan que aunque los estados de ánimo en los adolescentes son el tercer trastorno de salud mental y no son los más prevalentes, son los más graves y se asocian con conducta suicida (Benjet, et al., 2009). Los datos indican que el 10.5% de los adolescentes varones entre 12 y 17 años de edad presentan depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II. Mientras que para las mujeres, la depresión mayor ocupa el segundo lugar de los trastornos con mayor prevalencia, lo que podría representar mayor vulnerabilidad a otros problemas si no son atendidos oportunamente.

Existen diferencias por género en la frecuencia y severidad de los síntomas depresivos en adolescentes (Bennett, Ambrosini, Kudes, & Rabinovich, 2005). Las chicas pueden presentar mayor culpa, insatisfacción con su imagen corporal, ideas de falla o incapacidad, problemas para concentrarse, tristeza, problemas para el sueño, fatiga y preocupación por su salud. En contraste con los hombres, en quienes puede

predominar la anhedonia, el afecto depresivo y la fatiga matutina. Esto se puede deber a la combinación de transiciones biológicas y sociales que presentan las mujeres, además de que tiene mayor vulnerabilidad de desarrollar problemas de identificación, autoestima y autoeficacia, los cuales se acrecientan en esta etapa y serían factores desencadenantes de los síntomas depresivos (Barra et al., 2006). También existen diferencias en las mujeres en la forma de afrontar los problemas, quienes además tienden a reportar más estrés global, así como mayor preocupación por su imagen corporal (Arnett, 2008).

Algunas investigaciones sugieren que los adolescentes con depresión perciben más estrés en comparación con aquellos que no presentan estrés (Ferreira, Granero, Noorian, Romero, & Doménech-Llaberia, 2012; Heredia-Ancona, Lucio-Gómez & Suárez-de la Cruz, 2011; Veytia, González-Arratia, Andrade, & Oudhof, 2012). Los resultados indican que vivir en situación de riesgo afecta la percepción interna de los individuos, lo que incide en las vivencias de estrés. Esto sugiere que los sucesos de vida al ser percibidos como estresantes juegan un papel importante en el desarrollo de síntomas depresivos (Heredia-Ancona et al., 2011). Al ser percibidos de manera negativa pueden tener consecuencias mayores como el suicidio (Hernández & Lucio, 2006; Lucio, et al., 2005). Esos estudios indican que hay una importante correlación entre los sucesos de vida estresantes y el riesgo suicida, de acuerdo a un estudio realizado en estudiantes adolescentes mexicanos. Se menciona que al aumentar el número de sucesos estresantes en los jóvenes el riesgo suicida aumente, principalmente al considerar algunos sucesos familiares y personales como negativos a diferencia de los jóvenes sin depresión o ideación suicida.

Hallazgos más recientes refieren que los acontecimientos estresantes más frecuentes entre los adolescentes de diferentes contextos, incluyendo a los que presentan sintomatología depresiva, son de la dimensión familiar, como son los desacuerdos

con los padres, ser castigado injustamente, así como la disminución de los ingresos (Barcelata, Duran & Lucio, 2012; Flores, 2016; Jiménez, Menéndez & Hidalgo, 2008; Lucio, 2004; Lucio, Barcelata & Durán, 2001; Plunkett, Radmacher & Moll-Phanara, 2000; Veytia, et al, 2012). En este sentido, se puede decir que el funcionamiento familiar afecta e impacta de forma negativa su desarrollo, siendo la familia el primer contexto social de desarrollo y del que dependen los chicos.

Cabe destacar que otra área donde se presentan más conflictos es la personal (Flores, 2016; Lucio, et al, 2001; Jiménez, et al, 2008; Hernández-Cervantes & Lucio, 2006), como el tener cambios negativos en su forma de ser que los pone en situaciones de riesgo. Además, los eventos referentes a contextos sociales juegan un papel importante en esta etapa y algunas investigaciones lo han asociado con sintomatología depresiva (Heredia-Ancona et al, 2011; Veytia, et, al, 2012) y un escenario que permite las interacciones es la escuela, donde predominan los conflictos relacionados al comportamiento, en particular con los maestros, aunque en algunos casos son las chicas quienes presenta más dificultades en esta área (Flores, 2016; Morales, 2009).

Algunas evidencias señalan que en la adolescencia la depresión se refleja con mayor frecuencia en el deterioro del rendimiento escolar como lo puede ser reprobar o repetir el año (Flores, 2016; Galicia, Sánchez, & Robles, 2009; Herrera & Maldonado, 2002; Jiménez et al, 2008; Pérez & Urquijo, 2001; Veytia, et al, 2012).

Cabe mencionar que los acontecimientos vitales que son percibidos con mayor grado de estrés pueden ser considerados como predictores de los síntomas de depresión. Sin embargo, también podría ser a la inversa, es decir, que los adolescentes que experimentan mayor ánimo depresivo podrían estar más propensos a percibir diversos eventos vitales como más estresantes y a autoperibirse con menos recursos personales, resultando así un mayor estrés percibido (Barra et al., 2006).

Los jóvenes que desarrollan depresión mayor presentan mayor riesgo de ideación e intento suicida, en comparación con jóvenes que no presentan depresión mayor. Entre los factores que influyen tanto en la vulnerabilidad como en la resiliencia de las respuestas de suicidio estaban presentes antecedentes familiares de suicidio, abuso sexual en la infancia, factores de personalidad, afiliaciones de pares y el éxito escolar (Fergusson, Beautrais, & Horwood, 2003).

Se ha encontrado que los adolescentes que presentan depresión de larga duración han experimentado más sucesos de vida estresantes relacionados con problemas familiares, mientras que los que tienen episodios depresivos más cortos presentan sucesos estresantes relacionados con el grupo de pares (Grant et al., 2003; 2004).

1.2.1 SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN Y SU MEDICIÓN

Aunque la mayoría de las personas experimenta tristeza de vez en cuando, normalmente como respuesta a algún acontecimiento de la vida (p.e. pérdida de un ser querido, tener un fracaso, problemas familiares), en algunas ocasiones esos sentimientos continúan a lo largo del tiempo acompañados de otros síntomas que provocan malestar y dificultad para desarrollar la vida cotidiana. Estas situaciones causan dolor tanto a quien lo padece, como a quienes les rodean. Este conjunto de síntomas y sensaciones es lo que se conoce como depresión. La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda y pérdida de interés general por las cosas de forma mantenida. Además suele asociarse a otros síntomas psicológicos, físicos y del comportamiento.

Cuando se habla de sintomatología, se hace mención principalmente a la manifestación de algunos indicadores cognitivos, emocionales y/o conductuales que aparecen de manera conjunta o separada y con diversa intensidad con respecto a un trastorno o

alteración en la salud mental o el bienestar emocional. Cuando es la propia persona quien lo percibe y reporta se les conoce como síntomas y cuando son identificados por un observador entrenado se les denomina signos, aunque también pueden ser reportados de manera indirecta a través de algún instrumento o prueba. La sintomatología que presenta un adolescente con un cuadro de depresión, implica cambios o modificaciones a nivel emocional, cognitivo, motivacional, neurovegetativo y físico (Wicks-Nelson & Israel, 2000).

Depresión es un término general que se refiere a un período prolongado de tristeza, en que se distinguen varios niveles de depresión. El estado de ánimo depresivo es el periodo duradero de tristeza, sin síntomas relacionados. El síndrome depresivo se refiere a un período duradero de tristeza junto con otros síntomas como llanto frecuente, sentimientos de falta de valor, culpa, soledad y preocupación. La forma más grave de la depresión es el trastorno depresivo mayor (Arnett, 2008).

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM). El diagnóstico debe realizarse mediante la entrevista clínica, apoyado por instrumentos de detección. Los síntomas específicos de los trastornos depresivos se incluyen en la tabla 1.

La imagen clínica de la depresión en los adolescentes es similar pero no idéntica a la observada en los adultos. En primer lugar, es más común la irritabilidad que el desaliento en este grupo y a menudo se interpreta de manera errónea por los padres y otros adultos como rebeldía o desobediencia. Además, los adolescentes tienen menos posibilidades que los adultos de manifestar la depresión con palabras. En lugar de ello, comunican sus tensiones a través de conductas disfuncionales como desempeño escolar inadecuado, abstinencia social o actos antisociales (Nogales et al., 2014).

Tabla 1. Síntomas de los criterios de diagnóstico del CIE-10 y DSM-V.

CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades)	DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
Animo depresivo. Incapacidad para disfrutar, pérdida de interés. Fatiga, falta de vitalidad. Baja confianza o autoestima. Ideas de culpa o minusvalía. Pensamientos y/actos suicidas. Baja de atención y concentración. Aumento o disminución de la actividad motriz. Aumento o disminución del apetito. Trastornos del sueño.	Estado de ánimo depresivo o irritable durante la mayor parte del día, casi todos los días. Disminución del interés o el placer de todas o casi todas las actividades, casi todos los días. Pérdida o aumento de peso significativo o disminución del apetito. Insomnio o exceso de sueño. Agitación o retardo psicomotriz que pueden ser observados por otros. Falta de energía o fatiga. Sentimientos inapropiados de minusvalía o culpa. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse. Pensamientos recurrentes de muerte. Pensamientos suicidas recurrentes.

De acuerdo con la Guía Clínica de Depresión en Niños y Adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (Nogales et al., 2014), en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste (Tabla 2). Los síntomas tienen que mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe de acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, escolar o de otras áreas importantes de la actividad del menor. En lugar de pérdida de peso, los niños y adolescentes pueden no alcanzar el peso y altura esperados para su salud.

Tabla 2. Síntomas de depresión infantil según la edad.

Edad	Síntomas
<p>Menor a 7 años</p> 	<p>Llanto inmotivado. Quejas somáticas. Irritabilidad Detenciones del desarrollo. Rechazo escolar.</p>
<p>7 a 12 años</p> 	<p>Quejas somáticas. Agitación psicomotriz. Agresividad. Apatía y tristeza. Quejas de aburrimiento. Sensación de “estar superado por las exigencias”. Falta de concentración. Bajo rendimiento y pobre adaptación escolar. Rechazo escolar. Trastorno del sueño. Cambios en los hábitos del sueño. Astenia y fatiga o pérdida de energía. Cambios en el apetito. Indecisión. Ideas de muerte recurrente (no necesariamente ideas de suicidio).</p>
<p>Adolescencia 13 a 18 años</p> 	<p><i>Mismos síntomas que en la edad prepuberal.</i> Conducta negativista. Agresividad. Irritabilidad. Desgano para cooperar en actividades familiares. Desinterés por el aseo personal. Dificultades escolares. Retraimiento social con hipersensibilidad. Hipersensibilidad al rechazo. Desinterés por cosas que antes le atraían. Ideas de muerte y suicidio. Planes suicidas.</p>

Aunque la CIE, el DSM y la Guía Clínica de Depresión en Niños y Adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro ofrecen un conjunto de criterios y síntomas a evaluar, estos requisitos diagnósticos deben emplearse para orientar la entrevista y el juicio clínico. La entrevista clínica es el procedimiento esencial en el diagnóstico de la depresión. La evaluación de la depresión debe realizarse con un enfoque amplio y no debería basarse únicamente en el recuento de síntomas, por lo que se pueden emplear instrumentos de evaluación para la detección de depresión en niños y adolescentes (Cárdenas, Feria, Vázquez, Palacios & De la Peña, 2010; Nogales, et al, 2014).

Tabla 3. Instrumentos de evaluación para la detección de depresión en niños y adolescentes.

Instrumento	Características
<p>Escala de Birlson para Trastorno Depresivo Mayor en Niños y Adolescentes (del inglés Depression Self Rating Scale –DSRS-) (De la Peña, Lara, Cortés, Nicolini, Paéz & Almeida, 1996).</p>	<p>Fue diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes y puede utilizarse para supervisar la respuesta al tratamiento, esto es, su evolución. Es una escala autoaplicable tipo Likert que consta de 18 reactivos, con una puntuación máxima de 36. El tiempo de respuesta del instrumento varía dependiendo de cada sujeto, entre 5 y 10 minutos. Fue validada en español por De la Peña y colaboradores (1996), investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. La escala es autoaplicable, esto es, el chico puede contestarla por sí mismo, o puede también ser leída por el profesional de la salud para que el chico vaya dando su respuesta. Los reactivos 1,2,4,7-9,11-13,15 se califican de 0 a 2 y los reactivos 3,5,6,10,14,16,17 se califican en forma inversa, es decir, de 2 a 0. La puntuación de 14 o más indica alta probabilidad de padecer depresión, sin embargo no sustituye el diagnóstico clínico.</p>

Tabla 3. Instrumentos de evaluación para la detección de depresión en niños y adolescentes (*continuación*).

Instrumento	Características
<p>El Inventario de Depresión de Niños (CDI) (Del Barrio & Carrasco, 2004)</p>	<p>Fue desarrollado por Kovacs y colaboradores en 1977 y en el año 2004, aparece la versión en español del instrumento (Del Barrio & Carrasco, 2004). Tiene como objetivo evaluar alteraciones afectivas y los síntomas depresivos en niños y adolescentes. Es un cuestionario de 27 ítems para niños y adolescentes entre 7 y 16 años, que se realiza de 10 a 25 minutos en función de la capacidad lectora del niño. Cada reactivo cuenta con tres opciones de respuesta alternativas que se califican de 0 a 2, de las cuales el niño selecciona la que mejor describa como se ha sentido en las dos últimas semanas. El contenido de los ítems cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil. Puede ser contestado directamente por los niños, como autoinforme, o puede contestarlo algún adulto de referencia como el padre, la madre, profesores o cuidadores. Cuando se aplica por este último procedimiento los ítems deben leerse en tercera persona. La aplicación es individual o colectiva.</p>
<p>Inventario de Depresión de Beck para Adolescentes (BDI-A) (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena, & Varela, 1998)</p>	<p>Diseño a partir del Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), estandarizado por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998) y validado para adolescentes mexicanos por Beltrán, Freyre y Hernández (2012). Evalúa la severidad de los síntomas de depresión referidos en la semana previa a la aplicación. Es una escala autoaplicable, esto es, el adolescente la contesta por sí mismo. Consta de 21 ítems con diseño alternativo de 4 respuestas múltiples, que va de 0 a 3 puntos, donde de 0-13 puntos se clasifica como no deprimidos, 14-19 ligeramente deprimidos, 20-28 moderadamente deprimidos y 29-63 gravemente deprimidos.</p>

Tabla 3. Instrumentos de evaluación para la detección de depresión en niños y adolescentes (*continuación*).

Instrumento	Características
<p>Escala Clínica de Depresión (2) y Escala de Contenido Depresión Adolescente (Dep-A) del MMPI-A (Lucio, 1999).</p>	<p>Son escalas dicotómicas (verdadero-falso) que forman parte del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) estandarizado en población mexicana de 13 a 18 años (Lucio, 1999). La Escala de Depresión (2) está integrada por reactivos que identifica elementos asociados a la depresión, mientras que la Escala Depresión-A identifica sintomatología depresiva de manera específica y diferenciada de otros trastornos como la ansiedad, o elementos que podrían estar presentes como parte de un cuadro depresivo.</p>
<p>Escala de Depresión del Centro de Estudio Epidemiológicos (CES-D-R) (González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira & Wagner, 2008)</p>	<p>Esta escala fue construida originalmente por Leonore Radloff (1977) y posteriormente, en el año de 1980, Helen Orvaschel (citado en Ezpeleta, Doménech. y Polaino, 1988) realiza modificaciones para hacer mas comprensibles los reactivos y adaptarla a población infantil y adolescente. Posteriormente fue validada por González-Forteza y colaboradores para adolescentes mexicano (2008). Consta de 35 reactivos que permiten valorar la presencia y frecuencia de los síntomas a través de cinco categorías (Síntomas de Episodio de Depresión Mayor clínicamente relevantes, Episodio de Depresión Mayor altamente probable, Episodio de Depresión Mayor probable, Episodio depresivo subumbral, Ausencia de síntomas de Episodio de Depresión Mayor de relevancia clínica). Es una escala autoaplicable, donde el adolescente señala la ocurrencia de cada síntoma durante la semana pasada a la aplicación.</p>

Estas son solo las escalas de mayor uso en la evaluación de la depresión en adolescente. Entre los más empleados destacan los mencionados en la tabla 3. Sin embargo, la CES-D-R es tal vez la más utilizada en las encuestas metropolitanas y a nivel nacional en México, mientras que el resto son de mayor uso en la práctica clínica y /o como tamizaje. El uso de instrumentos como estos permite detectar sintomatología depresiva de manera temprana para su prevención oportuna por ejemplo como formas de tamizaje en las escuelas. Asimismo en ambiente clínicos o con adolescentes que ya presentan algunos signos de depresión permiten evaluar la severidad de la sintomatología lo cual es muy importante no solo para fines diagnósticos sino principalmente para el diseño o la elección de la intervención más adecuada.

Aunque la depresión puede ser tratada con psicoterapia o con farmacología, es común que en casos de depresión severa y asociada con riesgo suicida la intervención sea mixta. Cabe señalar que se prioriza un tipo de tratamiento sobre otro o la aplicación e ambos en función de los factores involucrados, ya sean factores biológicos y genéticos que implican un tratamiento diferencial ya se trate de una depresión endógena o exógena. De cualquier forma se ha observado que las terapias de tipo cognitivo-conductual tienen efectos positivos más rápidos incluso que los medicamentos, dependiendo del nivel grado y duración de la misma (Chen, Shen, Gao, Lam, Chang & Deng, 2014).

CAPÍTULO 2

Terapia cognitivo-conductual: tratamiento de la depresión adolescente

ÍNDICE

La terapia cognitivo-conductual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales, que implica intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento, así como intervenciones cognitivas, dirigidas a modificar las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo (Knapp & Beck, 2008).

Estos tipos de intervenciones tienen como base la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo consecuencias desadaptativas en la actualidad, por lo que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o conducta no deseados desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas, más adaptativas (Brewin, 1996 citado en Lega, Caballo & Ellis, 2002).

Aunque las aproximaciones cognitivas y conductuales al tratamiento de la depresión difieren con relación a la causa de la misma, es importante reconocer que existen similitudes. La tabla 4 indica las suposiciones que comparten las terapias cognitivo-conductuales y las principales características.

La terapia cognitivo-conductual es una terapia breve y estructurada que supone la colaboración activa entre el adolescente y terapeuta hacia la consecución de los fines de la terapia. Está orientada a los problemas actuales y a su solución. Puede ser individual o grupal. Además puede ser utilizada conjuntamente con la medicación.

Tabla 4. Supuestos y principales características de las Terapias Cognitivo-Conductual.

Terapias Cognitivo-Conductual (Lega, Caballo & Ellis, 2002)	
Suposiciones	Principales Características
<ul style="list-style-type: none"> • Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en lugar de responder a los acontecimientos mismos. • El aprendizaje tiene como mediador la cognición. • La cognición media la emoción y la conducta (actualmente se dice que se interrelacionan la emoción, la cognición y la conducta). • Algunas formas de cognición pueden evaluarse y registrarse. • La modificación de la cognición (forma de pensar y de interpretar los acontecimientos) puede modificar la conductuales son más activos • Se utilizan tanto procedimientos cognitivos como conductuales para generar cambios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos causales • Los objetivos específicos de algunos procedimientos y técnicas son cognitivas. • Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, especialmente de las variables cognitivas. • Se emplean estrategias conductuales y cognitivas en el intento de modificar las cogniciones. • Se pone énfasis en la verificación empírica. • La terapia es de duración breve. • La terapia implica colaboración entre terapeuta y adolescente. • Los terapeutas cognitivos-conductuales son directivos.

Brewin (1996, Lega et al., 2002) indica que el cambio de los síntomas tiene lugar una vez producido el cambio cognitivo, el cual se genera mediante una serie de posibles intervenciones, incluyendo la práctica de nuevas conductas, el análisis de patrones erróneos de pensamiento y la enseñanza de un diálogo con uno mismo más adaptativo.

Mahoney y Arnkof (1978 citado en Lega, et al., 2002) han propuesto tres clases principales de terapias cognitivo-conductual:

1. Los métodos de *reestructuración cognitiva*, que suponen que los problemas emocionales son consecuencia de pensamientos desadaptativos, por lo que sus intervenciones tratan de establecer patrones de pensamiento más adaptativas.
2. Las terapias de *habilidades de afrontamiento*, que trata de desarrollar una serie de habilidades para ayudar al adolescente a afrontar diversas situaciones estresantes; y
3. Las terapias de *solución de problemas*, que son la combinación de los dos tipos anteriores y que se centran en el desarrollo de estrategias generales para tratar con (solucionar) una extensa gama de problemas personales, poniendo énfasis en la importancia de una activa colaboración entre el adolescente y el terapeuta.

El objetivo de la terapia cognitivo-conductual en la depresión es prevenir su recurrencia, ayudando al adolescente a:

- 1) Identificar y contrastar las cogniciones negativas.
- 2) Desarrollar esquemas alternativos y más flexibles.
- 3) Ensayar nuevas respuestas cognitivas-conductuales.
- 4) Modificar la forma de pensar.

2.1 Estrategias de intervención conductuales de la depresión

El enfoque *cognitivo-conductual* retoma los modelos más recientes de las teorías conductuales de la depresión e incluye intervenciones de estas para el aumento de las actividades agradables, la disminución de acontecimientos desagradables y para el entrenamiento de habilidades sociales e interpersonales, en combinación con la terapia cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), incluyendo por ejemplo, la reestructuración cognitiva, y la influencia del pensamiento automático negativo y de las suposiciones disfuncionales básicas. No obstante, se puede observar que

algunos de los modelos denominados cognitivo-conductuales, se enfocan más en aspectos comportamentales, o bien, cognitivos (Mahoney, 1974), mientras que otras más se orientan a trabajar tanto con las cogniciones como con los comportamientos, incluyendo también a las emociones (Ellis & Harper, 1961).

Un objetivo principal de las terapias de orientación conductual para la depresión implica el aumento del refuerzo positivo que recibe el adolescente. Es importante que los adolescentes que van a terapia observen normalmente sus actividades, estado de ánimo y pensamientos. Se anima a los adolescentes a que se planteen objetivos alcanzables, para asegurar unas primeras experiencias satisfactorias y concederse a sí mismos recompensas por alcanzar sus objetivos. La mayoría de los enfoques conductuales requiere de entrenamiento diseñado para remediar distintos déficit de habilidades y de la actuación de los adolescentes deprimidos. Además son de tiempo limitado, siendo su duración regularmente de cuatro a doce semanas.

Lewinshon, Sullivan y Grosscup (1980) desarrollaron un programa conductual muy estructurado, de 12 sesiones, dirigido a cambiar la calidad y cantidad de las interacciones de los adolescentes deprimidos con sus entornos a través de tácticas de intervención cognitivas y conductuales conjuntas, incluyendo el entrenamiento en asertividad, la relajación, el autocontrol, la toma de decisiones, la solución de problemas, la comunicación y el manejo del tiempo, se enseñaba a los adolescentes deprimidos a controlar y reducir la intensidad y la frecuencia de los acontecimientos aversivos y a aumentar las actividades agradables.

Las tácticas empleadas en su programa caen dentro de tres categorías (Lewinsohn, et al., 1980):

1. Intervenciones ambientales: se centran en cambiar las condiciones ambientales, como cambiar de lugar físico y social, o manejar las contingencias;

2. Entrenamiento en habilidades: se centran en enseñar a los adolescentes deprimidos habilidades que pueden emplear para cambiar los patrones problemáticos de interacción con el ambiente, así como las habilidades que necesitan para mantener estos cambios después de haber terminado la terapia;
3. Habilidades cognitivas: se centran en mejorar el agrado y disminuir la aversión de las interacciones persona-ambiente, trata de facilitar los cambios en la forma en que los adolescentes piensan sobre la realidad.

Dentro de los diferentes procedimientos para alcanzar los objetivos del tratamiento Lewinshon et al (1980) incluyeron el registro diario, el entrenamiento en relajación, el vérselas con los acontecimientos aversivos, manejo de tiempo, y el aumentar las actividades agradables.

Uno de esos programas de tratamiento para la depresión ha sido descrito por Becker, Heimberg y Bellack (Lewinsohn, Gotlib, & Hautzinger, 2002), el cual se centra principalmente en tres repertorios conductuales específicos que parecen ser especialmente relevantes para los individuos deprimidos: la aserción negativa, la aserción positiva y las habilidades de conversación. La aserción negativa implica conductas que permiten que las personas defiendan sus derechos y actúen según sus intereses. La aserción positiva se refiere a la expresión de sentimientos positivos sobre otras personas, como el afecto, la aprobación, la alabanza y el aprecio, así como presentar las disculpas apropiadas. El entrenamiento en habilidades de conversación incluye iniciar conversaciones adecuadamente. En todas estas áreas, se entrena directamente la conducta de los adolescentes deprimidos y se les proporciona también entrenamiento en percepción social. Se anima a los adolescentes a que practiquen las habilidades y las conductas a lo largo de diferentes situaciones.

Un enfoque similar para el tratamiento de la depresión es el descrito por McLean a finales de los 70's, el cual se centra también en el *entrenamiento en habilidades sociales*

(Lewinsohn, et al., 2002). Debido a que McLean considera que la depresión es el resultado de la pérdida de control percibida por parte de los individuos sobre su ambiente interpersonal, el tratamiento que propone tiene como objetivo el entrenamiento en habilidades sociales que son incompatibles con la depresión. El tratamiento consta de 12 sesiones que entrena al adolescente y se emplea la práctica graduada y el modelado para obtener mejorías en las siguientes habilidades: comunicación, interacción social, asertividad, toma de decisiones y autocontrol cognitivo. Asimismo, requiere que los adolescentes realicen actividades diarias para el desarrollo de las habilidades y que empleen hojas con un formato estructurado para registrar sus logros. Se prepara también a los adolescentes para la experiencia de futuros episodios depresivos y se establecen y ensayan con el adolescente planes de contingencia para el afrontamiento.

Otra intervención que se puede realizar para la depresión es la *terapia de autocontrol*, desarrollada a partir del modelo de autocontrol de Rehm (1977). Esta terapia se presenta como un tratamiento estructurado, de tiempo limitado y en formato grupal. Enfatiza el logro progresivo de objetivos, el autorrefuerzo y las estrategias de control de las contingencias, y la productividad conductual. Consta de seis a doce sesiones. Se requiere que los adolescentes lleven un registro diario y representen de forma gráfica las experiencias positivas y su estado de ánimo asociado. En la fase de autoevaluación, se enseña a los adolescentes a desarrollar objetivos específicos, manifiestos y alcanzables en términos de actividades positivas y productividad conductual. Además, los adolescentes asignan puntos a estos objetivos y conservan una cuenta de los puntos conforme van logrando sus metas. Finalmente, se enseña a identificar los reforzadores y a administrarse estas recompensas cuando logran sus objetivos específicos.

El *modelo de solución de problemas* (Nezu & Nezu, 1991) para la depresión se centra en las relaciones entre los principales acontecimientos negativos de la vida, los problemas actuales, el afrontamiento dirigido a la solución de problemas y la sintomatología depresiva. Así, las estrategias y los procedimientos de tratamiento que se han

desarrollado a partir de este modelo están diseñados para reducir la sintomatología depresiva por medio del entrenamiento en habilidades de solución de problemas.

Nezu, Nezu y Perri (1989) plantean cuatro objetivos de la terapia de solución de problemas para los individuos con sintomatología depresiva:

- 1) ayudarles a identificar las situaciones de su vida anteriores y actuales que pueden ser antecedentes de un episodio depresivo;
- 2) minimizar el impacto negativo de los síntomas depresivos sobre los intentos de afrontamiento actuales y futuros;
- 3) aumentar la eficacia de los esfuerzos de solución de problemas en el afrontamiento de las situaciones actuales, y
- 4) enseñar habilidades generales para vérselas más eficazmente con futuros problemas. Se incluye también el entrenamiento en el mantenimiento y generalización en este programa.

La intervención consiste en un programa de intervención de 10 semanas en el que emplean técnicas terapéuticas tales como la instrucción, el modelado, el ensayo conductual, las tareas para casa, el moldeamiento, el refuerzo y la retroalimentación para aumentar la capacidad de solución de problemas y disminuir la sintomatología depresiva.

También se creó el *Curso de Afrontamiento de la Depresión (CAD)*, que se presenta como una forma de aprender nuevas habilidades para permitir a los participantes tratar más eficazmente con los estímulos estresantes que contribuyeron a su depresión. Luego se enseñan habilidades para el cambio de uno mismo, incluyendo el registro de conductas específicas propuestas para el cambio, el establecimiento de una línea base, el plantear objetivos realistas y el desarrollo de un plan y un contrato para realizar cambios en su conducta. Las siguientes ocho sesiones se dedican a enseñarles

habilidades específicas, incluyendo la relajación, el aumento de actividades agradables, el control del pensamiento irracional o negativo y habilidades sociales. Se dedican dos sesiones a enseñar cada área de habilidades. Las sesiones incorporan elementos de las intervenciones desarrolladas por Beck et al. (1979) y Ellis y Harper (1961) para identificar y cuestionar los pensamientos irracionales y negativos.

Todas las sesiones se encuentran muy estructuradas y utilizan un Cuaderno del Participante y un Manual del Instructor. Proporciona formatos, ejercicios y directrices. Cada sesión incluye una charla, el repaso de las tareas para casa, una discusión y la representación de papeles. Una característica importante de este curso, es que se lleva a cabo como una clase en vez de como una terapia, evita el rechazo y la resistencia habituales del adolescente, aspectos que pueden hacer que muchos sujetos deprimidos no busquen ayuda.

Existe la versión del CAD para adolescentes (*CAD-A*), el cual se simplificó y dio énfasis al aprendizaje por medio de la experiencia y menos tareas para casa. Tanto a los adolescentes como a sus padres se les da “cuadernos del participante” sencillos que incluyen tareas para casa, formatos de auto-registro, informaciones breves y lecturas. Se amplió para incorporar la enseñanza de habilidades básicas de comunicación, negociación y solución de conflictos.

El *CAD-A* se fundamenta en la premisa de que enseñar a los adolescentes nuevas estrategias y habilidades de afrontamiento les permitirá contrarrestar los factores supuestamente causales que contribuyen a su episodio depresivo y afrontar con más eficacia los problemas planteados por su ambiente. El tratamiento tiene como objetivo ayudar a los adolescentes a superar su depresión y permitirles que se enfrenten con eficacia a los futuros casos de supuestos factores de riesgo. Incluye 16 sesiones para grupos de hasta 10 adolescentes. En paralelo, se da un curso a los padres de los adolescentes deprimidos (Clarke, Lewinsohn, & Hops, 2000) se deriva de los conceptos

de que los padres constituyen una parte integral del sistema social del adolescente y que los conflictos no resueltos padres-adolescentes contribuyen a la aparición y al mantenimiento de los episodios depresivos.

2.2 Estrategias de intervención cognitivas de la depresión

De acuerdo con Beck (1991 citado en Freeman, & Oster, 2002), independientemente de las variaciones en la manifestación de los síntomas y en el curso de la depresión, el enfoque cognitivo sobre la conceptualización y sobre el tratamiento de la depresión empieza con la observación de los procesos, las estructuras y los productos cognitivos comunes que parecen mediar y moderar todos los casos de depresión.

El papel de las cogniciones en la depresión, desde la perspectiva de la terapia cognitiva, señala que los acontecimientos de la vida, los pensamientos, las conductas y los estados de ánimo están profundamente unidos entre sí de manera recíproca, y tienen funciones de retroalimentación y de regulación conductual y de motivación. Además, la perspectiva cognitiva implica a los primeros sucesos y aprendizajes de la vida en la creación de patrones de procesamiento de la información denominados "esquemas". Estos esquemas pueden predisponer a las personas a vulnerabilidades específicas emocionales y mantener los problemas emocionales una vez que se han iniciado los patrones conductuales, cognitivos y del estado de ánimo (Freeman & Oster, 2002).

Con base en la revisión de algunas evidencias empíricas, Freeman y Oster (2000) indican que los ensayos clínicos incluyen generalmente períodos de tiempo que van de 12 a 20 semanas de acuerdo a las circunstancias particulares del adolescente. Aunque la mayor parte de la mejora se observa en las primeras sesiones, la prevención de las recaídas puede requerir sesiones que van más allá de la decimosexta o la vigésima.

Para este tipo de interacción, los terapeutas son activos y directivos. Las intervenciones son de tipo psicoeducativo, es decir se enseña de forma activa habilidades, conductas o métodos para modificar las cogniciones. El terapeuta adopta una posición proactiva para establecer el orden del día o determinar la dirección de las sesiones.

La terapia cognitiva de la depresión consiste en un modelo de afrontamiento o de adquisición de habilidades. Los esquemas se modifican, los pensamientos automáticos controlan y se contrarrestan. Aunque la cognición es un objetivo básico de la terapia, los terapeutas cognitivos utilizan también un extenso rango de enfoques conductuales, con el fin de modificar el estado de ánimo.

Hernández (2007) sugiere que el objetivo de las técnicas cognitivas es poner a prueba las “falsas creencias” enseñando al paciente a realizar las siguientes operaciones:

1. Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
2. Identificar las relaciones entre cogniciones, emociones y conducta.
3. Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
4. Sustituir los pensamientos distorsionados por interpretaciones más realistas.
5. Aprender a identificar las falsas creencias que lo predisponen a distorsionar sus experiencias.

Las primeras tareas de la terapia cognitiva consisten en la evaluación del adolescente y de sus circunstancias, en la conceptualización del problema según el modelo cognitivo, en socializar a la persona al modelo cognitivo y en identificar los objetivos y las intervenciones apropiadas conforme con el modelo.

Schotte, Maes, Beuten, Vandenbossche, Cosyns y Van Coppenollo (1993), sugieren que entre la mayoría de los aspectos útiles que preparan a los adolescentes están las explicaciones sobre los síntomas, las causas y ejemplos de pensamientos, acciones y sentimientos frecuentes en la misma.

La evaluación cognitiva del individuo deprimido incluye una serie de medidas, procedimientos de evaluación formales e informales. Se presta atención a la visión de uno mismo, del mundo y del futuro; a las distorsiones evidentes en su estilo atribucional y de expectativas; y a la historia de desarrollo de los esquemas de la persona. Todo esto con el objetivo de determinar los puntos de intervención con potencial para el cambio y los métodos para iniciar la modificación deseada.

El proceso para la formación de esta conceptualización sigue los pasos de la observación, la formación y la comprobación de hipótesis, con la finalidad de ayudar a distanciar al adolescente de su modelo.

Una sesión típica de terapia cognitiva empieza con el establecimiento del orden del día, la cual podría incluir (Freeman & Oster, 2002: 555):

1. Revisión de las evaluaciones que haya rellenado la persona durante la semana antes de acudir a la sesión.
2. Una breve revisión de las interacciones y de los problemas de la semana.
3. Una revisión de las tareas para casa, de lo que funcionó, de lo aprendió, de los problemas que se encontraron y de las emociones, conductas y cogniciones que acompañaron al trabajo para casa.
4. Un problema específico como centro de la sesión, de acuerdo con las preferencias del adolescente y en consonancia con el modelo. Esto apuntaría a la necesidad de más información, o a los pasos siguientes en la solución de problemas, y dirigiría así la atención hacia la siguiente "tarea para casa" que sea necesario realizar.
5. Un resumen y un repaso de la sesión y retroalimentación para el terapeuta.

El objetivo de las primeras intervenciones consiste en ayudar al adolescente a interrumpir el procesamiento automático de la información, que contiene pensamientos

negativos disfuncionales, habituales y aceptados sin críticas. El terapeuta enseña a la persona a darse cuenta, capturar e interrumpir esos pensamientos automáticos (Beck et al., 1979; Freeman & Oster, 2002). Esto se realiza frecuentemente haciendo preguntas y por medio de algunas técnicas específicas, como:

- El *Registro diario de pensamientos*. Por ejemplo, hacer un *programa de actividades*. El individuo registra sus actividades de un día o de varios días. Lo que permitir examinar lo que ha hecho realmente y descubre la frecuencia de las actividades reforzantes o reconfortantes. El propósito de esas evaluaciones desde la perspectiva de la terapia cognitiva es tener un efecto sobre las expectativas. Se pide al individuo que haga predicciones sobre su capacidad para afrontar y disfrutar de las actividades o acontecimientos anticipados. Después de que tienen lugar los acontecimientos programados, se pide a la persona que vuelva a evaluar su dominio de, y el agrado producido por, la tarea o el acontecimiento. La diferencia entre expectativas y experiencia demuestra el efecto de las cogniciones sobre la conducta y el estado de ánimo. A menudo la actividad que se evalúa es una de la que el sujeto se habría retirado o evitado, debido a predicciones negativas. Puesto que frecuentemente el dominio y el agrado del adolescente son mayores que los anticipados, se fomenta en el sujeto el planteamiento de que “lo que uno siente no es la realidad” y la decisión de actuar de una determinada manera se aleja un poco del procesamiento automático con base emocional.
- *Técnica de la flecha descendente* (Burns, 1980), implica hacer a la persona una serie de preguntas sobre el significado y las atribuciones causales de sus pensamientos o experiencias: « ¿Y qué significaría eso?... Y si fuese así, ¿que implicaría? Y si fuera ése el caso, ¿qué pasaría entonces? ».
- El *clarificar*, pretende hacer explícito el razonamiento y la construcción de significados del sujeto. Se anima y se ayuda a que el adolescente clarifique

palabras que expresan absolutos, como “siempre” y “nunca”, o categorías globales de personas, como “todos”, para desbaratar el pensamiento global.

- *Etiquetar* sus distorsiones cognitivas, con la finalidad de indicar patrones o sesgos en la interpretación y búsqueda de información por parte del individuo, interrumpir el procesamiento automático y proporcionar a la persona una herramienta para pensar sobre su pensamiento, y dar una respuesta más racional.

El objetivo de la segunda fase de la terapia es modificar los patrones de conducta y los pensamientos automáticos desadaptativos y sus esquemas subyacentes, para lo que se requiere que la persona se vuelva consciente de su procesamiento de la información y de sus actividades de construcción de significados (Hollon y Garber, 1990 en Freeman & Oster, 2002), para interrumpir el procesamiento automático, aumentar la metacognición, mejorar la solución de problemas y redistribuir la atribución. A menudo se utiliza la *metáfora*, que sirve para explicar y predecir la experiencia. Es una técnica paradójica dirigida a normalizar la experiencia del individuo y a eliminar sus molestias secundarias.

Se enseña al adolescente a descubrir, combatir o contrarrestar los pensamientos automáticos, primero en retrospectiva y luego conforme surgen en vivo. Los pensamientos automáticos se contrarrestan preguntando al sujeto por las pruebas que existen a favor y en contra de sus atribuciones y expectativas; presentando una hipótesis alternativa y examinando las evidencias a favor y en contra de esa alternativa; o planteando la atribución como específica en vez de global, como situacional en vez de interna y como transitoria en vez de estable.

El *examinar alternativas* o generar opciones a los pensamientos, las emociones y las conductas permite al adolescente explorar otros posibles puntos de vista o explicaciones de las situaciones en las que participa.

El *descatastrofizar* se emplea cuando la persona predice importantes consecuencias negativas para los acontecimientos y se atribuye poco poder para el afrontamiento. Se le pregunta al sujeto, ¿Qué sucedería entonces? ¿Y entonces qué harías?. Si la atención se mantiene en la conducta de afrontamiento, en vez de en el significado que la persona atribuye al acontecimiento, ésta llegará a menudo a la conclusión de que finalmente puede afrontarlo.

El *situarlo en una escala* se emplea para terminar con el pensamiento exagerado o dicotómico. Se le pide que determine los extremos de un continuo relevante (de 1 a 10, de 1 a 3 o de 1 a 100) con algún acontecimiento de la vida que represente un extremo de las características y que luego coloque la experiencia actual en ese continuo, lo que le permite prestar más atención a la mejoría de los síntomas.

La *externalización de las voces* es un método para identificar los esquemas y los pensamientos automáticos, con el fin de evaluarlos, examinarlos o contrarrestarlos, e identificar el origen de los esquemas que, junto con los acontecimientos de la vida, generan los pensamientos. Se pide al individuo que informe del pensamiento automático y de la respuesta racional o más adaptativa a ese pensamiento. Luego estas dos “voces” se hacen más explícitas procesando pruebas a favor de una y otra. Hace manifiesto el diálogo interno que fluctúa entre esquemas disfuncionales y esquemas más razonables. Se emplea cuando el sujeto muestra cierto conocimiento de puntos de vista alternativos, pero tiene problemas para mantenerse en el punto de vista más útil.

La *comprobación de hipótesis* contrarrestar los pensamientos automáticos por medio de experimentos cognitivos y conductuales. Se identifica el pensamiento con el cual se desea trabajar. Terapeuta y adolescente planean un experimento para recoger evidencias que confirmen o desconfirman el pensamiento del adolescente. Cuando se establecen todos los detalles del experimento, lo ponen a prueba mediante un juego de roles, se evalúa

la viabilidad de éste, se deja de tarea para llevarlo a cabo en casa. En la siguiente sesión se evalúan las evidencias a favor y en contra y se cuestiona. Se puede llevarse a cabo dentro de las sesiones a través de la representación de papeles, de procedimientos que emplean la imaginación o de la adquisición y práctica de la habilidad. También incluye tareas para casa que requieren que las personas se observen a sí mismas y a los demás, o que actúen de forma diferente a aquellas que son consistentes con los esquemas, para recoger información sobre la validez de sus expectativas y atribuciones. Permite al sujeto poner a prueba atribuciones y expectativas sobre sí mismo y su situación.

El proceso de cambio no está completo hasta que afecte a los patrones conductuales del individuo. Las técnicas consideradas conductuales, pero empleadas a menudo en el repertorio del terapeuta cognitivo, incluyen el entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento en asertividad, la asignación de tareas graduadas para la aproximación sucesiva, el ensayo de conducta, la exposición en vivo y el entrenamiento en relajación. Éstas se utilizan para mejorar las estrategias de afrontamiento por medio de la enseñanza directa y la práctica de habilidades específicas de funcionamiento interpersonal, de solución de problemas y de autorregulación. En las manos de un terapeuta cognitivo se resaltan los aspectos cognitivos de cada uno de estos procedimientos. Es decir, se presta atención en la terapia a las auto verbalizaciones de atribución y de expectativa que acompañan a la introducción y al dominio de cada técnica o habilidad, además de a la actuación conductual.

La última fase de la terapia se dedica a la generalización y la transferencia del aprendizaje, a la autoatribución por los beneficios obtenidos y a la prevención de las recaídas (Freeman & Oster, 2002).

En la autoatribución de resultados objetivo, se enseña al adolescente a autoatribuirse los éxitos experimentados. Se repasan los objetivos de la terapia y los síntomas iniciales y se evalúa el progreso contrastándolo con estos.

Para la autoatribución de resultados se pide a la persona que identifique el nuevo aprendizaje y las nuevas actitudes y habilidades y que las compare con las antiguas, debe explicar los cambios que se han producido y lo que él hizo para que se diera el cambio.

La prevención de recaídas requiere que el adolescente anticipe los estímulos estresantes, incluyendo acontecimientos similares a aquellos que llevaron a la persona a terapia, y a los que se encuentran en el origen de los esquemas de sus síntomas. Se le pide que se imagine que esos acontecimientos están ocurriendo o que se han producido y a que identifique las habilidades, las re-atribuciones y los nuevos patrones de conductas que pueden traerse a colación para soportar el acontecimiento estresante. Este ensayo conductual y en la imaginación se lleva a cabo con tantos detalles como sea posible, con el énfasis puesto en conductas y pensamientos de afrontamiento, en la autoatribución de los esfuerzos y el éxito, y en el empleo de nuevos recursos.

En suma, y retomando los planteamientos de Zeiss, Lewinsohn, y Muñoz (1979), después de una extensa revisión de dichas terapias, se observa que algunas componentes esenciales para el éxito de la terapia cognitivo-conductual de la depresión son:

1. La terapia debe empezar con una explicación elaborada y bien planificada que proporcione la estructura inicial que conduzca en el adolescente la creencia de que puede controlar su propia conducta y, por consiguiente, cambiar su depresión.
2. La terapia debe proporcionar entrenamiento en habilidades que el adolescente pudiera utilizar con el fin de sentirse más eficaz para controlar su vida diaria. Las habilidades deben tener cierta importancia para el adolescente y deben encajar con la explicación que se haya presentado.
3. La terapia debe enfatizar el uso independiente de esas habilidades por parte del adolescente fuera del contexto de terapia, con una estructura suficiente que permita al adolescente conseguir habilidades independientes.

La terapia debe fomentar la atribución, por parte del adolescente, de que la mejoría en el estado de ánimo está causada por el aumento de sus habilidades, no por la habilidad del terapeuta.

En este sentido es importante considerar diversos factores tanto cognitivo como conductuales que se relacionan en una cadena de acontecimientos, pensamiento, emociones, conductas y consecuencias, que pueden dar pauta a diversos problemas como la depresión. Tanto los pensamientos como los subyacentes de las emociones, son importantes, pero también los hechos o situaciones previas a dichos pensamientos, que concatenados a las emociones generan comportamientos que, en un contexto relacional, pueden desencadenar situaciones que refuerzan algunas conductas cubiertas, como por ejemplo, los pensamientos y emociones, así como no cubiertas, como los comportamientos, presentes en los cuadros depresivos en la adolescencia. Este tipo de enfoques que considera diversos aspectos de manera simultánea como la Terapia Racional Emotiva, parece resultar más útil en la intervención integral con los adolescentes.

Segunda Parte

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

ÍNDICE

CAPÍTULO 3

Un enfoque triádico cognitivo-conductual (PEC): propuesta de intervención con adolescentes

ÍNDICE

El enfoque terapéutico cognitivo-conductual se caracteriza por orientarse principalmente al manejo de las cogniciones y el cambio de comportamientos. Sin embargo, existen modelos específicos que se ubican en este enfoque, que dan más énfasis en uno u otro aspecto, por ejemplo al pensamiento (Beck et al., 1979; Freeman & Oster, 2002), a la conducta o los antecedentes y consecuencias de ésta (Lewinsohn et al., 2002). Un modelo ampliamente utilizado es el de la Terapia Racional Emotiva (Ellis & Abrahms, 2005; Ellis & Harper, 1961), el cual plantea un modelo triádico explicativo que subyace a la intervención que involucra antecedentes (pensamientos) consecuentes (emociones) y las acciones (conductas). Por ello el trabajo se enfoca a las cogniciones o pensamiento (P), las emociones (E) y las conductas (C) (Ellis & Abrahms, 2005). Este enfoque también conocido como ABC, en donde A= fase de activación, B=creencias, y C= conductas y emociones trabaja de manera integral o paralela con los tres elementos que bien podría denominársele el Modelo **PEC**, en este caso para el manejo de la depresión en adolescentes por el entrenamiento en el manejo de los **Pensamientos**, las **Emociones** y la **Conducta** en el proceso terapéutico.

El siguiente apartado presenta un protocolo de intervención con base en las premisas principalmente en la Terapia Racional Emotiva de Allbert Ellis (1961, 2005), por lo que este protocolo en particular se le denomina **PEC**. Se trata de una propuesta adaptada para el tratamiento de adolescentes con sintomatología depresiva. A pesar de tratarse de un protocolo o programa de intervención indicada, algunos aspectos podrían tomarse para la elaboración de un programa universal de prevención con adolescentes. Consta

de 18 sesiones la cuales en conjunto tienen como objetivo disminuir la sintomatología depresiva en adolescentes y evitar la evolución de esta sintomatología a un trastorno de depresión mayor e incluso ideación y planeación suicida.

El protocolo que se presenta a continuación corresponde básicamente a una etapa de intervención, bajo el supuesto de que se realiza una fase previa de evaluación o de tamizaje a partir de lo cual se decidió aplicar este protocolo. Asimismo, se recomienda una fase posterior de seguimiento para evaluar la eficiencia del protocolo una vez que se haya decidido aplicarlo.

Población a quien va dirigido

Este protocolo de intervención PEC está enfocado a adolescentes que presenten sintomatología depresiva de 13 a 18 años de edad, que asisten a algún servicio de consulta psicológica de primer nivel, sin embargo, también puede ser utilizado en las escuelas como un programa de prevención, por ejemplo, en comunidades de riesgo o vulnerables.

Criterios de exclusión: Adolescentes identificados con depresión severa, e ideación y planeación suicida.

Objetivo general

Que el adolescente reduzca sus pensamientos y emociones negativas, y conductas que lleven a la reducción de la sintomatología depresiva.

Duración

El protocolo de intervención PEC completo consta de 18 sesiones incluidas las sesiones de presentación y la de cierre con una duración de 60 a 90 minutos dependiendo del formato o protocolo (individual-grupal) y el número de participantes.

SESIÓN 1 Presentación

OBJETIVO: Que los asistentes se presenten, discutan las reglas para las sesiones y conozcan la relación entre pensamientos-emociones-conductas y su impacto en su medio ambiente a nivel relacional.

EJERCICIO 1

Objetivo: Que los asistentes se presenten compartiendo información sobre sí mismos. Discutir en grupo las reglas y/o encuadre de las sesiones de trabajo.

Instrucciones:

Cada uno de los participantes debe presentarse ante sus compañeros compartiendo información personal que considere importante, así como lo que le gustaría cambiar o mejorar. Por ejemplo, qué es lo que te gusta hacer, qué te gusta estudiar, qué es lo que se te dificulta o preocupa actualmente, qué es lo que te gustaría cambiar o mejorar en tu vida, etc...

Las reglas deben ser acordadas por todos los participantes, entre las que se pueden considerar las siguientes:

REGLAS DEL GRUPO

1. Asistir a cada sesión puntualmente.
2. Mantener una actitud positiva.
3. Realizar los ejercicios y desafíos dentro de la sesión y fuera de la sesión como "tareas" en casa.
4. Participar activamente, de manera sincera y expresando como realmente te sientes.

REGLAS DEL GRUPO

5. Escuchar y respetar a los compañeros.
6. Mantener en confidencialidad lo que se hable en las sesiones, pero puedes compartir con otras personas lo que has aprendido, si lo deseas.
7. No se permite grabar las sesiones.

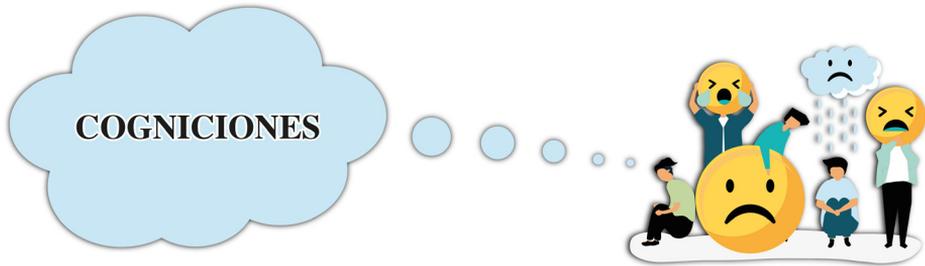
EJERCICIO 2

Objetivo: Introducir a los adolescentes a cómo sus pensamientos afectan lo que siente.

Instrucciones:

Revisa la siguiente explicación de la relación pensamientos-emociones-conductas (PEC).

PROPÓSITO DE LA TERAPIA: Revisar las cogniciones (pensamientos) y las conductas que se relacionan con la depresión.



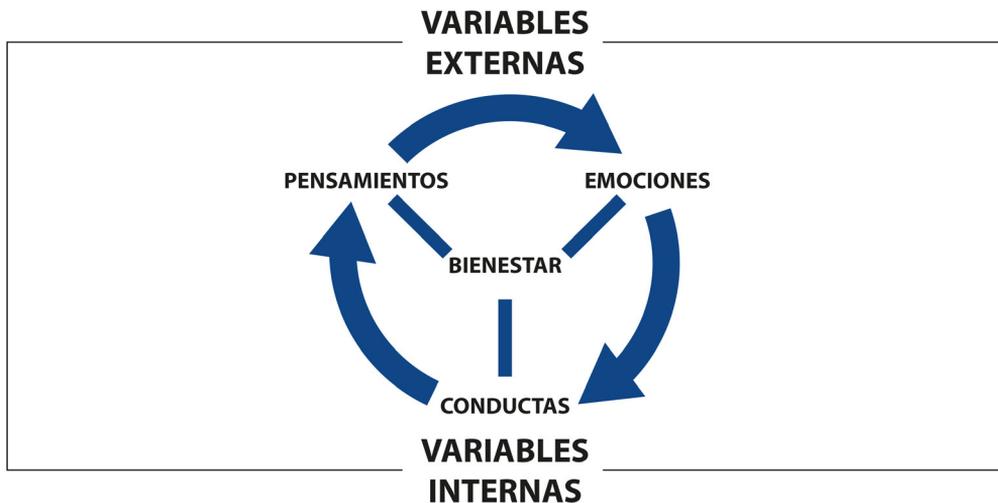
Se refiere a nuestros pensamientos

CONDUCTAS
Se refiere a nuestras acciones

Para el tratamiento de un estado de ánimo depresivo que incluya sentimientos de tristeza, desesperanza, ideas derrotistas, baja autoestima, se contemplan los siguientes objetivos:

- Hacer menos intensos los sentimientos depresivos.
- Reducir el período que dura la depresión.
- Aprender formas de prevenir la recaída.
- Aprender cómo manejar mejor nuestras vidas, a pesar de las dificultades.

Se lograrán trabajando en conjunto con la realidad personal.



La forma en que pensamos, sentimos y actuamos se encuentra conectada, por lo que al cambiar uno de estos componentes causa cambios en los otros. Por tanto, si somos capaces de cambiar nuestros pensamientos, seremos capaces de crear nuevas emociones más acordes con la realidad.

Da un buen ejemplo de cómo un pensamiento puede tener un efecto sobre el cuerpo (lo físico), las conductas (lo que haces) y el estado de ánimo (cómo te sientes) y débátele con tus compañeros.

SESIÓN 2 Mis pensamientos y sus afectos

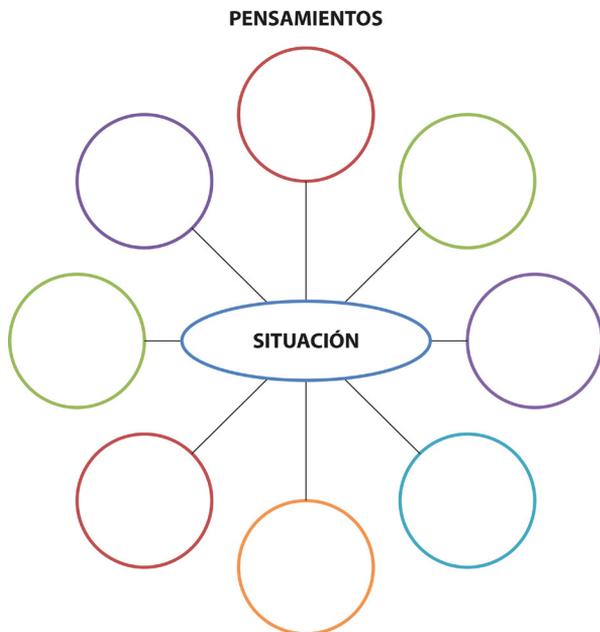
OBJETIVO: Analizar los pensamientos y su relación con la presencia de emociones negativas

EJERCICIO 1

Objetivo: Analizar cómo nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo o emociones, así como nuestra conducta.

Instrucciones:

Llena los espacios en blanco con palabras clave o dibujos que fácilmente te hagan recordar los pensamientos que tienes sobre una situación o acontecimiento que te hace sentir mal o triste.



EJERCICIO 2

Objetivo: Identificar que ante situaciones iguales los pensamientos pueden ser diferentes.

Instrucciones:

1. Contesta y comenta con el grupo.

Elige una actividad que te guste o sea agradable y anota que pensamientos tienes después de realizarla.

2. Observa las siguientes imágenes y comenta con tus compañeros cómo una misma situación genera pensamientos, emociones y conductas distintas.



¿Cómo te explicas que sus emociones y conductas son diferentes ante la misma situación?

**¿CÓMO TE IMAGINAS QUE TUS PENSAMIENTOS PUEDEN INTERFERIR EN
CÓMO TE SIENTES?**

Un mismo pensamiento puede causar diferentes efectos en nuestro estado de ánimo o nuestro estado emocional. Algunos pensamientos aumentan la posibilidad de que te deprimas, mientras que otros ayudan a sentirte bien. Cuando te sientas deprimido/a, pregúntate que estás pensando y trata de hablarle al pensamiento que te está molestando.



EJERCICIO 3

Objetivo: Identificar el estado de ánimo.

Instrucciones:

Realiza un registro personal de tus pensamientos, emociones, actividades, etcétera al finalizar cada día.

Evalúa tu estado de ánimo anotando en la segunda columna el número que mejor represente tu estado de ánimo, teniendo en cuenta al 1 como el peor estado de ánimo y al 10 como un mejor estado de ánimo.

En las columnas siguientes anota qué piensas, qué sientes, qué lo provocó y cómo lo mejorarías mañana.

ESTE REGISTRO SE REALIZARA DURANTE TODO EL TALLER Y SERÁ REVISADO AL INICIO DE CADA SESIÓN.

REGISTRO PERSONAL

Día	Estado de ánimo (1-10)	¿Qué lo provocó?	Emociones ¿Qué siento?	Pensamiento repetitivo ¿Qué pienso?	Mañana... ¿Cómo lo mejoraré?
L					
M					

Día	Estado de ánimo (1-10)	¿Qué lo provocó?	Emociones ¿Qué siento?	Pensamiento repetitivo ¿Qué pienso?	Mañana... ¿Cómo lo mejoraré?
M					
J					
V					
S					
D					

Mes _____ Año _____

SESIÓN 3 Pensamientos: negativos y positivos

OBJETIVO: Cambiar pensamientos negativos por positivos para mejorar el estado emocional o estado de ánimo en general “todo depende de los lentes con los que se mira” ...



EJERCICIO 1

Objetivo: Aprender a escoger pensamientos positivos para mejorar el estado de ánimo.

Instrucciones:

1. A continuación se presentan una serie de pensamientos positivos y negativos, identifica a qué tipo de pensamiento pertenecen y sepáralos en el cuadro de debajo de acuerdo a la carita que corresponde. Posteriormente colorea las caritas de los pensamientos que frecuentemente vienen a tu mente y/o escríbelos. Puedes agregar otros pensamientos que tengas.

PENSAMIENTOS NEGATIVOS Y POSITIVOS

Todo lo malo me pasa	Soy sensible	Hago lo mejor que puedo	Voy a enfrentarme a la vida	El clima es agradable	A mí me sucede lo peor
Siempre hay quien me apoye	Soy tonto	La vida no es justa	Puedo hacer cualquier cosa que me proponga	Nadie me quiere	Soy buena persona
Solo estorbo	Todo me sale mal	Esto es divertido	Soy respetado por los demás	A nadie le importo	No tengo quien me escuche
Si espero un poco veré los resultados	Hay personas muy agradables	Si pido ayuda alguien me podría ayudar	Para qué nací	Tengo facilidad para...	No tengo futuro
Soy una persona buena para algunas cosas	Todo es mi culpa	¿Para qué me levanto?	Me gusta hacer...	Nadie me va a querer	No puedo resolver mis problemas
Soy feo	Tengo muy mal carácter	Tengo un futuro	Sonreiré	Están hablando de mí	Estoy enfermo y siempre lo estaré
Merezco crédito por intentarlo	La vida sería mejor si yo no estuviera	Continuaré intentándolo	Puedo hacer lo que me proponga si me esfuerzo	Nadie me entiende	Cada día es una oportunidad de aprender algo nuevo

PENSAMIENTOS NEGATIVOS Y POSITIVOS

 PENSAMIENTOS NEGATIVOS	 PENSAMIENTOS POSITIVOS
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	

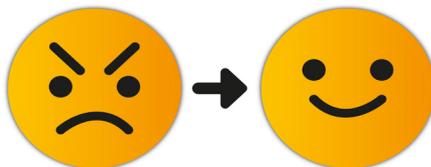
2. Lee y comenta con tus compañeros tus pensamientos negativos y positivos de la actividad anterior. Anota tus conclusiones.

Las **ideas o pensamientos irracionales** son aquellos **pensamientos negativos** que nos hacen **sentir mal**, son innecesarios y nos pueden dañar más si no son detenidos.



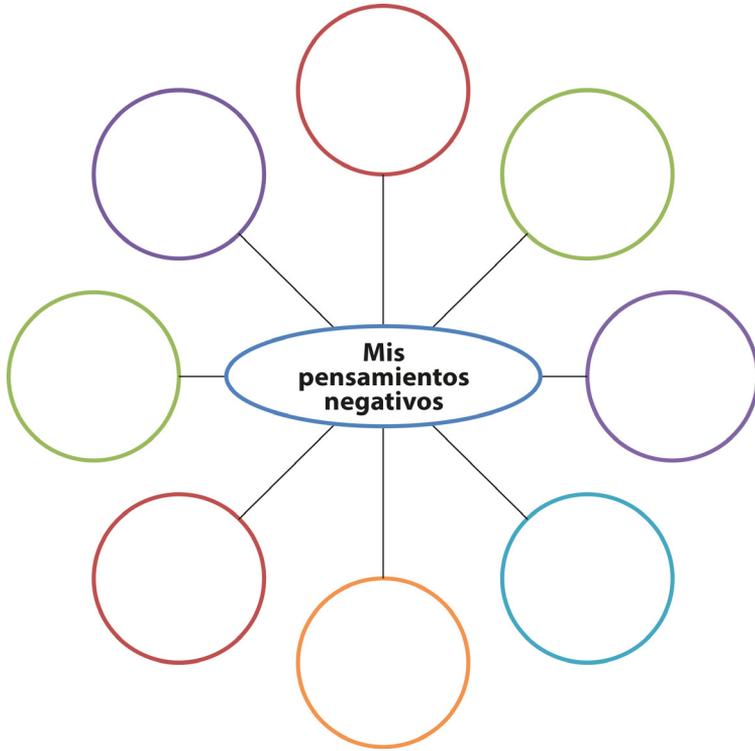
EJERCICIO 2: Identificando mis pensamientos negativos

Objetivo: Que los adolescentes identifiquen que los pensamientos también se pueden cambiar.



Instrucciones:

En el esquema de abajo anota tus pensamientos negativos o ideas irracionales “personales” que con frecuencia tienes, coméntalo en grupo pequeño o equipo.



EJERCICIO 3

Objetivo: Que los adolescentes aprendan a diferenciar entre hechos y opiniones.

Instrucciones:

Escribe dentro del cuadro **H** si es un hecho y **O** si es una opinión. Si tienes dudas coméntalas con el grupo y llega a un acuerdo.

REVISANDO MIS CREENCIAS

- Mis pensamientos y conductas se relacionan con mi estado de ánimo
- Hacer ejercicio es bueno para la salud
- Soy feo
- Al leer imaginas, aprendes y comunicas
- Todos somos diferentes
- Estar acostado sin hacer nada empeora mi estado de ánimo
- Hoy es un día estupendo
- Mi familia es complicada
- La gente es pobre porque quiere
- Las niñas de todo lloran
- Los hombres son los que llevan el mando
- El baño diario es necesario por higiene
- La depresión es una enfermedad curable
- Con empeño, interés, y dedicación se mejora...
- La escuela es para los nerds
- Los profesores tienen una mala impresión de mí
- El relacionarme con personas positivas, me hace sentir bien
- Los perros son más fieles que las personas
- Al casarme con alguien rico, mi vida mejorará
- Realizar actividades agradables me hará sentir bien
- Tengo derecho a tener una vida digna y de calidad

Un **hecho** es todo evento comprobable mediante la percepción de los sentidos.

Una **opinión** es una idea, juicio o concepto que una persona tiene o se forma acerca de algo o alguien.

SESIÓN 4 Alternativas a mis pensamientos negativos

OBJETIVO Analizar el tipo de creencias o pensamiento que afectan las emociones y da alternativas positivas.

EJERCICIO 1

Objetivo: Sustituir las ideas irracionales (pensamientos negativos) por racionales.

Instrucciones:

Las siguientes oraciones son ideas irracionales, es decir pensamiento que me pueden dañar. Sustituye esas oraciones por ideas racionales, que te ayuden a superarte y reconocer tu esfuerzo.

CREENCIAS QUE PUEDEN DAÑAR



1. SIEMPRE ME PASAN COSAS MALAS.

2. SOY INCAPAZ DE HACER ALGO BIEN.

3. TODOS LOS QUE ME RODEAN SIEMPRE SE EQUIVOCAN.

4. NUNCA TRIUNFARÉ.

5. AUNQUE ME ESFUERCE AL MÁXIMO PIERDO.

6. LAS DEMÁS PERSONAS ME ODIAN Y HACEN QUE ME VAYA MAL.



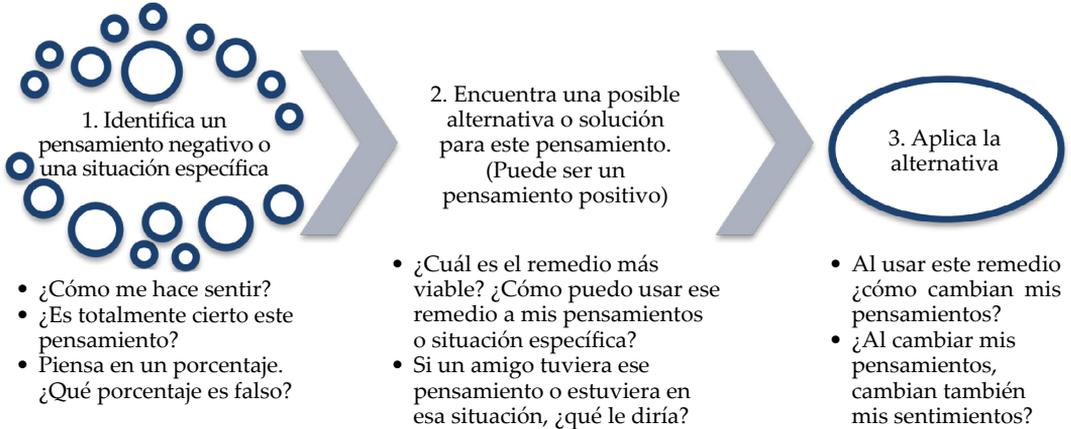
EJERCICIO 2

Objetivo: Encontrar el remedio o solución para cambiar la forma de pensar.

Instrucciones:

Sigue los siguientes pasos para identifica tu forma de pensar y encontrar un remedio o solución para cambiar tu forma de pensar. Anota tus conclusiones en las líneas siguientes:

PENSAMIENTOS NEGATIVOS Y SUS ALTERNATIVAS



Mi situación es:

Mi pensamiento negativo respecto a esa situación es:

Como se puede mejorar:

Como me siento al usar una alternativa:

EJERCICIO 3

Objetivo: Limitar el tiempo de pensamientos negativos y proporcionar otras herramientas suplementarias.

Instrucciones:

Lee detenidamente y límitale el tiempo a los pensamientos negativos estableciendo día y hora.

DALE TIEMPO A LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS

A veces es difícil dejar de tener pensamientos negativos cuando **algo nos preocupa o deprime**, por lo que es importante **ponerle un freno** para que no afecte el resto de nuestras actividades. Una estrategia es **limitar el tiempo** para pensar en una solución.

Elige un momento determinado del día para enfocarte en esos pensamientos negativos y encontrar una solución, fíjate un tiempo, tal vez de 5 o 10 minutos. Después de ese tiempo, regresa a tus actividades. En vez de pensar en esos pensamientos negativos, enfócate en las soluciones o en las actividades agradables y placenteras. El compromiso es contigo mismo.



Necesito pensar en _____
_____ el día _____. Me fijaré el
tiempo para preocuparme a las _____ hrs.
y me voy a preocupar solo durante _____
minutos. Después haré _____
_____.

* Otras estrategias para detener a los pensamientos negativos:

Primero identifica el problema

Dite a ti mismo “ese pensamiento está afectando mi ánimo”

Ahora decídate a hacer algo por tu estado de ánimo:

- Para ese pensamiento, imagina que golpeas la mesa y *di* ¡Alto! ✋
- **Enfócate en otra cosa importante u otro pensamiento.** Puedes apoyarte en tu lista de pensamientos positivo.
- Pon atención en tu cuerpo, en tu respiración y tus músculos.
Relájate y tranquilízate. Si lo deseas imagina el mar con olas grandes y fuertes. Poco a poco, mientras te relajas imagina que esas olas se hacen cada vez más pequeñas y más pequeñas, sigue relajándote hasta que la superficie del mar sea completamente tranquila).
- Organiza tu tiempo para hacer alguna actividad física.

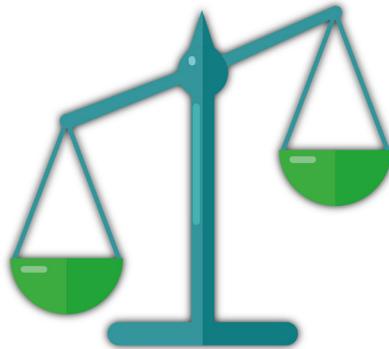
EJERCICIO 4

Objetivo: Equilibrar los pensamientos para disminuir las ideas irracionales.

Instrucciones:

De un pensamiento negativo recurrente agrega la palabra “*sí... pero...*” para convertirlo en un pensamiento positivo. Por ejemplo: “Soy un fracaso”, *Si*, he tenido fracasos, *pero* cuando me esfuerzo consigo hacerlo bien...”

BALANCEANDO MIS PENSAMIENTOS



SESIÓN 5 Pensando en mis actividades

OBJETIVO Revisar las preferencias y actividades placenteras.

EJERCICIO 1

Objetivo: Planear actividades y comparar cuanto te agrado antes y después de realizarlas.

Instrucciones:

Escoge diferentes actividades que puedes hacer que te parezcan divertidas o te han gustado en otras ocasiones, recuerda cuánto pensaste que te gustaría y después de realizarla escribe cuánto realmente te gustó. Compara que tanto cambio.

PREDICIENDO QUE TANTO ME GUSTARÁ ALGO

<p>ACTIVIDAD</p> 	<p>QUÉ TANTO ME GUSTARÁ</p> 	<p>QUÉ TANTO ME GUSTÓ</p> 
<p><i>Ejemplo:</i> Ver la puesta de Sol</p>	<p><i>Ejemplo:</i> Me va a gustar poco</p>	<p><i>Ejemplo:</i> Me gustó 80% (mucho)</p>

<p>ACTIVIDAD</p> 	<p>QUÉ TANTO ME GUSTARÁ</p> 	<p>QUÉ TANTO ME GUSTÓ</p> 
<p><i>Ejemplo:</i> Ver la puesta de Sol</p>	<p><i>Ejemplo:</i> Me va a gustar poco</p>	<p><i>Ejemplo:</i> Me gustó 80% (mucho)</p>

EJERCICIO 2

Objetivo: Equilibrar actividades de acuerdo a sus derechos y obligaciones.

Instrucciones:

Escribe las actividades que tienes que hacer y las actividades que quieres hacer. Representálas con piedritas del mismo tamaño y colócalas en 2 cajas que representaran lo que tienes que hacer y lo que te gustaría hacer. Después haz una balanza con las cajas.

BALANCEANDO MIS OBLIGACIONES Y LAS ACTIVIDADES AGRADABLES

TENGO QUE...	ME GUSTARÍA HACER...
 <p><i>Ejemplo:</i> Preparar una exposición</p>	 <p><i>Ejemplo:</i> Ver la televisión</p>

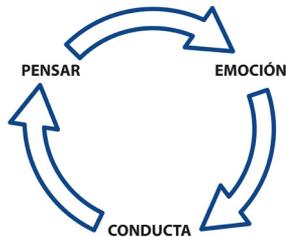
EJERCICIO 3

Objetivo: Mantener un mensaje final sobre las actividades que tenemos y queremos hacer.

Instrucciones:

Comenta con tus compañeros tu opinión acerca de las actividades que tenemos y queremos hacer, así como de qué forma influyen en ti. Toma en cuenta el esquema de Pensamiento-Emoción-Conducta y anota tus conclusiones.

DEBATE: ELIGIENDO MI ESTADO DE ÁNIMO



“Pienso, siento y hago”

Hacer actividades agradables puede influir en nuestros pensamientos y emociones de manera positiva.

Es importante no acumular las actividades que son obligatorias, es mejor no postergarlas y la recompensa puede ser una actividad agradable.

SESIÓN 6 Resaltando lo mejor de mí

OBJETIVO: Cambiar los pensamientos y fortalecer relaciones positivas

EJERCICIO 1

Objetivo: Promover los comentarios positivos hacia los compañeros y hacia sí mismos.

Instrucciones:

Imagínate como una abeja que está en busca de flores y elige las mejores, de esa manera encuentra lo positivo en tus compañeros y en ti mismo. Anota en la primera columna lo que consideraste positivo de ti mismo. Para la segunda columna pregunta a tus compañeros qué ven positivo de ti y anótalo. Al final compara las dos columnas y anota tus conclusiones.

LO QUE CONSIDERO POSITIVO DE MÍ MISMO	LO QUE MIS COMPAÑEROS VEN POSITIVO DE MÍ

Conclusiones

EJERCICIO 2

Objetivo: Identificar los logros del adolescente en las diferentes áreas o dimensiones de su vida.

Instrucciones:

Comenta con tus compañeros qué objetivos has logrado, cómo lo hiciste, lo qué has tenido que enfrentar, qué has aprendido, etc.

DEBATE: MIS LOGROS Y QUÉ HE APRENDIDO



SESIÓN 7 Mis actividades y lo que siento

OBJETIVO: Inducir en el adolescente a realizar cambios en sus actividades y conductas que lo lleven a sentir emociones positivas.

EJERCICIO 1

Objetivo: Detectar actividades agradables para fomentar un estado de ánimo positivo.

Instrucciones:

Escribe las actividades que haces con gusto y tus sentimientos al realizarlas.

¿DE QUÉ MANERA LO QUE HAGO AFECTA CÓMO ME SIENTO?

Actividades que hago...	Cómo me siento al realizarlas...

EJERCICIO 2

Objetivo: Aprender que haciendo actividades positivas podemos crear un ambiente agradable.

Instrucciones:

La mente es como un celular, donde se pueden desechar los elementos que no nos sirven o que son negativos, y dejar espacio para almacenar lo positivo o que nos es más útil.

Piensa en qué actividades negativas desecharías y cuáles positivas harías. Anota tus conclusiones.

LA MENTE COMO UN CELULAR



Actividades negativas que desecharás	Actividades positivas que harás

Conclusiones

EJERCICIO 3

Objetivo: Demostrar que cada persona es responsable de su felicidad. Hacer conciencia de lo que sienten. Buscar cosas que le hacen feliz.

Instrucciones:

Escribe al menos 5 cosas buenas o que te hagan sonreír el día de hoy. De ahora en adelante te puedes detenerte y disfrutar tu estado de ánimo, guardarlo para ti y anótalo en una lista feliz.

La Lista de la Felicidad (las cosas buenas y felices que me pasan)



1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Los buenos sentimientos, nos brindan seguridad y confianza. Al guardarlos los podemos usar cuando nos sentimos tristes o deprimimos. Puedes seguir los siguientes pasos:



- Deja por un momento lo que estás haciendo y piensa en lo que te hace feliz y sea positivo.
- Puedes empezar pensando qué te ha hecho sonreír el día de hoy.

- No tienen que ser cosas sorprendentes, las cosas pequeñas también nos hacen felices.
- Piensa en los detalles y disfruta.
- Mantén lo que piensas y sientes.
- Anota en tu lista de la felicidad esa experiencia agradable.
- Usa tu lista de cosas buenas y felices cada vez que te sientas triste o deprimido.

EJERCICIO 4

Objetivo: Interesarse por realizar más actividades agradables durante la semana. Llevar un control de las actividades que se realizan.

Instrucciones:

Realiza una lista de las actividades que realizas durante el día y marcará con una ✓ las actividades que te resultaron agradables. Esfuérzate cada día por realizar estas actividades u otras actividades nuevas y agradables.

LISTA DE ACTIVIDADES AGRADABLES

ACTIVIDADES REALIZADAS	

LISTA DE ACTIVIDADES AGRADABLES

ACTIVIDADES REALIZADAS	

SESIÓN 8 Yo elijo lo que me gusta hacer y mis emociones

OBJETIVO: Promover el análisis y cambio en el tipo de relación entre la conductas (lo que se hace) y las emociones (el sentimiento)

EJERCICIO 1

Objetivo: Entender cómo es que lo que hacemos afecta como nos sentimos.

Instrucciones:

Piensa en un hecho que sea verdadero e importante. Por ejemplo: está haciendo frío o calor, me siento cansado, tengo hambre, etc. Escribe la situación en el número 5.

SUBO O BAJO?, YO ELIJO LA DIRECCIÓN



Piensa en una actividad que podría hacer que tu ánimo bajara. Primero a un nivel 4, luego otra opción que te haría bajar tu ánimo a 3, luego a 2 y así sucesivamente. Ahora piensa en actividades que te harían sentir un poco mejor que te subiría a un 6, luego una que te suba a 7 y así sucesivamente.

EJERCICIO 2

Objetivo: Alentar a realizar actividades positivas en diferentes condiciones con o sin compañía o dinero.

Instrucciones:

Responde el cuadro recordando lo que has realizado y planeado realizar en breve, sobre actividades con o sin compañía o dinero.

¿QUÉ ME GUSTA HACER?

Actividades	Solo		Acompañado	
	Gratis	Necesitan dinero	Gratis	Necesitan dinero
He realizado				
Me impulso a realizarla				

Actividades	Solo		Acompañado	
	Gratis	Necesitan dinero	Gratis	Necesitan dinero
Me sentí				
Me gustaría realizar				
Me ha impedido realizarla				
Podría realizarla sí				

EJERCICIO 3

Objetivo: Identificar barreras que impiden realizar actividades agradables y buscar posibles soluciones.

Instrucciones:

De acuerdo a una meta escribe 5 problemas que impiden realizarla y las 5 posibles soluciones que te permitan llevarlas a cabo.

BARRERAS Y SOLUCIONES





EJERCICIO 4

Objetivos: Mantener un mensaje final sobre las actividades que tenemos y queremos hacer. Fomentar la participación aclarando dudas y comentarios.

Instrucciones:

Aclarando puntos como: las ventajas o desventajas de hacer actividades breves solo o acompañado, con diferencias entre personas y las diferencias entre nuestros gustos. Comenta con los compañeros tu opinión acerca de las actividades que tenemos y queremos hacer. Anota tus conclusiones.

DEBATE ACTIVIDADES QUE TENEMOS Y QUEREMOS HACER

ACTIVIDADES AGRADABLES	VENTAJAS	SOLO	<ul style="list-style-type: none"> • Controlamos cuando las hacemos • Tiempo para pensar • Disfrutamos nuestros pensamientos
		ACOMPANADO	<ul style="list-style-type: none"> • Contactos agradables nos hace sentir bien • Nos motivan a hacer cosas • Fortalece nuestras relaciones
	DESVENTAJAS	DIFERENCIAS ENTRE PERSONAS	<ul style="list-style-type: none"> • No a todos nos gustan las mismas cosas • No a todos les son suficientes las salidas
		DIFERENCIAS EN MIS PROPIOS GUSTOS	<ul style="list-style-type: none"> • No siempre nos gusta hacer una actividad específica. Ejemplo, cocinar. • Buscamos ciertas condiciones para realizarla.

CONCLUSIONES

SESIÓN 9 Ganándole a las barreras

OBJETIVO: Ayudar a que el adolescente desarrolle una estrategia para resolver sus problemas y buscar actividades alternativas que le permitan sentirse bien

EJERCICIO 1

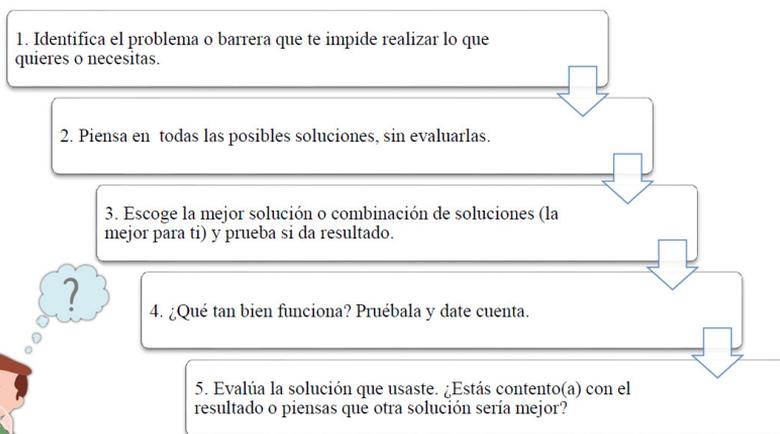
Objetivo: Encontrar las posibles soluciones a un problema e identificar el más factible por medio de un consenso grupal.

Instrucciones:

Piensa en algo que no lograste hacer en esta semana o puedes elegir las barreras de la sesión anterior. Qué te impidió hacerlo, qué hiciste en su lugar, cómo te sentiste. Debátelo con el grupo.

La próxima vez que se te presente una barrera puedes seguir los pasos siguientes:

¿Qué hago con la barrera?



EJERCICIO 2

Objetivo: Decidir realizar actividades tomando en cuenta mis preferencias, mi dinero, mis recursos, el tiempo, etc.

Instrucciones:

Pensando en tus intereses, gusto, dinero, etc. Elige una opción de las actividades que puedes hacer que se presentan a continuación y responde las preguntas.

HACIENDO LO QUE PUEDO Y ME GUSTA



Yo elijo _____ (si eliges hacer otro tipo de actividad anótalo especificando como la harías)

¿Qué tipo de música me haría sentir bien considerando mi nivel de energía, salud, tiempo, humor y preferencia personal? (clásica, salsa, merengué, reguetón, rock, indi, pop, electrónica, tecno) _____

¿Qué otra(s) actividad(s) me gustaría hacer? _____

¿Cómo podría hacerla para que estuviera a gusto? _____

EJERCICIO 3

Objetivo: Modificar metas a fin de vencer las barreras, cumpliendo el objetivo principal.

Instrucciones:

Establece la necesidad que quieres cubrir, con la meta original a alcanzar. Piensa en las barreras reales que no se pueden evitar y establece las posibles soluciones que te ayuden a cumplir tu meta.

MODIFICANDO METAS

- ✓ Si ocurren cambios en nuestra salud o condiciones de vida quizás debamos hacerlos también en nuestras necesidades y en las metas que nos hemos trazado, por lo que sería necesario modificar nuestras metas. Observa el ejemplo.

NECESIDAD	META ORIGINAL	OBSTÁCULOS	META MODIFICADA
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar mi condición física 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer ejercicio diario 	<ul style="list-style-type: none"> • No tengo donde hacer ejercicio. • No sé qué tipo de ejercicio me conviene. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ir al parque o algún gimnasio. • Buscar rutinas de ejercicio que pueda hacer en casa. • Buscar asesoría.

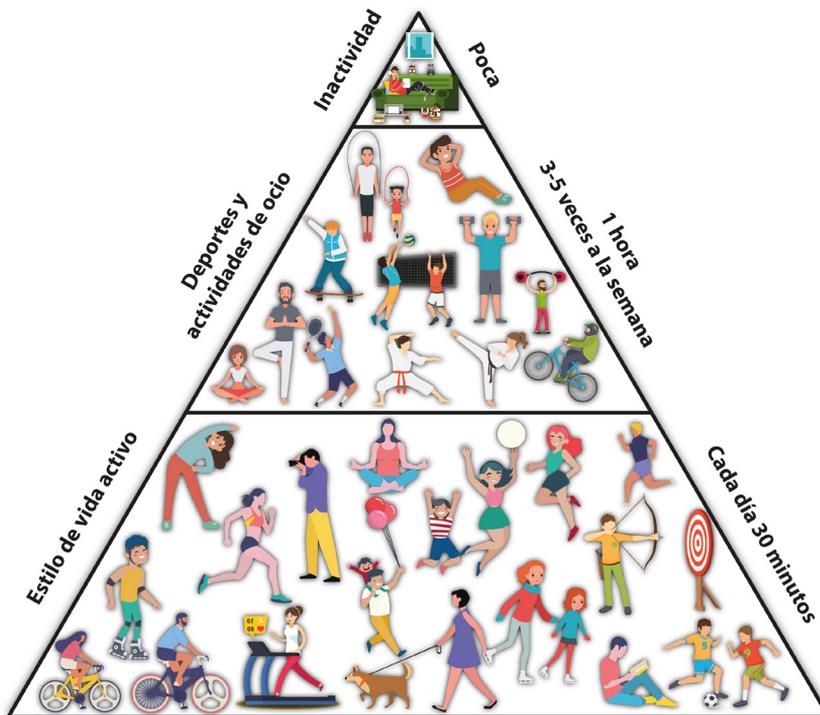
EJERCICIO 4

Objetivo: Ver de otra manera a nuestro cuerpo para echarlo andar cada vez que sea necesario.

Instrucciones:

Imagina tu cuerpo como el motor de un auto, a medida que lo usamos se carga la batería. Da ejemplos o ideas de cómo echar a andar nuestro cuerpo. Dramatiza tus ejemplos mientras tus compañeros intentan adivinar, cómo hechas a andar tu motor.

PONIENDO EN MARCHA MI MOTOR²



²creativec@mons

EJERCICIO 2

Objetivos: Dividir la meta en pequeñas metas por realizar. Organizar las actividades para realizar la meta. Concientizar que el cambio está en nosotros mismos no en otras personas.

Instrucciones:

Observa las siguientes secuencias de imágenes y comenta con tus compañeros las diferencias. Después piensa en algún deseo o meta por realizar, divídelo en metas pequeñas y establece que harás, cuándo, dónde, cómo, etc. Incluso como te recompensarás al obtener cualquier logro alcanzado.

HACIENDO ALCANZABLE MÍ META



La meta que quiero realizar _____

Mi primer paso para llevar a cabo es _____

Mi programa para hacerla es (qué, cómo, cuándo, dónde, con quién, etc. para los pasos a seguir) _____

Posteriormente me sentiré _____

Al alcanzar esta meta mi recompensa será _____

EJERCICIO 3

Objetivo: Establecer metas a corto plazo (1 mes). Enfocarse a cumplir la meta estableciendo: qué, cómo, cuándo, dónde, etc. Definir los pasos a seguir para realizar la meta. Imponer una recompensa al cumplir la meta.

Instrucciones:

Piensa en una meta a corto plazo (1 meses), que sea importante, la puedas alcanzar y contesta los siguientes pasos:

MI META A CORTO PLAZO...

1. Mi meta a corto plazo (en un mes) es: _____

2. Lo que tengo que hacer es (que pueda realizar): _____

3. Define bien tu meta específicamente a corto plazo (cuándo, qué, cómo, dónde)

Voy a empezar por (primer pasó): _____

Lo que haré será: _____

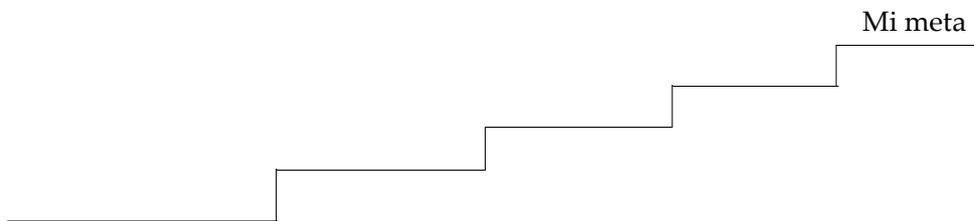
Lo voy a realizar (momento): _____

Lo llevaré a cabo en (lugar): _____

Lo voy hacer (cómo): _____

4. **OJO:** Asegúrate que tu meta este a tu alcance, no puedes hacer que otras personas hagan lo que tú quieras. Los componentes de tu meta a corto plazo serán (qué necesitas):

5. Pasos para lograr mi meta a corto plazo son:



6. Mi premio será... _____

EJERCICIO 4

Objetivos: Mantener un mensaje final sobre las metas que tenemos y la posibilidad de alcanzarlas. Fomentar la participación aclarando dudas y comentarios.

Instrucciones:

Comenta con tus compañeros tus metas, comprometiéndose a verificar que todos cumplan sus plazos para alcanzarlas.

LAS METAS A CORTO PLAZO



Establecer metas nos alienta a seguir luchando para sentirnos satisfechos

Reflexiona:

El pasado no se puede cambiar, pero es una experiencia que se puede aprovechar para mejorar el futuro.

Puede que no me sienta bien ahora, pero yo elijo como seguir, vale la pena intentar cambiar.

SESIÓN 11 Planeando mi futuro

OBJETIVO: Ayudar a que el adolescente establezca metas viables, motivantes a mediano y largo plazo e identifique los pasos a seguir para alcanzarlas.

EJERCICIO 1

Objetivo: Establecer metas a mediano (6 meses) y largo plazo (5 años). Enfocarse a cumplir sus metas estableciendo: qué, cómo, cuándo, dónde, etc. Definir los pasos a seguir para realizar las metas. Imponer una recompensa al cumplir las metas.

Instrucciones:

Piensa en una meta a mediano (6 meses) y largo plazo (5 años) y contesta los siguientes pasos.

MI META A MEDIANO PLAZO (1 AÑO)

1. Lo que deseo hacer a mediano plazo (6 meses) es (que sea alcanzable): _____

2. Lo tengo que hacer es (los pasos): _____

3. Define bien tu meta específicamente a mediano plazo (cuándo, qué, cómo, dónde)

Voy a empezar por (primer pasó): _____

Lo que haré será: _____

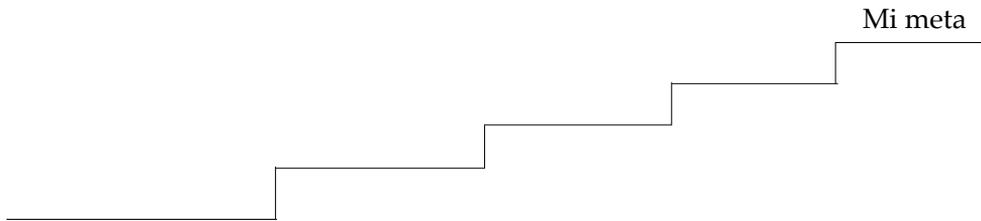
Lo voy a realizar (momento): _____

Lo llevaré a cabo en (lugar): _____

Lo voy hacer (cómo): _____

4. **OJO** Asegúrate que tu meta sea algo que tú puedes realizar, no puedes hacer que otras personas hagan lo que tú quieras. Los componentes de tu meta a mediano plazo serán (qué necesitas):

5. Pasos para alcanzar mi meta a mediano plazo.



6. Mi premio será... _____

MI META A LARGO PLAZO (5 AÑOS)

1. Lo que deseo hacer a largo plazo (5 años) es: _____

2. Lo que tengo que hacer es (que pueda realizar): _____

3. Define bien tu meta específicamente a largo plazo (cuándo, qué, cómo, dónde)

Voy a empezar por (primer pasó): _____

Lo que haré será: _____

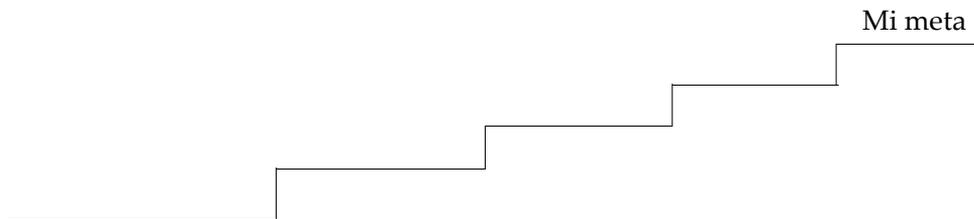
Lo voy a realizar (momento): _____

Lo llevaré a cabo en (lugar): _____

Lo voy hacer (cómo): _____

4. **OJO:** Asegúrate que tu meta sea algo que tú puedes realizar, no puedes hacer que otras personas hagan lo que tú quieras. Los componentes de tu meta a largo plazo serán (qué necesitas): _____

5. Pasos para alcanzar mi meta a largo plazo.



6. Mi premio será... _____

EJERCICIO 2

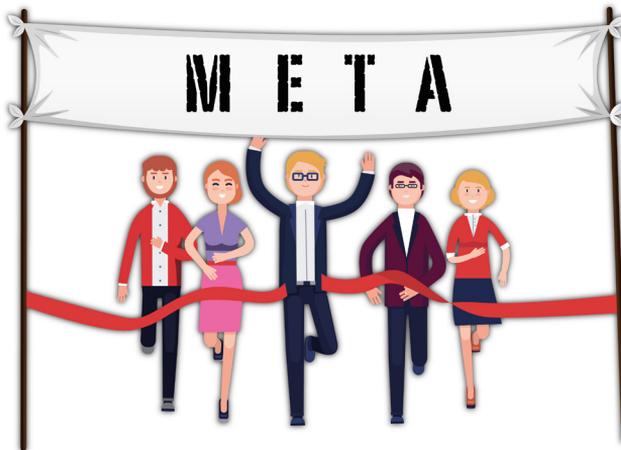
Objetivos: Mantener un mensaje final sobre las metas que tenemos y la posibilidad de alcanzarlas. Fomentar la participación aclarando dudas y comentarios.

Instrucciones:

Comenta con tus compañeros tus metas, comprometiéndote a verificar que todos cumplan sus plazos para alcanzar sus metas.

DEBATE

LAS METAS A MEDIANO Y LARGO PLAZO



SESIÓN 12 Mi relación con los otros

OBJETIVO: Que el adolescente reconozca la necesidad de tener contacto con otros y cómo afecta en sus sentimientos.

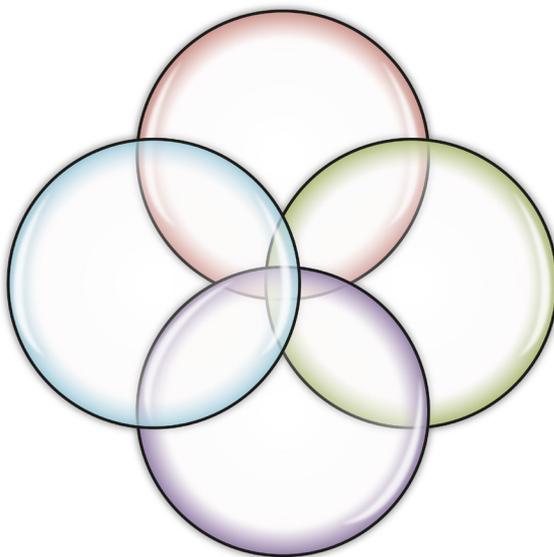
EJERCICIO 1

Objetivo: Reconocer que el ser humano es un ser social y necesita de apoyo.

Instrucciones:

Comentar con el grupo qué es para ellos necesitar de otros, si ellos se sienten necesitados, sienten apoyo, cómo se sienten en el grupo...

APOYO SOCIAL



Los seres humanos son sociales por naturaleza y necesitan de otros.

- Nos apoyamos en las personas con las que convivimos como la familia, amigos, vecinos, compañeros, maestros, etc.
- Las relaciones con otras personas puede tener efecto positivo o negativo sobre nuestro estado de ánimo, los pensamientos, los comportamientos e incluso en nuestras reacciones fisiológicas.
- Si tenemos contactos positivos harán que el estado de ánimo mejore.
- Nosotros podemos elegir con quiénes pasar nuestro tiempo.

EJERCICIO 2

Objetivo: Aprender como nuestros contactos con otras personas afectan como nos sentimos.

Instrucciones:

- Escribe tu nombre en el recuadro correspondiente, pues eres tú el que escoge tu estado de ánimo, **eres único e importante**.
- Piensa en una persona o la falta de esa persona que podría hacer que tu ánimo decayera, primero a un nivel (4), luego otra persona que haría bajar más tu ánimo (3), y así sucesivamente.
- Después piensa en una persona que te harían sentir mejor que te subiría (a 6), luego al siguiente nivel (7) y así sucesivamente.

YO ELIJO CON QUIEN COMPARTIR MI TIEMPO



EJERCICIO 3

Objetivo: Conocer las necesidades básicas del humano como ser social y aplicarlas en la vida.

Instrucciones:

Dibuja en una hoja en blanco una de las siete necesidades que todo humano puede tener, pero que para ti tiene más importancia. Pega tu dibujo al frente del aula y trata de adivinar las otras necesidades de tus compañeros.

MI NECESIDAD MÁS IMPORTANTE

-  Relacionarnos con otros.
-  Tocar y ser tocados.
-  Pertenecer y sentirse unido.
-  Ser diferente y estar separado.
-  Nutrir a otros ayudando.
-  Sentirse considerado y valorado.
-  Tener poder sobre nuestra vida.

EJERCICIO 4

Objetivo: Fortalecer su apoyo social. Motivar a realizar actividades con otras personas.

Instrucciones:

Busca entre tus actividades que realizas dónde hay otras personas y qué otras actividades deseas realizar acompañado. Elabora una lista de lo que tendrías que hacer para conocer más personas.

HACIENDO OTRAS AMISTADES



LISTA DE ACTIVIDADES QUE TENGO QUE HACER PARA CONOCER MAS PERSONAS. EJEMPLOS:

- Ir a reuniones
- Hablar con compañeros de otros grupos
- Meterme a hacer una actividad cultural o deportiva

SESIÓN 13 Mi relación con los otros: problemas y apoyo

OBJETIVO: Identificar, clasificar y resolver problemas interpersonales y como se pueden resolver.

EJERCICIO 1

Objetivo: Identificar, clasificar y valorar los problemas interpersonales.

Instrucciones:

Comenta sobre las 4 áreas por las que se puede contribuir a un estado de ánimo bajo y marca en el cuadro si la has experimentado. Contesta la tabla de abajo. Anota otros problemas que tengan que ver con relacionarse con otras personas por las que estés o hayas pasado. Compara tus respuestas en grupo.

¿PROBLEMAS CON RELACIONES INTERPERSONALES?

Separación	Cambios repentinos	Desacuerdos	Dificultades para relacionarse con lo demás
¿Has dejado de tener contacto con alguien que es importante para ti?	¿Has enfrentado cambios debido a una enfermedad, mudanzas, cambiar de escuela, etc.?	¿Has estado en desacuerdo con otros en cómo actuar o sentirte en una situación determinada?	¿Te es difícil iniciar la platica con alguien que es de tu edad y no conoces?

Problema interpersonal	Qué tanto te afecta (0-10)	Cómo te sientes	Posible solución
Discutir con un compañero			
Ser ignorado por otros			
Dejar de ver a un amigo			
Sentirte aislado de tu grupo			

EJERCICIO 2

Objetivo: Identificar el tipo de apoyo recibido por otras personas.

Instrucciones:

Responde las preguntas y descubre el tipo de apoyo que puedes recibir de otras personas. Anota los nombres dentro de los círculos. Algunos contactos se pueden ligar a otros tipos de apoyo. Compara tus respuestas con el grupo.

PERSONAS QUE ME APOYAN

Apoyo práctico	¿A quién le pedirías que... me prestara algo que necesite o me acompañe a pedir orientación? Material.
Apoyo físico o acompañamiento	¿Quién va a acompañarte a caminar, a pasar una tarde juntos, compartir su alegría? Compañía.
Apoyo emocional	¿A quién voy a acudir para... animarme, sentir que me entiende, que me escuche o comparte mis sentimientos? Afectivo
Consejo o información	¿A quién le pediría consejo... cuando no me siento bien, tengo un problema o no entiendo algo? Intelecto.



¿Quiénes son esas fuentes de apoyo (la familia, papás, hermanos... mis amigos, maestros...)? _____

SESIÓN 14 Escuchando con atención

OBJETIVO: Desarrollar escucha activa.

EJERCICIO 1

Objetivos: Desarrollo de hábitos de escucha y análisis de conductas que bloquean la comunicación. Clarificar el proceso de comunicación como un proceso circular.

Instrucciones:

Entrevista a un compañero sobre que le gusta o no del trabajo en las sesiones, al terminar escribe de 5 a 10 líneas lo que recuerdes. Ejemplo: ¿Qué te han parecido las sesiones, qué has puesto en práctica, que le cambiarías, qué le agregarías...

Pídele que lea lo que escribiste y contrástenlo con lo que realmente dijo. Subrayen las diferencias.

Después intercambien papeles y repitan la entrevista.

ENTREVISTAS





EJERCICIO 2

Objetivos: Desarrollar hábitos de escucha. Analizar consecuencias de la falta de comunicación.

Instrucciones:

Hacer una reflexión sobre las consecuencias de la falta de comunicación de acuerdo a sus experiencias analizando ámbitos como la familia, amigos, escuela, etc. Utiliza esquemas, mapas, cuadros, etc.

MANEJANDO EL SILENCIO



EJERCICIO 3

Objetivo: Analizar pensamientos que bloquean la comunicación, sus efectos. Dar consejos de cómo mejorar la comunicación. Desarrollar hábitos de escucha. Analizar consecuencias de la falta de comunicación.

Instrucciones:

Comenta que elementos bloquean la comunicación con otros, las consecuencias y cómo evitarlos. Puedes apoyarte en el cuadro de ideas, efectos y barreras. Complétalo.

DEBATE

PENSAMIENTOS QUE BLOQUEAN LA EFECTIVIDAD PARA ESCUCHAR

Completar el siguiente cuadro:

IDEAS	EFFECTOS	BARRERAS
<i>No tiene nada que enseñarme</i>	- NO PRESTO ATENCIÓN - -	- PREJUICIO (No sabe más que yo, no me interesa...) -
<i>Ya sé a dónde quiere llegar</i>	- Lo ignoro - -	- - -
<i>Si lo escucho me convencerá</i>	- - - -	- Puedo escuchar - Analizar los deseos de la otra persona y sin renunciar a lo que quiero.

Como evitar pensamientos que no permiten escuchar atentamente:



SESIÓN 15 Comunicación asertiva

OBJETIVO: Identificar estilo de comunicación y las consecuencias que tiene en los demás

EJERCICIO 1

Objetivos: Identificar el estilo de comunicación usado. Conocer consecuencias de los estilos de comunicación.

Instrucciones:

Identifica qué tipo de comunicación utilizas, guiándote por los ejemplos en el cuadro. Qué efectos tiene sobre otros y sí mismo. Dramatizando algunos ejemplo.

ESTILOS DE COMUNICACIÓN

Mejorar y controlar el estado de ánimo empieza con identificar y expresar nuestros sentimientos, pensamientos y comportamientos de forma adecuada. Identifica la forma en que te comunicas con los demás de acuerdo a los estilos de comunicación que hay:

		Respecto los deseos de los demás	Respeto mis propios deseos
	<p>Pasiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evito hablar y las confrontaciones, guardándome para mí mismo(a) mis sentimientos y pensamientos. Rehuyo la mirada, me pongo nervioso, hablo bajo. 	SI	NO
	<p>Agresiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Me impongo ante los demás, interrumpo, tengo explosiones verbales de mis sentimientos, tales como gritos, insultos y amenazas. Mis comportamientos físicos son gestos amenazantes, tirar objetos o agredir a otros. 	NO	SI
	<p>Asertiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expreso mis sentimientos y pensamientos de modo claro, tranquilo, directo y respetuoso hacia las demás personas. Muestro una postura relajada, estableciendo contacto visual y con una voz firme. 	SI	SI

¿Qué estilo de comunicación es el que más usas? _____

¿Cómo ha afectado en tus relaciones? _____

¿Cómo ha afectado en tu estado de ánimo? _____

EJERCICIO 2

Objetivo: Expresar mensajes de forma positiva, clara y directa.

Instrucciones:

Sigue los pasos de cómo solicitar algo asertivamente: piensa lo que quieres, quién te puede ayudar, cómo pedirlo de manera clara, positiva y directa. Escenifica algún ejemplo.

PETICIÓN ASERTIVA

Pedir algo asertivamente significa hacerlo de una forma tranquila, clara, directa y respetuosa. Hay otras posibilidades (pero no la garantía) de obtener lo que deseas. Las demás personas:

✎ Podrían hacerlo ✎ Podrían negarse ✎ Podrían llegar a un acuerdo

1. Tú puedes decidir pedir apoyo



2. Agradece a la otra persona su ayuda



3. Respete el derecho de la otra persona de decir no a tu petición



4. Está dispuesto a llegar a un acuerdo



Para escenificar piensa en algo que quisieras o necesitas pedir

¿Qué es lo que vas a pedir? _____

¿A quién se lo vas a pedir (familiar, amigo, maestro, etc.)? _____

¿Cómo harías tu petición? Describe lo que dirías

¿Cómo es tu petición considera que es tu petición de acuerdo a los estilos de comunicación (agresiva, pasiva o asertiva)? Escenifica y pregunta al grupo su opinión.

EJERCICIO 3

Objetivo: Expresar sentimientos y pensamientos positivos o negativos con asertividad

Instrucciones:

Analiza cómo te sientes respecto a una situación y, piensa cómo decirlo de manera asertiva, iniciando con “yo...” en vez de etiquetarte “soy.... O tu eres”.

EXPRESÁNDOME ASERTIVAMENTE

Ejemplo: “Yo me siento aburrido”, en vez de “esto es aburrido o una pérdida de tiempo”

Completa las siguientes frases:

“Yo me siento _____.”

“Yo pienso _____.”

En mi familia expresan sus sentimientos o pensamientos (estilo de comunicación y ejemplifica): _____

¿De qué manera afecta esto la forma en que se comunican?

Al compartir mis sentimientos y pensamientos me siento _____

*Expresarse **asertivamente** significa poder **expresar lo que se piensa y se siente**, de manera **tranquila, clara, directa y sin herir a otros de manera directa o indirecta**, en especial a la persona con la que se está comunicando. Eso incluye decir de forma firme cuando no se quiere hacer algo.*

EJERCICIO 4

Objetivo: Expresar de forma asertividad mi estado de ánimo.

Instrucciones:

Imagina una situación en la que quieres expresar a otra persona lo que estas sintiendo o pensando. Responde las siguientes preguntas:

ASERTIVIDAD Y MI ESTADO DE ÁNIMO

¿Qué efecto puede traer? _____

¿Cuál fue la reacción de la otra persona?

¿Cómo te sientes al compartir tus sentimientos y/o pensamientos?

¿Cómo crees que reaccionaría tu familia o amigos si compartieras tus pensamientos y/o sentimientos? _____

La asertividad nos permite expresar nuestros pensamientos, sentimientos y deseos de una manera amable, abierta, directa y clara.

Aumenta la probabilidad de obtener lo que queremos y disminuye la probabilidad de ser obligados a hacer algo que no queremos.

SESIÓN 16 Normas para mejorar mis relaciones

OBJETIVO: Identificar obstáculos para mejorar nuestras relaciones y cómo escogemos nuestras relaciones, estableciendo reglas.

EJERCICIO 1

Objetivo: Identificar obstáculos que impiden mejorar nuestras relaciones. Modificar la manera de relacionarnos.

Instrucciones:

En equipos discutan ¿Cómo ayudan o no las relaciones? ¿Qué reglas siguen para mantener una relación? y ¿Cómo es que establecieron esas normas?
Luego discútanlo con todo el grupo y lleguen a consensos.

DEBATE

NORMAS ACERCA DE LAS RELACIONES



EJERCICIO 2

Objetivos: Reconocer que podemos escoger con quién relacionarnos y cómo. Examinar normas que seguimos y considerar adoptar nuevas reglas.

Instrucciones:

Resuelve el siguiente ejercicio anotando la forma en que te solías relacionar (antigua norma), cómo te comportabas, cómo te sentías y en base a lo aprendido acerca de la asertividad establece nuevas normas a seguir para relacionarte mejor y cómo te sentirás.

ESTABLECIENDO NORMAS

Antigua Norma Norma que usabas en tus relaciones	Comportamiento Anterior ¿Usando esa norma cómo actuabas con otras personas?	Sentimientos con la Antigua Norma ¿Cómo te sentiste al usar la antigua norma?	Nueva norma (Pensamiento) ¿Cuál podría ser una nueva norma en tus relaciones?	Cambio de Sentimientos ¿Cómo crees que te sentirás si usas esta nueva norma en sus relaciones?
Ejemplo: "Debo respetar a los demás porque son más"	"Hago lo que los demás quieren"	Triste	Mis sentimientos son importantes y los debo expresar claramente	Menos triste

¿Cuáles son las ventajas y desventajas de seguir usando la vieja norma en nuestras relaciones?

¿Cuáles son las ventajas y desventajas de cambiar de norma en nuestras relaciones?

¿Cómo te sentirás al compartir tus nuevas reglas con las personas que son importantes en tu vida?

SESIÓN 17 Del pasado al futuro

OBJETIVO: Plantear metas en diferentes dimensiones considerando los PEC y lo cambios obtenidos.

EJERCICIO 1

Objetivo: Identificar necesidades y metas, así como los pensamientos, conductas y personas que pueden ayudar a lograrlas

Instrucciones:

Identifica cuáles son tus necesidades más importantes de cada área y escribe una meta para cada una. Busca los pensamientos, conductas y relaciones que te pueden ayudar a conseguir tus metas. Puedes agregar más áreas que sean importantes para ti.

METAS

	Metas	PENSAMIENTOS ¿Qué pensamientos me pueden ayudar a lograr mis metas?	CONDUCTAS ¿Yo qué puedo hacer para alcanzar o lograr mis metas?	PERSONAS ¿Quién me puede ayudar a alcanzar mis metas?
AUTO CUIDADO (Mejorar mi persona o mi comunidad, etc.)				
AUTO CONCEPTO (autoestima)				

	Metas	PENSAMIENTOS ¿Qué pensamientos me pueden ayudar a lograr mis metas?	CONDUCTAS ¿Yo qué puedo hacer para alcanzar o lograr mis metas?	PERSONAS ¿Quién me puede ayudar a alcanzar mis metas?
SUPERACIÓN PERSONAL				
FAMILIA (Relaciones con papás)				
FAMILIA (relaciones con hermanos)				
PERTENENCIA A UN GRUPO (relaciones, compañerismo y apoyo social)				
ESCUELA (logros académicos)				
ESCUELA (relaciones con pares y maestros)				
OTRAS ÁREAS POR DEFINIR				

EJERCICIO 2

Objetivo: Identificar los cambios que se han llevado a cabo en un recorrido del pasado al futuro.

Instrucciones:

Escribe dentro del cuadro cuales eran tus pensamientos, emociones y conductas en el pasado, en el presente y como serán a futuro

Reflexiona sobre los cambios que has hecho y lo que te falta por hacer

DEL PASADO AL FUTURO



PEC	PASADO	PRESENTE	FUTURO
PENSAMIENTOS			
EMOCIONES			
CONDUCTAS			

SESIÓN 18 Autoevaluación final

OBJETIVO: Analizar brevemente lo aprendido y los cambios. Evaluar los cambios. Llegar a conclusiones de los objetivos logrados.

EJERCICIO 1

Objetivo: Evaluar el nivel de cambio del inicio al final de la terapia

Instrucciones:

Recuerda cómo te sentías al inicio de la terapia (cuando llegaste). Marca con una X el número o calificación que **mejor describa tú estado de ánimo al inicio de la terapia** en la primera escala, **donde 0 es nada mal, o triste, y 10 es demasiado mal o muy triste**. Recuerda cómo te sientes ahora al finalizar (cuando terminas). Marca con una X el número o calificación que **mejor describa tu estado de ánimo ahora al final de la terapia** en la segunda escala, **donde 0 es nada mal, o triste, y 10 es demasiado mal o muy triste**. Puedes revisar tu proyecto personal que hiciste en las semanas pasadas y observa lo que ha cambiado.

EVALUANDO EL CAMBIO: ANTES-DESPUÉS

ANTES

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10	
Nada	Demasiado

DESPUÉS

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10	
Nada	Demasiado

EJERCICIO 2

Objetivo: Identificar los cambios a través de la autoimagen en el pasado, en el presente y a futuro

Instrucciones:

En el siguiente cuadro has una breve descripción de cómo te percibías o veías en el pasado, como te ves ahora y como te ves en el futuro

CÓMO ME VÍ, ME VEO Y ME VERÉ



COMO ME VI

COMO ME VEO

COMO ME VERE



Consideraciones finales

El presente libro tiene dos objetivos básicos: 1. Exponer un panorama breve de lo que implica la depresión en la adolescencia y de las principales estrategias de intervención que se han utilizado para su tratamiento y reportadas por la literatura internacional, a fin de tener un marco de referencia que le dé sentido a la propuesta de intervención con adolescentes; y 2. Presentar un modelo de intervención cognitivo conductual con adolescentes con sintomatología depresiva, basada en un modelo triádico derivado principalmente de la Terapia Racional Emotiva.

Durante la adolescencia los cambios biológicos, psicológico y sociales que forman parte de los procesos normales del desarrollo hacen que en ocasiones pasen inadvertidos una serie de indicadores de depresión. Sin embargo, la combinación de ciertos factores personales con otros de índole contextual, como se mencionó previamente, hace que algunos adolescentes presenten de manera temprana algunos signos y síntomas asociados con trastornos de ánimo como la distimia, o la depresión. Hablar de sintomatología depresiva, parte del supuesto de que no todos los adolescentes muestran alteraciones significativas en el estado de ánimo (e.g. ánimo deprimido), ni cumplen con todos los criterios de depresión de las clasificaciones internacionales ICD 10 y DSM-V. Sin que ello implique necesariamente un diagnóstico de depresión severa, es importante identificar cualquier indicador cognitivo, emocional o comportamental asociado a la depresión, por sus consecuencias para la salud integral del adolescente. La aparición temprana de algunos indicadores de depresión, pueden considerarse marcadores de riesgo y el preámbulo, para que dicha sintomatología, aumente, evolucione y/o derive en una depresión mayor durante la adolescencia o en etapas posteriores del desarrollo. En esta medida es importante detectar de manera temprana

la presencia de algunos síntomas asociados con la depresión e intervenir de forma oportuna para evitar que se desarrolle una depresión severa que derive en el suicidio o en comorbilidad con otras alteraciones, como el consumo de sustancias en la adolescencia, también asociadas al suicidio.

Aunque los trastornos de ánimo, entre ellos la depresión, no representan los índices más altos en los perfiles epidemiológicos de los trastornos mentales en adolescentes, son los más severos (Benjet et al., 2009) y además se asocian al suicidio, uno de los problemas de salud más graves y en aumento entre la población adolescente en el mundo y en México (OMS, 2015). Esto ha generado mucha preocupación entre los investigadores y clínicos de forma que, como se mencionó, en la actualidad existe una amplia gama de estrategias para intervenir con adolescentes con un cuadro depresivo, a partir de diferentes perspectivas. No obstante, la mayoría de ellas se ubican en el modelo del aprendizaje social, y se identifican como terapias cognitivo conductual, algunas de ellas de “tercera o nueva generación” como la terapia dialéctica conductual, siendo las que muestran mayor evidencia empírica de resultados satisfactorios en el tratamiento de la depresión en diferentes etapas del ciclo vital. A pesar de ello no todos los modelos terapéuticos que van dirigidos a adolescentes, pueden ser replicados o resultan útiles, dadas las diferencias contextuales matizadas por la cultura.

En este sentido es importante mencionar que el modelo de intervención que se presenta en este libro, se basa esencialmente en los principios de la terapia cognitivo conductual, retomando de manera especial algunos supuestos y estrategias de la Terapia Racional Emotiva (Ellis y Abrahms, 2005), por lo que se enfoca, en particular, en los **Pensamientos**, las **Emociones** y las **Conductas**, que frecuentemente tienen, experimentan y presentan los adolescentes, de ahí que se le denomine **PEC** (**P**=Pensamientos, **E**=Emociones, **C**=Conductas). Este modelo de intervención tiene como objetivo cambiar, reducir o eliminar la influencia negativa de algunos de estos tres componentes involucrados en los síntomas asociados a la depresión en la adolescencia, por lo que de ninguna

manera se propone como un modelo a seguir en el tratamiento de depresión severa, dada la evidencia que, en estos casos, una mejor opción es el uso de modelos y diseños de intervención mixtos (tratamiento psicológico + tratamiento farmacológico). Este modelo de intervención (PEC) se deriva de los hallazgos del piloto y desarrollo con diferentes grupos de adolescentes que solicitaban y asistían a psicoterapia en una clínica universitaria multidisciplinaria de primer nivel, por ejemplo, por baja autoestima, inhibición psicosocial, retraimiento, presencia de sentimientos de culpa, entre otros. El PEC puede considerarse como un programa preventivo, de intervención a nivel primario, cuando se presentan algunos síntomas depresivos de manera aislada y su severidad en términos de frecuencia, duración e intensidad es baja o moderada.

Cabe señalar que a diferencia de otros libros y/o manuales, este libro está dirigido principalmente a profesionales de la salud que trabajen de manera regular con adolescentes, en distintos escenarios, de manera que no es una guía de autoayuda, ni nada parecido. El modelo de intervención que se presenta en la segunda parte de este trabajo a manera de programa desglosa los ejercicios sesión por sesión de tal forma que pueda ser aplicado a los adolescentes o conducido por un profesional, preferentemente un terapeuta. Este es el motivo por el que se presenten los ejercicios listos para que se lleven a cabo de manera ordenada, secuencial y sistemática por lo adolescentes, guiados por el terapeuta o facilitador que tendrá que ser un profesional de la salud mental. De cualquier forma, se sugiere que antes de llevarlo a cabo con un adolescente o grupo de adolescentes, se realice una prueba o se lleven a cabo simulacros de las sesiones antes de su aplicación, de manera que puedan, en un momento dado, hacerse los ajustes que se consideren necesarios por el terapeuta, tomando en cuenta las características y necesidades de un adolescente o grupo determinado.

Como se mencionó este modelo interventivo (PEC) puede aplicarse o dirigirse a un solo adolescente (encuadre individual) o a varios adolescentes (encuadre grupal), por lo cual se recomienda, que, en caso de ponerlo en práctica con un encuadre grupal, el

grupo esté integrado preferentemente por cuatro a seis adolescentes, estableciéndose un máximo de diez adolescentes por grupo, si lo lleva a cabo solo un facilitador, por lo que las sesiones pueden tener una duración mayor de acuerdo al número de integrantes. Cabe la posibilidad que en un grupo participe un mayor número de adolescentes, en, por ejemplo, condiciones de coterapia, o con la colaboración de más facilitadores. Se recomienda que los grupos no sean muy grandes, que se lleve a cabo en ambientes controlados y se desarrolle por personal de la salud y educación capacitados como psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, o pedagogos.

Se subraya la necesidad de realizar una evaluación del adolescente o del grupo de adolescentes, de preferencia integral, de manera previa a la aplicación del presente modelo interventivo (PEC), con el fin de que se pueda estimar, por ejemplo, el tipo de sintomatología depresiva (exógena o endógena) y otros aspectos intrínsecos a la problemática. La valoración o exploración previa del número de signos y síntomas, su duración, intensidad, y frecuencia, aunados con información como la edad, el sexo de los adolescentes, el motivo de consulta, la descripción del problema, así como los tratamientos y soluciones intentadas con anterioridad, podría ser la base de un proceso de toma de decisiones sobre, por ejemplo, la conformación de los grupos de acuerdo a la edad y la severidad de la sintomatología depresiva; la pertinencia de remitir al adolescente a otro especialista, trabajar en interconsulta, o prescribir un tratamiento mixto.

En suma, este modelo de intervención (PEC), por sus características, se ubicaría dentro de las intervenciones indicadas, aunque también puede ser considerado como una intervención selectiva; aplicable tanto en contextos clínicos como educativos con grupos de adolescentes con ciertas características o identificados con riesgo, a través de procesos de tamizaje o screening. El PEC además podría utilizarse como un programa universal en las escuelas a nivel preventivo formando parte de los programas escolares de prevención de la depresión y suicidio, basados en la evidencia, de manera similar

a como se procede en muchas instituciones educativas en otros países como Estados Unidos, Australia, o Alemania. En este sentido, es importante reiterar que se trata de una propuesta derivada y probada en un proyecto de investigación cuyo objetivo fue desarrollar programas de intervención para adolescentes. Por tanto, el PEC es un modelo de intervención perfectible, con formato de un programa para facilitar su aplicación, que podría no ser cien por ciento generalizable y replicable, con posibilidades de adaptarse en términos del número de sesiones, duración de las mismas, alargando los ejercicios, entre otros elementos, dependiendo de las particularidades de los adolescentes, de las características inherentes al problema (sintomatología depresiva) y de las condiciones contextuales. Por último, es importante subrayar, que algo fundamental, al utilizar y aplicar el PEC, esperando les sea útil, es que el terapeuta siempre tenga en mente, que los modelos de intervención están al “servicio” de las personas, en este caso de los adolescentes, con el fin de apoyar la recuperación, mantenimiento y/o promoción de su salud integral.

- Arnett, J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente*. México: Pearson Prentice Hall.
- Barcelata, B. (2011). *Factores personales y familiares predictores de la resiliencia en adolescentes en condiciones de pobreza*. (Tesis doctoral inédita). UNAM: México.
- Barcelata, B., Durán, C., & Lucio, E. (2012). Valoración subjetiva de los sucesos de vida estresantes en dos grupos de adolescentes de zonas marginadas. *Salud Mental*, 35(6), 513-520.
- Barcelata, B. (2007). Estrés y adolescencia. En B. Barcelata (Ed.). *Estrés y Salud*. No. 8 (2da. Ed.) (pp. 111-150). México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., & Véliz, V. (2006). Problemas de Salud, Estrés, Afrontamiento, Depresión y Apoyo Social en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24(1) 55-61. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524106>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-71
- Beltrán, M. C., Freyre, M-Á., & Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30(1), 5-13. doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., & Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424.
- Benjet, C., Borges, G. Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de los trastornos

- psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 31(1), 155-163.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., Cruz, C., & Méndez, E. (2009). Descriptive epidemiology of chronic childhood adversity in Mexican adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 45(5), 483-489. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.03.002.
- Bennett, D., Ambrosini, P., Kudes, D., & Rabinovich, H., (2005). Gender differences in adolescent depression do symptoms differ for boys and girls? *Journal of Affective Disorders*, 89(1), 35-44. doi.org/10.1016/j.jad.2005.05.020
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The New Mood Therapy*. Nueva York: Signet.
- Burns, D. D., & Auerbach, A. H. (1992). Does homework compliance enhance recovery from depression. *Psychiatric Annals*, 22, 464-469.
- Cárdenas, E., Feria, M., Vázquez, J., Palacios, L. & De la Peña, F. (2010) *Guía clínica para los trastornos afectivos (Depresión y Distimia) en niños y adolescentes*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Chen, Y., Shen, W. W., Gao, K., Lam, C. S., Chang, W. C., & Deng, H. (2014). Effectiveness RCT of a CBT Intervention for Youths Who Lost Parents in the Sichuan, China, Earthquake. *Psychiatric Services*, 65(2), 259–262. doi.org/10.1176/appi.ps.20120047
- Clarke, G., Lewinsohn, P., & Hops, H. (2000). *Leaders manual for parent groups: Adolescent coping with depression course*. Recuperado de: http://www.cetpa.org/files/Depresion_-_Manual_para_Grupos_de_Adolescentes.pdf
- Coleman, L. B., Henry, L., & Kloep, M. (2007). *Adolescence and Health*. Chichester, U.K: John Wiley & Sons.
- De la Peña, F., Lara, M., Cortés, J., Nicolini, H., Paéz, F., & Almeida L. (1996). Traducción al español y validez de la Escala de Birlerson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. *Salud Mental* 19(3), 17-23.
- Del Barrio, V. & Carrasco, M. A. (2004). *Inventario de Depresión Infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Delval, J. (2000). *El desarrollo humano*. México: Siglo XXI.
- Domínguez, L. (2008). La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de

- la personalidad. *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*, 4(1), 69-76. Recuperado de http://www.conductitlan.net/notas_boletin_investigacion/50_adolescencia_y_juventud.pdf
- Dulanto, E. (2002). *El adolescente*. México: Asociación Mexicana de Pediatría-McGraw-Hill Interamericana.
- Ellis, A. & Abrahms, E. (2005). *Terapia Racional Emotiva*. México: Pax México.
- Ellis, A. & Harper, R. A. (1961). *A guide to rational living*. Hollywood, Ca: Willshire Books.
- Ezpeleta, L., Doménech, E., & Polaino A., (1988). Escala devaluación de la depresión infantil. En Polaino-Lorente: *La depresión infantil*. (pp. 275-240). Madrid: Morata.
- Fergusson D.M., Beautrais A.L. & Horwood L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine*, 33, 61-73. doi: [org/10.1017/S0033291702006748](https://doi.org/10.1017/S0033291702006748)
- Ferreira, E., Granero, R., Noorian, Z., Romero, K., & Doménech-Llaberia, E. (2012). Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en la población adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(2), 123-136.
- Flores, M. (2016). *Percepción de eventos de vida en adolescentes con sintomatología depresiva*. (Tesis de licenciatura inédita). UNAM: México.
- Freeman, A. & Oster, I. (2002). Terapia cognitiva de la depresión. En Caballo, V. (Ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1 Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (pp. 543-574). España: Siglo XXI.
- Galicia, I., Sánchez, A., & Robles, J. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes: rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de Psicología*, 25(2), 227-240. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v25/v25_2/05-25_2.pdf
- González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, J., Ramos-Lira, L., & Wagner, F. (2008). Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 50(4), 292-299.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Halpert, J. A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology:

- moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, 129(3), 447-466 DOI: 10.1037/0033-2909.129.3.447
- Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Gipson, P. Y. (2004). Stressors and child and adolescent psychopathology: Measurement issues and prospective effects. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(2), 412-425.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/01. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- Heinza, G. & Camacho, P. (2010). *Guía clínica para el manejo de la depresión*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Heredia-Ancona, M., Lucio-Gómez E., & Suárez-de la Cruz, L. (2011). Depresión y sucesos de vida estresantes en Adolescentes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(2), 49-57.
- Hernández, N. (2007). Psicoterapia cognitiva-conductual en el trastorno de la esquizofrenia. En Hernández, N. & Sánchez, J. Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. LibrosEnRed. Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=EzlwZg_aH6AC&oi=fnd&pg=PA9&dq=manual+de+psicoterapia+cognitivo-conductual+para+trastornos+de+la+salud&ots=vmjddoxonw&sig=mrjo5ux89js3k4dqsnos3raeudy#v=onepage&q=manual%20de%20psicoterapia%20cognitivo-conductual%20para%20trastornos%20de%20la%20salud&f=false
- Hernández-Cervantes, Q. & Lucio, E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 45-52.
- Herrera, A. & Maldonado, A. (2002). Depresión, cognición y fracaso académico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(1), 25-50.

- Hollon, S. D. & Garber, J. (1990). Cognitive therapy for depression: A social cognitive perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 58-73.
- Horrocks, J. (2008). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas.
- Hunter, M. S. & Liao, K. L. M. (1996). Evaluation of a four-session cognitive-behavioural intervention for menopausal hot flushes. *British Journal of Health Psychology*, 1, 113-125.
- Jiménez, L., Menéndez, S., & Hidalgo, M. (2008). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de psicología*, 26(3), 427-440.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31.
- Kimmel, D. & Weiner, I. (2001). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 54-64. doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002
- Larroy, C., Gutiérrez, S. & León, L. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual de la sintomatología asociada a la menopausia. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 77-88.
- Lega, L., Caballo, V., & Ellis, A. (2002). Teoría y Práctica de la terapia racional emotivo-conductual. España: Siglo XXI.
- Lewinsohn, P., Gotlib, I., & Hautzinger, M. (2002). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1 Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (493-542). España: Siglo XXI.
- Lewinsohn, P., Sullivan, J. & Grosscup, S. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy. Theory, research, and practice*. 17(3), 322-334.
- Lucio, E. (1999). *Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes -MMPI-A-*. México: El Manual Moderno.

- Lucio, E., Barcelata, B. & Durán, C. (2001). El cuestionario de sucesos de vida en la evaluación del estrés en adolescentes. *Psicología y Salud. Psychology and Health*. II, 2, 23-30.
- Lucio, E., Plascencia, M. & Zamarrón, G. (2005) Detección del riesgo suicida y otros problemas emocionales en una muestra de adolescentes de Aguascalientes. *Investigación y Ciencia*, 13 (32), 115-127. Recuperado de <http://www.uaa.mx/investigacion/revista/archivo/revista32/Articulo%204.pdf>
- Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge: Ballinger.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Recuperado de <http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/Articulos%20Jorge/2003/Prevalencia%20de%20trast.%20ment.%20y%20uso%20de%20serv.2003.pdf>
- Morales, B. (2009). *Sucesos de vida en adolescentes de los estados de Aguascalientes y Sonora*. Tesis inédita de licenciatura. Facultad de psicología, UNAM, México.
- Muñoz, R., Aguilar-Gaxiola, S. & Guzmán, J. (2000). *Manual de terapia individual para el tratamiento cognitivo-conductual de depresión*. California: Rand.
- Muñoz, R., Ghosh-Ippen, Ch., Valdes, E., Rao, S. & Le, H. (2003). *Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de la depresión. Aprendiendo a mejorar su realidad personal*. Universidad de California: San Francisco.
- Narváez, A., Rubiños, C., Cortés-Funes, F., Gómez, R. & García, A. (2008). Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología* 5 (1), 93-102.
- Nezu, A.M. & Nezu, C.M. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. En V. Caballo (Dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 527-553). Madrid: Siglo XXI.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M. & Perri, M.G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. Nueva York: Wiley.

- Nogales, I., Ulloa, R., Rodríguez, H., Palacios, L., Vázquez, J., Munguía, A.,... De la Peña, F. (2014). *Guía clínica. Depresión en Niños y Adolescentes*. Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. Recuperado de http://www.sap.salud.gob.mx/media/61184/nav_guias3.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Riesgos para la salud de los jóvenes*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (2015). *La depresión*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Papalia D. Wendkos S. & Duskin, R. (2009). *Desarrollo humano. De la infancia a la Adolescencia*. México: McGraw-Hill.
- Pasqualini, D. (2010). Las y los adolescentes. En Pasqualini, D. y Llorens A., (Comp.). *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral* (27-39). Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libro_VirtualAdolescentes/pdf/SaludBienestarAdolescente.pdf
- Pérez, M. & García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*. Vol. 13 núm. 003, Pp. 493-510
- Pérez, M. & Urquijo, S. (2001). Depresión en adolescentes. Relaciones con el desempeño académico. *Psicología Escolar Educativa*, 5 (1), 49-58. Recuperado de: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572001000100006&lng=pt&nrm=iso
- Piaget, J. (1975). *Psicología de la inteligencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Plunkett, S., Radmacher, K., & Moll-Phanara, D. (2000). Adolescent life events, stress and coping: A comparison of communities and genders. *Professional School Counseling*, 3(5), 356-367.
- Puerta-Polo, V. & Padilla, E. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *DUAZARY*.

- Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 8(2), 251-257.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scales for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Rehm, L. P., (1977) A-self control model of depression. *Behavior Therapy*. 8, 787-804
- Rosselló, J. & Bernal, G. (2007). *Manual de tratamiento para la terapia cognitiva-conductual de la depresión. Formato individual (manual para terapeutas). Adaptación para adolescentes puertorriqueños/as*. Río Piedras, Puerto Rico: Instituto de Investigación Psicológica, Universidad de Puerto Rico.
- Santrock, J. (2003). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Schotte, C, Maes, M., Beuten, T., Vandenbossche, B., Cosyns, P. & Van Coppenollo, F. (1993). A videotape as introduction for cognitive behavioral therapy with depressed inpatients. *Psychological Reports*, 72 (2), 440-442. Recuperado de: DOI: doi.org/10.2466/pr0.1993.72.2.440.
- Sueiro, E.; Carbulleira, M. M.; Perdiz, C.; Rodríguez, J. A. & González, A. (1999). Promoción de la salud: intervención psicológica en un grupo de mujeres en climaterio: Programa. *Psicología Conductual*, 7 (1), 139-155.
- Ubaldo, C. (2013). *Informe de intervención psicológico cognitivo-conductual aplicada a pacientes con depresión y ansiedad vía internet*. Informe inédito de prácticas profesionales de licenciatura. Facultad de psicología. UNAM: México. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/799/79902208.pdf>
- Veytia, M., González-Arriata, N., Andrade, P. & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*. 35(1), 37-43.
- Wicks-Nelson, R. & Israel, A. (2000). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid Prentice-Hall
- Zeiss, A, Lewinsohn, P, & Muñoz, R. (1979). Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal skills training, pleasant activity schedules, or cognitive training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 47(3), 427-439.

DRA. BLANCA ESTELA BARCELATA EGUIARTE

Psicóloga, Maestra en Psicología Clínica y Doctora en Psicología y Salud por la Facultad de Psicología, de la Universidad Nacional Autónoma de México. Profesora de Tiempo Completo Titular B Definitivo de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Responsable del “Programa de Bienestar Psicológico del Adolescente y su Familia” de la Clínica Zaragoza, FES Zaragoza, UNAM. Tutora del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM. Responsable de proyectos de investigación y de la línea “Salud, Adolescencia y Familia” de la División de Investigación de la FES Zaragoza, UNAM. Miembro del SNI-CONACYT. Ponente y conferencista en diversos eventos académicos. Autora y coautora de artículos científicos, capítulos de libro y libros. Miembro de diversas asociaciones como Sociedad Mexicana de Psicología, Asociación Mexicana de Terapia Familiar, la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP), la Stress & Anxiety Research Society, Certificación en Terapia Racional Emotiva por el Albert Ellis Institute y Miembro de la Asociación Mexicana de Suicidiología, A.C..

LIC. MARGARITA FLORES MATEOS

Psicóloga egresada de la Carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Participante del proyecto PAPIIT IN IN303714-3 “Adaptación y resiliencia en contextos múltiples. Base para la intervención en la adolescencia”. Diplomado en Terapia Breve y sus Aplicaciones de la División de Educación Continua de la Facultad de Psicología, UNAM. También participo como voluntaria en: el programa “Intervención sistémica en el adolescente, la familia y la escuela”, de la FES Zaragoza–CCH Oriente y como consejera en el Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono (SAPTEL) de la Cruz Roja Mexicana. Ponente en diferentes congresos nacionales e internacionales como en el Congreso Internacional de Prevención del Suicidio, Congreso Internacional de Psicología, Congreso Latinoamericano de Psicología ULAPSI, Foros de Psicología: Personalidad y Cultura y Congresos Mexicanos de Psicología.

Enfoque triádico interventivo cognitivo conductual para adolescentes con síntomatología depresiva

Blanca Estela Barcelata Eguiarte
Margarita Flores Mateos



Facultad de Estudios Superiores Zaragoza,
Campus I. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente,
Campus II. Batalla 5 de Mayo s/n Esq. Fuerte de Loreto.
Col. Ejército de Oriente.
Iztapalapa, C.P. 09230 Ciudad de México.
Campus III. Ex fábrica de San Manuel s/n,
Col. San Manuel entre Corregidora y Camino a Zautla,
San Miguel Contla, Santa Cruz Tlaxcala.

<http://www.zaragoza.unam.mx>

