# Modelo Ecológico-Sistémico de Intervención Integrativa para Adolescentes: Propuesta basada en evidencia

Blanca Estela Barcelata Eguiarte

PAPIIT IN308420

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

# Modelo Ecológico-Sistémico de Intervención Integrativa para Adolescentes: Propuesta basada en evidencia

Blanca Estela Barcelata Eguiarte

PAPIIT IN308420

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Dr. Vicente Jesús Hernández Abad
**Director**

Dra. Mirna García Méndez
**Secretaria General**

Dr. José Luis Alfredo Mora Guevara
**Secretario de Desarrollo Académico**

CD. Yolanda Lucina Gómez Gutiérrez
**Secretaria de Desarrollo Estudiantil**

Mtro. Luis Alberto Huerta López
**Secretario Administrativo**

Dra. María Susana González Velázquez
**Jefa de la División de Planeación Institucional**

Dra. Rosalva Rangel Corona
**Jefa de la División de Vinculación**

Dr. David Nahum Espinosa Organista
**Jefe de la División de Estudios de Posgrado e Investigación**

Lic. Carlos Raziel Leaños Castillo
**Jefe de la Coordinación de Comunicación Social y Gestión de Medios**

**Datos para catalogación bibliográfica**

AUTORA: Blanca Estela Barcelata Eguiarte.

**Modelo Ecológico-Sistémico de Intervención Integrativa para Adolescentes: Propuesta basada en evidencia.**

UNAM, FES Zaragoza, diciembre de 2024.

Peso: 6.6 MB.

ISBN: 978-607-30-9938-7.

Diseño de portada: Carlos Raziel Leaños Castillo.
Formación de interiores: Claudia Ahumada Ballesteros.

Financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) IN308420 de la Dirección de Asuntos del Personal Académico (DGAPA).

Este libro fue dictaminado a través del Comité Editorial de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y se aprobó en junio de 2024.

---

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.

**Modelo Ecológico-Sistémico de Intervención Integrativa para Adolescentes: Propuesta basada en evidencia.**

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

**Facultad de Estudios Superiores Zaragoza**
Av. Guelatao # 66, Col. Ejército de Oriente,
Alcaldía Iztapalapa, C.P. 09230, Ciudad de México, México.

# Agradecimientos

Este manuscrito fue desarrollado considerando algunos hallazgos de una investigación llevada a cabo gracias al financiamiento de 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) IN308420 "*Desarrollo de modelos psicológicos de evaluación-intervención para promover la adaptación positiva en adolescentes y familias vulnerables*", entre cuyos objetivos estaba el proponer modelos de intervención con base en la evaluación diagnóstica y caracterización psicosocial de adolescentes y familias en condiciones de vulnerabilidad.

Se hace extensivo el agradecimiento a las autoridades y a todo el equipo de Proyectos de la FES Zaragoza por su respaldo y el apoyo en las gestiones ante la DGAPA, de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Se extiende un reconocimiento a todo el equipo de colaboradores del PAPIIT, que con sus aportaciones hicieron posible presentar un modelo preliminar de evaluación con adolescentes y por contribuir con su trabajo de intervención con adolescentes y padres a mostrar evidencia de la utilidad de un enfoque integrativo psicoeducativo y psicoterapéutico que en conjunto se constituyen en un fundamento para la propuesta de un modelo ecológico-sistémico integrativo de evaluación e intervención que aquí se presenta. En particular, se agradece a Maribel Agustín, Marcos Correa, Lilia Montalvo y Raquel Rodríguez, por dar su consentimiento para retomar esquemas, así como a Tania Cercas-González, por su apoyo en el proceso de búsqueda y concentración de información sistemática.

Un agradecimiento especial a los y las adolescentes que acuden en búsqueda de apoyo psicológico, que proporcionan su asentimiento para participar en todo el proceso de intervención y a sus padres por confiar en nuestro trabajo y otorgarles su consentimiento, así como a los grupos de padres de la comunidad abierta, que se integran en las actividades de atención a adolescentes y familias.

***Blanca E. Barcelata Eguiarte***

# Prólogo

La adolescencia es una importante etapa de la vida de los seres humanos que transcurre entre los 10 y 19 años, caracterizada por una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales. Su estudio es indispensable debido a que en estas edades pueden surgir diversos trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión, o bien problemas de conducta y de adaptación.

Muchos de nuestros jóvenes transitan por este periodo sin mucho malestar, pero hoy en día, la mayoría de ellos requieren de acompañamiento en su proceso de maduración. Afortunadamente, la investigación al respecto ha sido amplia tanto, de las características distintivas del adolescente, como de las diferentes formas para lograr la armonía para el buen vivir.

El desarrollo de estas acciones, puedo señalar que es desde tiempos ancestrales, ya que la intervención psicológica, ha utilizado diferentes prácticas para el tratamiento de múltiples malestares con el objetivo de brindar mayor bienestar en la persona. Esto es, los programas de intervención psicológica son útiles para que las personas logren un mejor funcionamiento y que desarrollen habilidades interpersonales que inciden sobre su salud mental y bienestar.

Es así, que la autora nos presenta un detallado análisis de lo que es la adolescencia desde la psicología, así como la prevalencia de los problemas psicológicos que aquejan a este grupo etario en nuestro país. Todo ello, sirve de base para la comprensión de los factores de riesgo y protección próximos y distales a los que están expuestos.

Tal y como la autora lo menciona, la familia es el sistema más próximo de los individuos, lo que determina que su interacción con este sistema puede desarrollar vínculos estables, cohesión y en general un adecuado desarrollo en los adolescentes, sin embargo, también puede ser un sistema que puede causar experiencias poco gratificantes en el adolescente.

En el marco del modelo ecológico, se centra la propuesta investigativa y de los modelos de intervención cuya evidencia empírica dan cuenta de su utilidad y pertinencia, lo cual no es sólo la mera descripción del programa o la comprensión del procedimiento, sino que hace referencia a la motivación intrínseca para generar el cambio de conducta y su mantenimiento.

La basta información que nos presenta, nos permite acercarnos al conocimiento respecto a programas de intervención basados en la evidencia que podrán ser una importante guía para los profesionales de salud para la elaboración de protocolos de intervención.

Entre las razones que vislumbro de la riqueza de la obra, es que hay una continua dinámica entre lo teórico y lo práctico, entre la información y los datos. Esto nos demuestra que los programas de intervención requieren de un sólido sustento de la teoría y no el solo hecho de aplicar un programa que, en el mejor de los casos, se aplican sólo por el mero hecho de hacerlo.

Seguramente el lector, obtendrá un profundo aprendizaje respecto a la necesidad de generar programas de intervención basados en evidencia, en sus diferentes niveles y que sean dirigidos a nuestro contexto sociocultural, por ello invito a leer este libro, ya que el lector encontrará amplia información respecto a las diferentes perspectivas en cuanto a la intervención, y resultados que son un eslabón entre la ciencia básica y aplicada.

Tan relevante como necesaria es la obra, y estoy segura que nos deja certidumbre de que el cambio es posible, por ello, a nosotros nos queda el investigar, estudiar, analizar, reflexionar y poner en acción el conocimiento científico en estrategias psicoeducativas dirigidas a la atención en salud mental de nuestros jóvenes, sin perder de vista que este libro será un referente para los interesados en estos temas.

***Norma Ivonne González Arratia López Fuentes***

# Presentación

La adolescencia es una etapa sumamente importante para el ser humano, es el momento donde podrá adquirir las habilidades para adaptarse a su medio y cultura con éxito, los eventos que le ocurran en la adolescencia tendrán efecto durante el resto de su vida. En este proceso tienen influencia múltiples factores de índole personal, familiar, social y cultural.

Este libro representa un ejercicio para ilustrar en cierta medida el camino para la construcción de propuestas de intervención psicológica integrativas e integrales basadas en la evidencia con adolescentes y padres. Refleja de manera particular el esfuerzo de los últimos cuatro años por construir y proponer modelos de intervención con base en experiencias de varios años derivadas del trabajo con adolescentes y padres, considerando además los cambios contextuales que se presentaron a partir de la pandemia por COVID-19, lo cual condujo a la adopción de estrategias "emergentes" desde el punto de vista teórico, metodológico y tecnológico, que dieron paso a la intervención en línea, hibrida, además de la presencial, considerando que dichas propuestas tendrían que tener su fundamento en la investigación, es decir, basadas en la evidencia, recomendación hecha en los 90's dentro de la Psicología.

Por tanto, el capítulo uno tiene el objetivo de presentar una breve revisión de algunos supuestos y principios generales de la perspectiva sistémica sobre el desarrollo adolescente que representa un amplio marco teórico y metodológico para el abordaje y la intervención en los problemas durante la adolescencia, resaltando en especial la importancia de los recursos del propio adolescente y su familia como un primer contexto proximal con factores de riesgo-protección.

El capítulo dos se enfoca a la revisión de enfoques probados de intervención, retomándose principalmente, el modelo transteórico, la intervención motivacional, así como la terapia breve centrada en soluciones, cuyos principios básicos y estrategias se sobreponen dando

pauta a la combinación de técnicas que, usadas de manera estructurada, puedan potenciar sus efectos, fortaleciendo los procesos y resultados de la intervención con adolescentes e incluso padres de familia. Se analizan algunos aspectos de orden teórico y metodológico de los enfoques que sientan la base para proponer un enfoque integrativo para el diseño de un modelo general de intervención para adolescentes y padres, así como programas o protocolos de intervención universales y selectivos de acuerdo con los temas emergentes de interés para la promoción, fortalecimiento y restitución del bienestar y la salud mental de los y las adolescentes y los padres.

En el capítulo tres, se presentan los antecedentes y fundamentos de la práctica psicológica basada en evidencia, así como algunas de las guías validadas mundialmente que proponen lineamientos generales para la construcción de propuestas de intervención bajo dichas premisas, así como guías más específicas que recomiendan acciones y/o estrategias para la elaboración de propuestas de intervención de acuerdo al alcance y objetivos.

El capítulo cuatro, el proceso de elaboración de una propuesta general de intervención integrativa. Se describe su alcance, su objetivo, niveles y modalidades de atención, así como los fundamentos teóricos de las intervenciones integrativas que lo sustentan. Se describen los dos programas centrales del modelo, dirigidos a adolescentes y padres, incluyéndose ejemplos de protocolos de intervención específicos para problemas como la ansiedad, así como uno para fortalecer la comunicación entre padres-hijo que mostraron resultados satisfactorios en adolescentes y padres.

***Blanca E. Barcelata Eguiarte***
***22/07/24***

# Contenido


**Capítulo 1. Adolescencia y familia: Retos y recursos** **13**

Modelo Ecológico-Sistémico del Desarrollo Adolescente 15

¿Por qué Enfocarse en los y las Adolescentes? 18

Perfil epidemiológico en salud mental 19

La familia: Contexto Proximal de Riesgo-Protección 22

**Capítulo 2. Hacia la integración de enfoques de intervención psicológica con adolescentes** **27**

De los Enfoques Específicos a los Enfoques Integradores 28

Integrando un Enfoque Unificador 32

El Modelo Transteórico 34

El cambio: Un proceso en etapas 35

La Intervención Motivacional 38

Principios de la entrevista motivacional 40

Estrategias que motivan al cambio 45

Terapia Breve Centrada en Soluciones: Un enfoque interventivo sistémico 51

Premisas básicas 52

Maniobras terapéuticas 54

**Capítulo 3. Construcción de modelos de intervención con adolescentes basados en evidencia** **57**

Niveles de Intervención en Salud y Educación 58

Intervención Psicológica Basada en Evidencia 60

Diseño de Intervenciones Basadas en Evidencia 65

Sobre las Intervenciones para Adolescentes 69

**Capítulo 4. Modelo ecológico-sistémico de intervención integrativa para adolescentes 73**

Elaborando una Propuesta de Intervención con Adolescentes 76

Fase 1 Evaluación diagnóstica, jerarquización de problemas, selección de beneficiarios 77

Evaluación diagnóstica de adolescentes 78

Evaluación diagnóstica de padres 82

Jerarquización de problemas 86

Selección de grupos blanco o beneficiarios 86

Fase 2 Elección de problemas, niveles y tipos de atención y objetivos 86

Selección problemas prioritarios 86

Especificación de niveles y modalidades de atención 87

Establecimiento de objetivos 87

Fase 3 Revisión sistemática, selección de enfoques y métodos para el diseño de la intervención 88

Revisión sistemática de la literatura 88

Selección de métodos y enfoques 90

Integración de métodos y enfoques 90

Diseño e implementación de la intervención 91

Modelo Ecológico-Sistémico de Intervención Integrativa para Adolescentes (MESIIA) 91

Modelo Ecológico-Sistémico de Evaluación Proximal del Adolescente (MESEPA) 92

Modelo Ecológico-Sistémico de Intervenciones Integrativas para Adolescentes (MESIIA) 95

Modelo Integrativo: Fundamentos teórico- metodológicos 96

El MESIIA: Objetivo, niveles y ámbitos de intervención 98

Programa de Intervención Breve Integrativa para Adolescentes 102

Protocolo de intervención breve selectiva con adolescentes con problemas internalizados y externalizados 102

Protocolo de intervención breve indicada con adolescentes con sintomatología ansiosa 106

Programa de Intervención Breve Integrativa con Padres 110

Protocolo de intervención psicoeducativa para promover la comunicación efectiva en padres con hijos adolescentes 111

Evaluación de las Intervenciones 115

Recomendaciones Generales 115

**Capítulo 5. Consideraciones finales y prospectivas 117**

**Referencias 121**

**Anexo 149**

# Capítulo 1

## Adolescencia y familia: Retos y recursos

*"Porque la salud mental es algo que se construye día a día, y…. una prioridad construirla juntos durante la adolescencia".*

*Blanca Barcelata*

La adolescencia es el período de transición entre la niñez y la adultez, en el cual se presentan cambios biológicos, cognitivos, emocionales y sociales, que se da entre los 10 y 19 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022), sin embargo, dados los cambios estructurales en un mundo globalizado, la adolescencia se ubica, más bien entre la niñez y la adultez emergente, etapa previa a la adultez, identificada por Arnett (2000), por presentar procesos y características distintivas. Así, durante la adolescencia el principal desafío o tarea central de desarrollo es la búsqueda de la identidad y la autonomía en un mundo de exigencias y retos que vulnera su estabilidad emocional y física, lo cual podría conducir a que se experimente como un período de crisis y conflictos que algunos autores han considerado normales o característicos de esa edad (p.e. Aberastury y Knobel, 1989; Blos, 1986). De ahí que la noción popular y más frecuente sigan siendo el que la adolescencia es una etapa del ciclo vital problemática y estresante.

No obstante, varios teóricos y expertos en el desarrollo adolescente enmarcados en un enfoque ecológico-sistémico, con base en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), plantean que la adolescencia, por el contrario, es una etapa de oportunidades y de crecimiento (p.e. Lerner, 2018; Masten, 2014), con lo cual se coincide en este manuscrito. Es decir, lejos de tratarse de una etapa tormentosa matizada por el estrés, se trata de una etapa del ciclo vital del ser humano caracterizada por la presencia de muchos recursos y un gran potencial, que puede fortalecerse y expandirse dependiendo del contexto tanto proximal como distal, lo cual se ha ido confirmando a través del trabajo con diversos grupos de adolescentes, incluso de contextos socioeconómicos deprimidos y de riesgo psicosocial (Barcelata, 2021).

Ciertamente la adolescencia es un largo periodo del ciclo vital matizado por vulnerabilidad, cuyo inicio suele ser identificado principalmente por marcadores de orden biológico (p.e. edad, cambios físicos puberales). La forma en que transcurre y es "experimentada" por cada adolescente suele variar dependiendo de condiciones tanto internas como externas.

En este sentido, se coincide en reconocer que la adolescencia es un periodo de transición relativamente largo entre la niñez y la adultez emergente, en el que el adolescente experimenta cambios drásticos y vertiginosos de manera simultánea, ya que muchos procesos del neurodesarrollo se encuentran en evolución, por lo que aún no han madurado.

Algunas competencias de tipo cognitivos y socioemocionales, como el análisis y síntesis, la capacidad de anticipación y planeación, la regulación emocional, asociadas con las funciones ejecutivas, dependen en buena medida del nivel de maduración del sistema nervioso, en particular de algunas estructuras como el lóbulo pre-frontal responsable de la eficacia de dichas funciones (Buckley et al., 2019; Haft & Hoeft, 2017). De ahí que el logro de la identidad y la autonomía, durante la adolescencia no es "tarea" fácil, ya que muchas de las competencias necesarias para su despliegue, paradójicamente, no se encuentran desarrolladas, dada la complejidad en que varios procesos neuropsicológicos se entrelazan y van madurando de manera paulatina, durante la adolescencia.

Derivada de esta inmadurez neurológica, es más probable que los y las adolescentes intenten probar o experimentar nuevas sensaciones y desplieguen conductas que ponen en riesgo su integridad física y emocional, por lo que son denominadas "conductas de riesgo", tales como consumo de drogas, prácticas sexuales de riesgo, conductas violentas y actos delictivos, así como hábitos alimentarios inadecuados (UNICEF, 2015, 2019; Zuckerman & Kuhlman, 2000), y con mayor frecuencia conductas autolesivas que ponen en riesgo su salud integral, que incluso puede conducir al suicidio (Benjet et al., 2017; Lim et al., 2019; *World Health Organization [WHO],* 2021) muchos de los que se asocian o se derivan de factores de riesgo familiares, escolares, sociales, y/o económicos.

Hay jóvenes que pueden presentar problemas para manejar los cambios que se presentan durante dicha etapa, por lo que pueden requerir ayuda para superar esta transición física, cognitiva, psicoemocional y social. Muchos procesos y sucesos normativos o esperados durante la adolescencia pueden llegar a generar estrés en los y las adolescentes, cuando experimentan un desequilibrio entre las demandas y los recursos disponibles (Lerner et al., 2012; 2018). En situaciones excepcionales o no normativas, la estabilidad del desarrollo adolescente puede estar en mayor riesgo.

Otro factor que puede generar estrés en los y las adolescentes está intrínsecamente vinculado con la búsqueda y consolidación de la identidad, una tarea básica del desarrollo en la adolescencia (Inguglia et al., 2015; Shifflet-Chila et al., 2016). Esto representa una

de las tareas básicas del desarrollo propias de la adolescencia, lo que implica un proceso interactivo de dependencia-independencia, matizado por ambivalencia entre la necesidad de individuación y desprendimiento de la familia y logro de la autonomía (Distefano y Meuwissen, 2022), en especial de los padres, y mantener una estructura vincular lo suficientemente fuerte para conservar la contención socioemocional y el sentido de pertenencia (Seiffge-Krenke & Pakalniskiene, 2011; Van-Der Kaap-Deeder et al., 2019), lo que complejiza el desarrollo adolescente, generando la necesidad de proporcionar un apoyo integral al sistema diádico adolescente-familia.

Con el paso agigantado de las nuevas tecnologías, la tendencia a usar la tecnología y las redes sociales, en ocasiones puede llegar a ser desmesurada e incluso adictiva, generando una situación paradójica de estrés (Garzón y Torres, 2020; Matalí et al., 2015). En este sentido los medios, como internet y las redes sociales pueden ser útiles para la búsqueda de información, diversión, apoyo social, pero por otro, pueden tener repercusiones negativas en el desarrollo de habilidades sociales que pueden limitar o alterar a las o los adolescentes, por ejemplo, la capacidad para establecer y mantener relaciones sociales positivas y constructivas en diferentes niveles de convivencia, lo cual también se exacerbó especialmente durante el confinamiento por la pandemia por COVID-19, la cual fue experimentada por algunos adolescentes con mucha carga de estrés dependiendo de la interacción entre variables personales y familiares (Barcelata y Bermúdez, 2022).

En suma, durante la adolescencia existen numerosos factores que pueden ser protectores, o por el contrario significar un riesgo para el desarrollo saludable del adolescente, por lo cual, desde una perspectiva sistémica, lo recomendable sería hacer un abordaje ecológico multinivel, en el que en primer lugar participe la familia como un factor proximal relevante, junto con la escuela.

## Modelo Ecológico-Sistémico del Desarrollo Adolescente

Para comprender mejor la adolescencia y poder intervenir para prevenir minimizando los riesgos, y potenciar los recursos, el modelo ecológico- sistémico (Figura 1) se constituye en un marco teórico-metodológico útil para su abordaje (p.e. Cicchetti, 2010; Sameroff, 2013; Masten, 2021; Ungar, 2021), ya que da cuenta de los diferentes sistemas ecológicos en los que transitan los y las adolescentes.

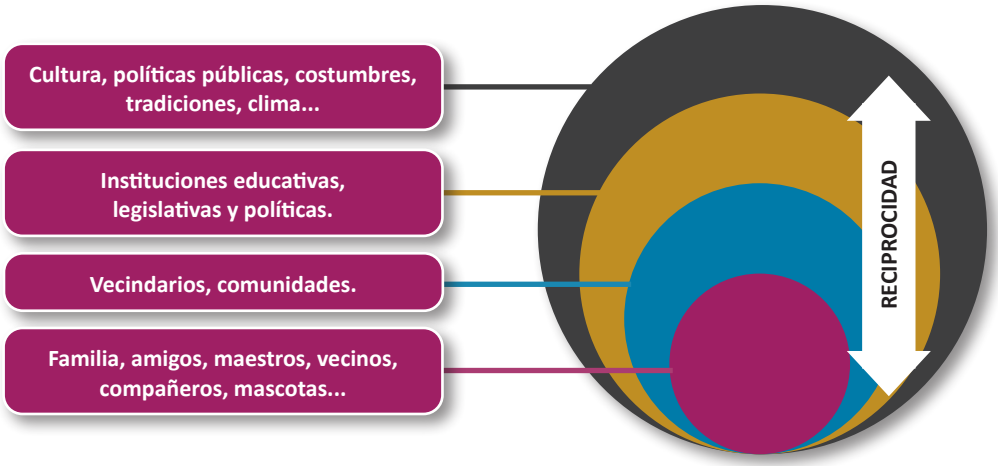



**Figura 1.** Representación gráfica del modelo ecológico de Bronfenbrenner del desarrollo humano.

*Nota:* Retomado de Barcelata et al. (2021).

En esta línea, las trayectorias del desarrollo y sus resultados son el resultado de la interacción de diferentes factores de riesgo-protección y de su organización a lo largo de diversos sistemas ecológicos (Cicchetti, 2010). Desde esta perspectiva, la adolescencia implica un periodo evolutivo en el que es posible identificar distintas subetapas que se diferencian entre sí por procesos cambiantes en múltiples niveles y en diversas dimensiones que van evolucionando y expresándose de distinta forma dependiendo de la subetapa en la que se encuentren transitando los y las adolescentes, y que generalmente son identificadas por marcadores biológicos, principalmente la edad y el sexo, que son acompañados por procesos neuropsicológicos y sociales matizados por un contexto socioeconómico. En este sentido se coincide con algunos teóricos del desarrollo adolescente (p.e. Berk, 2019; Frick et al., 2010; Kohlberg, 2016; Lerner et al., 2015) en que se pueden identificar algunas características distintivas de cada una de las etapas de la adolescencia.

En la Cuadro 1, se describen de manera sintética algunas de las características sobresalientes asociadas a las diferentes subetapas de la adolescencia, en función de dimensiones del desarrollo, sin embargo, no se puede generalizar ya que suelen estar matizadas por factores contextuales como la cultura.

**Cuadro 1.** Características principales de la adolescencia temprana, media y tardía: Dimensiones básicas del desarrollo.

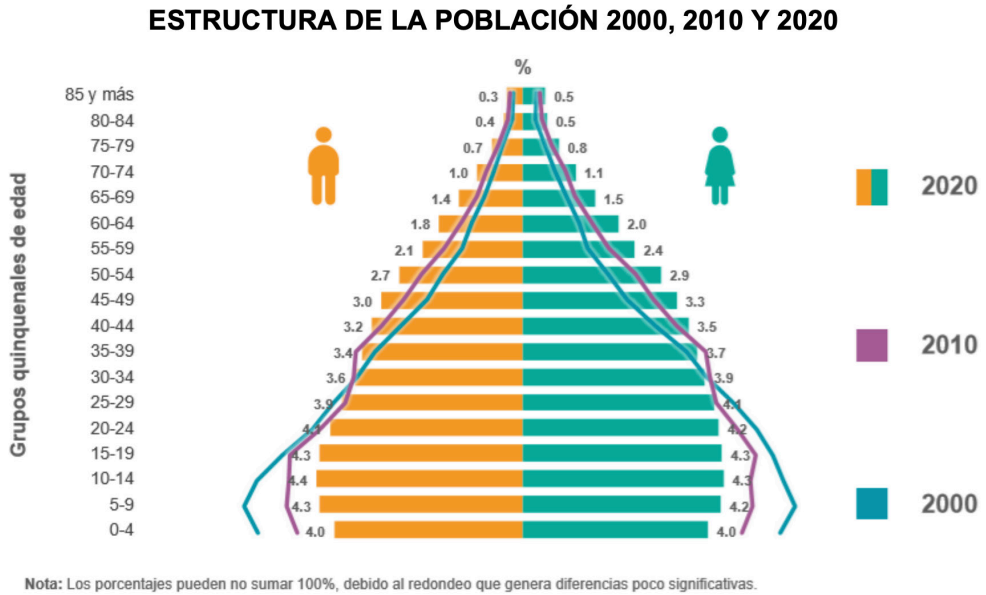
| Dimensiones | | Adolescencia temprana 12-14 años | Adolescencia media 15-18 años | Adolescencia tardía 19-21 años |
|---|---|---|---|---|
| | **Emocional** | Vulnerabilidad emocional. Cambios drásticos en el estado de ánimo. Presencia de estados emocionales extremos (euforia-apatía). | Capacidad de reconocer y aceptar sus emociones. Las emociones son más estables. | Capacidad de reconocer, aceptar y regular emociones propias y de otros en función de un contexto. |
| | **Cognitiva** | Menor desarrollo cognitivo. Pensamiento funcional. Pensamiento egocentrista y mágico. | Variabilidad en el pensamiento funcional-abstracto. Introducción al pensamiento filosófico. Desarrollo de la capacidad de anticipación y planeación. | Predominio del pensamiento abstracto. Capacidad de análisis y síntesis. Capacidad de anticipación y planeación. Toma de decisiones autónoma. |
| | **Moral** | Desarrollo de un razonamiento moral. Toma de decisiones en función del otro. | Discernimiento de un comportamiento moral. Proceso decisional semi-personalizado. | Competencia moral personalizada, pero de acuerdo con el contexto. |
| | **Interacción con padres** | Inicio de la separación de los padres, acompañadas de actitudes rebeldes y desafiantes. | Ambivalencia: separación y autoafirmación Identificación positiva con pares. | Independencia y vinculación emocional con otros. Sentido de pertenencia familiar. |
| | **Interacción Amigos-Pares** | Socialización desbordante, superficial, con pocos filtros. Dependencia hacia par(es) o amigo(s). Relaciones grupales o de banda. | Relaciones interpersonales selectivas. Inicio de relaciones en pareja. Desarrollo de relaciones empáticas. | Capacidad de empatía. Permanencia de relaciones con los otros. Predominio de relaciones de pareja "amorosa". Afiliación a un grupo. |
| | **Manejo del tiempo** | Retirada pasiva de los intereses y actividades habituales, encierro en sí mismo(a). | Dispersión. Búsqueda de alternativas en cuanto a actividades, distractores, aficiones, etcétera. | Identificación con actividades o pasatiempos particulares. Intereses más definidos. Orientadas hacia la meta. |

*Fuente:* Elaboración propia de la autora.

A este punto y retomando a Bandura (1992), habría que recordar que la construcción social de la realidad se da a través de procesos interactivos de aprendizaje con los otros. Estos procesos, tienen lugar y referentes en diversos sistemas ecológicos como la familia, la escuela, y espacios de intercambio social más amplio como el vecindario, los clubes, grupos religiosos, entre otros, por lo que es necesario poner en contexto a los y las adolescentes.

## ¿Por qué Enfocarse en los y las Adolescentes?

En 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estimó que más del 20% de la población mundial eran adolescentes. En México, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2021), a pesar de los cambios en la transición epidemiológica y del engrosamiento de los grupos de adultos y jóvenes de mayor edad, los y las adolescentes constituyen el 28.3% de la población general (Figura2), lo cual indica que siguen siendo el grupo de edad más amplio de la pirámide poblacional.




**Nota:** Los porcentajes pueden no sumar 100%, debido al redondeo que genera diferencias poco significativas.

**Figura 2.** Distribución poblacional por edad y sexo expresada en porcentaje: tendencia del 2000 al 2020.

*Fuente:* Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021).

Asimismo, los y las adolescentes representan uno de los sectores poblacionales más sanos físicamente por lo que son los que acuden con menor frecuencia a los servicios de salud (Benjet et al., 2016), sin embargo, es un grupo en el que los trastornos emocionales y de conducta han ido en aumento.

## Perfil epidemiológico en salud mental

Los reportes epidemiológicos por algunas organizaciones a nivel mundial encargadas del monitoreo de la salud mental de los adolescentes como la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), coinciden en que aproximadamente el 20% de los y las adolescentes presentan algún tipo de trastorno mental. Se informa que la ansiedad se sitúa como uno de los cinco problemas que mayor discapacidad provoca en adolescentes (OMS, 2021; OPS, 2018; UNICEF 2019). En la región de América Latina y el Caribe, aproximadamente el 50% de los y las adolescentes entre 10 y 18 años presentan principalmente cuadros depresivos y de ansiedad (UNICEF, 2021).

En México, aunque la prevalencia es menor, se informa (Gobierno de México, 2018), que entre el 10% y 20% (Media=17.8%), de los y las adolescentes han presentado algún tipo de alteración de tipo emocional o de conducta a lo largo de un año. De forma que alrededor del 20% de los y las adolescentes presentan o han manifestado algunas problemáticas de salud mental que pueden llegar a ser discapacitantes, tales como ansiedad, depresión, y algunas otras asociadas al suicidio como las autolesiones (Benjet, et al., 2009; 2017). De acuerdo con el Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO, 2022), a partir del 2020 los problemas de salud mental entre los jóvenes se incrementaron revelando que alrededor del 60% de los y las adolescentes presentaron algún síntoma de depresión, cifra similar a la presentada por la UNICEF (2021) con respecto a América Latina y el Caribe.

En la Cuadro 2, se aprecia que algunos informes de salud mental, a nivel mundial y nacional (IMCO, 2022; OMS, 2021; Suárez y Kazdin, 2023; UNICEF, 2019; 2021), coinciden en establecer que, en cuanto a la prevalencia de las enfermedades mentales durante la adolescencia, se puede observar que la ansiedad y la depresión son los problemas de as más comunes entre los y las adolescentes, así como en jóvenes, los cuales se han incrementado en los últimos tres años a partir de la pandemia por COVID-19, y que el grupo más vulnerable es el de adolescentes de 15 a 19 años.

**Cuadro 2.** Datos de prevalencia en problemas de salud mental y fuentes de información.

| Fuente | Referencia con link | Datos |
|---|---|---|
| OMS (2021) | Salud mental del adolescente https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health | Se calcula que el 3,6% de los y las adolescentes de 10 a 14 años y el 4,6% de los de 15 a 19 años padece un trastorno de ansiedad.<br>Se calcula que el 1,1% de los y las adolescentes de 10 a 14 años y el 2,8% de los de 15 a 19 años padecen depresión.<br>El TDAH se presenta en el 3,1% de los y las adolescentes de 10 a 14 años y el 2,4% de los de 15 a 19 años.<br>El trastorno disocial (con síntomas de comportamiento destructivo o desafiante) se produce en el 3,6% de los y las adolescentes de 1014 años y en el 2,4% de los de 15-19 años. |
| UNICEF (2019) | Más del 20% de los y las adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/m%C3%A1s-del-20-de-los-adolescentes-de-todo-el-mundo-sufren-trastornos-mentales | Más del 20% de los y las adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales.<br>El suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años.<br>Alrededor del 15% de los y las adolescentes de países con ingresos medios y bajos se han planteado el suicidio. |
| IMCO (2022) | Salud mental para los más jóvenes https://imco.org.mx/salud-mental-para-los-mas-jovenes/ | Una encuesta aplicada en línea para personas de 15 a 24 años en noviembre de 2020 mostró que el 64% de adolescentes y 71% de jóvenes presentaron síntomas de depresión |
| Suárez y Kazdin (2023) | Suárez, K. y Kazdin, A. (2023) Salud mental infantil y la brecha de tratamiento en México 33 (1) 5-18 https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2768/4627 | Se reportó que los trastornos mentales son sumamente prevalentes en niños y adolescentes, con tasas de 39% en México y con una brecha de tratamiento por arriba de 86%, lo que resulta alarmante.<br>La carga de la enfermedad en México para la depresión y la ansiedad en niños y adolescentes de entre 5 y14 años de edad son de 1 y 4%, respectivamente. |

**Cuadro 2.** Datos de prevalencia en problemas de salud mental y fuentes de información (*continuación*).

| Fuente | Referencia con link | Datos |
|---|---|---|
| Gobierno de México (2022) | Más de 50% de trastornos mentales en la edad adulta iniciaron en la niñez y la adolescencia https://www.gob.mx/salud/prensa/467-mas-de-50-de-trastornos-mentales-en-la-edad-adulta-iniciaron-en-la-ninez-y-la-adolescencia?idiom=es | La OMS y la OPS reportan que una de cada siete niñas, niños y adolescentes de 10 a 19 años padece alguna alteración de la cognición, de la regulación de las emociones o del comportamiento.<br>Mensualmente asisten entre 600 y 700 niñas, niños y adolescentes a consulta psiquiátrica por primera vez, principalmente por depresión y ansiedad, y en muchos casos estos padecimientos están acompañados de conducta suicida.<br>En el 2021 la tasa de suicidios en niñas, niños y adolescentes de 10 a 14 años fue de 2.1 por cada 100 mil habitantes.<br>En 2020 6.9 por ciento de adolescentes tuvo pensamientos suicidas y de estos el 6% intento quitarse la vida, estos pensamientos se presentaron en mayor medida en las mujeres (8.8%) que en los hombres (5.1%). |
| UNICEF (2021) | Estado mundial de la infancia. En mi mente 1-15 https://www.unicef.org/media/108166/file/Resumen%20regional:%20America%20Latina%20El%20Caribe%20.pdf | Casi 16 millones de adolescentes de 10 a 19 años viven con un trastorno mental, siendo el suicidio la tercera causa de muerte entre los y las adolescentes de 15 a 19 años en América Latina y el Caribe.<br>La ansiedad y la depresión representan casi el 50 % de los trastornos mentales entre los y las adolescentes de 10 a 19 años en América Latina y el Caribe. |

*Fuente:* Información directa tomada de todas las fuentes citadas.
*Nota:* 0MS=Organización Mundial de la Salud; UNICEF=Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; IMCO=Instituto Mexicano para la Competitividad.

Estas cifras y porcentajes fueron aumentando a partir del 2020, en el contexto de la pandemia por COVID-19, a nivel mundial (UNICEF, 2021), sin embargo, los servicios de salud, que ya eran escasos previamente, en países como México (Benjet et al., 2009; Borges et al., 2010), no han sido capaces de cubrir la demanda con la suficiencia que se requiere (Benjet et al., 2016; Suárez y Kadzin, 2023). Por otro lado, las propias barreras en la búsqueda de atención psicológica por parte de los y las adolescentes preexistentes (Aguirre et al., 2020), generaron que en ocasiones los problemas se agudizaran.

Organizaciones de salud mental, por ejemplo, la OMS (2022) y la OPS (2018), reiteradamente han subrayado la importancia de desarrollar e implementar acciones a nivel primario, priorizando aquellas de índole preventiva y universal, así como de intervenciones a nivel secundario de tipo selectivo e indicado, para aquellos grupos de riesgo y/o que ya han presentado alguna alteración en su desarrollo.

Se reitera, que todas estas problemáticas, pueden entenderse mejor a partir de una perspectiva ecológica-sistémica [E-S] (p.e. Cicchetti, 2010; Lerner et al., 2015), que plantea que la adaptación en la adolescencia, no se da en aislado ni de manera lineal, por el contrario, es producto de una interacción compleja de diversos factores ubicados en los distintos niveles ecológicos en los que "transita" el adolescente que van más allá de sus condiciones personales, como los familiares y los sociales, estos últimos teniendo lugar frecuentemente en la escuela. Es decir, factores medioambientales de riesgo-protección a nivel familiar, escolar, y social, que interactúan y configuran la ecología del adolescente.

## La Familia: Contexto Proximal de Riesgo-Protección

El sistema más próximo de los individuos generalmente es la familia, por lo cual, sigue siendo un determinante importante para el desarrollo adolescente y su capacidad de adaptación independientemente del aumento de la autonomía del joven y de que las relaciones con los pares se vayan priorizando.

Para entender al adolescente y realizar un abordaje integral a partir de una perspectiva sistémica, lo recomendable seria llevar a cabo un trabajo conjunto con su familia, en particular con sus padres, ya que la familia representa el ambiente o contexto ecológico más próximo (Bronfenbrenner, 1979), en el que se desarrolla el o la adolescente y lo que

acontece en ese contexto impacta de manera directa a sus procesos adaptativos y salud mental (Hill et al., 2007; Masten, 2018). De tal forma, se reconoce a la familia como una unidad o sistema compuesto por diferentes subsistemas (Minuchin, 1989); el individual, representado, en este caso por el o la adolescente y el subsistema parental formado por los padres y producto de las interacciones paterno-filiales, matizado por las funciones de los padres en su rol parental, así como el subsistema fraterno, representado por la interacciones "simétricas" entre hermanos, en caso de no ser hijo(s) único(a). En este punto, hay que recordar que además la familia, como sistema, atraviesa por un ciclo vital (McGoldrick et al., 2016), que va evolucionando por etapas, una de las cuales es la etapa con hijos adolescentes.

Los procesos individuales en efervescencia característicos de la adolescencia, al cruzarse con los procesos y factores familiares son clave en el desarrollo del adolescente, por lo cual éste se va desarrollando en un ámbito relacional a partir de las interacciones intrafamiliares, pero también extrafamiliares (Dunst, 2021). Dichos cambios pueden generar incertidumbre para el adolescente y su familia, al ir modificándose estructuras sistémicas, lo cual puede representar una oportunidad para adoptar nuevos comportamientos o todo un desafío que rebasa las capacidades de adaptación tanto del adolescente como de su familia y viceversa, dando como resultado la alteración en el desarrollo que puede traducirse en problemas emocionales y de conducta. Cualquier cambio, aunque necesario para la transición adolescente hacia la adultez, ahora pasando por la adultez emergente, representa un punto crítico. En este sentido y retomando algunas propuestas de McGoldrick et al. (2016), en cuanto a las transiciones del ciclo de la familia, la adolescencia representa un punto crucial en el que se modifican substancialmente las estructuras "viejas" para dar espacio a otras nuevas que implican crecimiento. Sin embargo, estas modificaciones o cambios transicionales pueden ser experimentadas como "crisis" o puntos de conflicto que ponen a prueba la capacidad de flexibilidad de toda la familia y sus subsistemas (Dunst, 2021; Walsh, 2016).

En este sentido, McGoldrick et al. (2016), plantean que la familia regula el funcionamiento de sus miembros, entre ellos los y las adolescentes a través de su red interaccional, que matiza los procesos de su desarrollo. El logro de una identidad sexual, de la madurez intelectual y emocional, de la independencia económica y emocional dependen en buena medida de la forma en que los y las adolescentes crecen en familia e interactúan con sus padres.

La evidencia apoya la idea de que las relaciones interpersonales, en especial las familiares, son uno de los factores predictores del bienestar emocional o de la felicidad o por el contrario pueden ser nocivas para el desarrollo adolescente (Barcelata, 2020; González-Arratia, 2020; Hill et al., 2007). Dentro de la familia se pueden manifestar conflictos y malestares, provocando emociones negativas como tristeza, rencor y odio, pero también representa un elemento de contención para los y las adolescentes (Minuchin y Fishman, 2004). Para lograr un desarrollo armónico, es necesario que el adolescente logre interacciones satisfactorias con los sistemas cercanos, de los cuales la familia y la escuela son contextos relacionales clave.

Por tanto, la transición adolescente es un periodo de cambios normativos y no normativos individuales que se entrecruzan con los familiares y con otros sistemas extrafamiliares como los pares y amigos en la escuela (Kerr et al., 2003).

Asimismo, la escuela como un espacio relacional más amplio que juega un papel no menos importante en el desarrollo adolescente si se considera que en promedio una tercera parte del día los y las adolescentes se la pasan en la escuela y en actividades extracurriculares relacionadas. Además, muchos procesos de socialización se amplían y fortalecen gracias a las interacciones en ámbito escolar, a través del contacto con amigos, pares y otras figuras de autoridad significativas, como los maestros (Allen et al., 2021). Esto nutre la construcción de la propia identidad del adolescente a través de la integración y asimilación de procesos vinculares al interior de la familia y en el ámbito escolar, que le permiten ir diferenciándose y autoafirmarse como un ser único.

No obstante, muchas conductas de riesgo se dan en el contexto social por lo que las interacciones sociales pueden tener un efecto de riesgo-protección para la salud física y emocional (Kwon et al., 2022). La posible influencia de un par negativo, es decir, un amigo o compañero, que presenta conductas disruptivas, delinque o consume substancias, puede ser tan nociva y representar un riesgo para el adolescente, aumentando la probabilidad de que el propio adolescente desarrolle conductas de riesgo (p.e. consumo de alcohol, relaciones sexuales sin protección, etcétera). Por el contrario, un par positivo puede genera una influencia para el desarrollo, por ejemplo, de conducta prosocial. Este proceso, tiene su base en buena medida por la necesidad de pertenencia durante la adolescencia tanto a un grupo familiar como a los pares (Rejaän et al., 2022; Uslu y Gizir, 2017). Por ejemplo, si un adolescente se rehúsa a beber alcohol, podría llegar a sufrir rechazo del par o grupo de pares, en un contexto en donde el consumo e incluso el abuso de bebidas alcohólicas

es normalizado, lo que, por un lado, podría conducir, al aislamiento, o por otro, generar que el adolescente también abuse del alcohol para ser aceptado en el grupo (Boschloo et al., 2012; McHugh & Weiss, 2019). Esto pone al o la adolescente en conflicto entre seguir las normas familiares o las normas grupales, a su vez aumentando el riesgo para su salud integral. No obstante, la ambivalencia que podrían generar pares negativos y positivos es un proceso natural en la búsqueda de la propia identidad a través de los otros en espacios sociales relacionales cada vez más amplios.

Los jóvenes a menudo aprenden de lo que puede considerarse una experiencia desagradable, ya que sin estas no podrían obtener las habilidades y recursos para desarrollar un estilo de vida plena. Habría que considerar que la búsqueda de sensaciones puede formar parte de la adolescencia (Zuckerman y Kuhlman, 2000); aunque la frecuencia y la intensidad de la experiencia sea diferente para cada adolescente y dependa de diferentes variables personales y no solo contextuales, por lo que se asocia a conductas de riesgo (Siraj et al., 2021). No obstante, no necesariamente todos los y las adolescentes tienen que experimentar de manera personal las situaciones y tomar riesgos para obtener un aprendizaje, sino que lo harán a través de otros (Bandura, 1986). Asimismo, existe una amplia variabilidad en las formas de interacción entre y con los y las adolescentes, por lo que las demandas que cada macrosistema impone son diferentes. Por ejemplo, desde una perspectiva del "sistema sexo-género" se tienen aún retos por enfrentar a lo largo de diferentes niveles ecológicos y contextos socioculturales (Suárez, 2010); habrá contextos o incluso micro contextos en que los chicos pueden ver las relaciones sexuales como un acto necesario de osadía y autoafirmación, mientras que las chicas pueden sufrir marginación al admitir haberlas tenido, o bien, que se tema a la crítica por relaciones con personas del mismo sexo.

No obstante, existen factores de protección en otros sistemas que pueden ayudar a enfrentar los retos durante la adolescencia. Por ejemplo, entre los factores familiares de protección destacan tener una buena relación con ambos padres, realizar actividades diversas en la familia, ser escuchado por los padres y tomar parte en la toma de decisiones familiares, ser elogiados y reforzados, así como percibir apoyo social por parte de los padres y contar con una red extensa de apoyo en general (Barcelata, 2021; Malaquías et al., 2015; Ruvalcaba et al., 2013). Todos estos factores en conjunto son elementos que generan un ambiente de protección caracterizado por comunicación abierta, cohesión y unión familiar en el cual, en especial, una relación estrecha con una figura parental cálida se considera un factor protector significativo.

En suma, el desarrollo adolescente es el resultado de una compleja y constante interacción entre diversos factores riesgo-protección en distintos sistemas ecológicos (Cicchetti, 2010), en los que se desenvuelven los adolescentes, es decir, la familia, la escuela, y sistemas sociales más amplios. A pesar de la importante influencia de estos sistemas ecológicos, no siempre es posible intervenir en todos y cada uno de ellos de manera integral como lo recomiendan organizaciones (OMS, 2021, 2022; OPS, 2018), encargadas de vigilar la salud integral de las personas, al señalar la necesidad imperiosa de cuidar en especial la salud de los y las adolescentes y jóvenes. Por tanto, una parentalidad positiva caracterizada por flexibilidad, calidez, estructura, orden, conectividad, con vínculos afectivos estables, con bajo estrés familiar, así como modelos parentales prosociales, sumados a relaciones familiares satisfactorias en general, son factores que se asocian a un desarrollo y adaptación positiva, e incluso a resiliencia en la adolescencia.

Hechas estas consideraciones en el siguiente apartado se describen los principios y conceptos básicos de algunos enfoques de intervención que dadas sus características se pueden combinar y potenciar sus efectos positivos en el trabajo con los y las adolescentes.

# Capítulo 2

## Hacia la integración de enfoques de intervención psicológica con adolescentes

*"El conocimiento es, pues, un sistema de transformaciones que se vuelven progresivamente adecuadas".*
*Jean Piaget*

Los hallazgos de una línea de investigación sobre adolescentes y familias de comunidades psicosocialmente vulnerables, recogidos por más de 20 años y derivados en particular del trabajo de los últimos años (p.e., Barcelata, 2021; Barcelata et al., 2020; Barcelata y Montalvo, 2021, 2023; Barcelata y Rodríguez, 2017; 2021), confirman la necesidad de adoptar un enfoque multinivel y multicomponente para dar respuesta a las demandas de la población, como se ha enfatizado desde hace tiempo (p.e. Lerner et al., 2012, 2015; Masten, 2021; Ungar, 2021). De esta forma, en este libro se asumen premisas básicas de la perspectiva ecológica-sistémica (E-S), como marco de la intervención, ya que implica un macroparadigma que incluye diversos enfoques y teorías particulares y específicas, lo que permite el abordaje o intervención multinivel, dando paso a la combinación flexible de enfoques específicos de intervención que proveen de estrategias accesibles para alcanzar objetivos y metas, en especial cuando se trata de adolescentes.

Desde esta perspectiva E-S y dada la complejidad de las problemáticas, el utilizar un solo enfoque, en ocasiones, puede resultar insuficiente para resolverlas, de ahí la tendencia a integrar más de un enfoque y fusionar sus estrategias y técnicas para generar un método integral u holístico (Erskine y Moursund, 2014). Esto no significa que no pueda haber predominio de un enfoque general, lo importante es fusionar, principalmente, estrategias y técnicas, dentro de un marco epistemológico y conceptual coherente, que provean de elementos adecuados para atender diversos problemas considerando los contextos en los que se desarrollan los adolescentes y sus familias.

## De los Enfoques Específicos a los Enfoques Integradores

En el campo de la Psicología Clínica se identifican varias perspectivas teórico-metodológicas que pueden aparecer con diferentes nombres en la literatura. Entre las principales perspectivas contemporáneas tradicionales de mayor inclusividad en psicología clínica se reconocen la perspectiva psicodinámica, la cognitivo-conductual, o del aprendizaje social, la humanista, la sistémica, y la social (Bernstein y Nietzel, 1998; Cloninger, 2002; Compas y Gotlib, 2003). A estas perspectivas subyacen postulados filosóficos que implican una cosmovisión del ser humano (Hughes, 2018). En este sentido algunos modelos comparten premisas y principios básicos sobre el comportamiento humano; sobre posibles "determinantes" de las diferentes trayectorias de una persona hacia la adaptación, el ajuste psicológico, o la salud mental. En esta línea los procesos adaptativos, trayectorias y sus resultados o indicadores de ajuste psicológico se llegan a identificar de manera diferente según cada perspectiva y enfoque por lo cual el objetivo de la intervención también será distinto.

Por ejemplo, los procesos adaptativos para la perspectiva médica son conceptualizados en términos de "salud-enfermedad"; las alteraciones emocionales y conductuales serán entendidas y tratadas como una enfermedad (Bernstein y Nietzel, 1998) y el tratamiento farmacológico será un aspecto fundamental de la intervención.

Desde una perspectiva psicodinámica, los problemas y conductas problemáticas surgen de procesos que están fuera de la consciencia de la persona, por lo que uno de los objetivos de los métodos psicodinámicos derivados del psicoanálisis será hacer "consciente lo inconsciente" (Compas y Gotlib, 2003) y la meta será el cambio de la persona a través del insight.

Si se retoma una perspectiva cognitivo-conductual, la intervención en general se enfocará en cambiar tanto pensamientos como conductas ya que ahí residen los problemas emocionales, dándosele mayor énfasis a unos o a otras, dependiendo del enfoque particular que se asuma (Beck, 1993; Ellis, 2002), dentro de lo que puede considerarse un continuo de enfoques o modelos psicoterapéuticos, que pueden ir desde los más conductistas (Virués-Ortega y Haynes, 2005), hasta los más cognitivos y constructivistas (Mahoney, 2005), además de las denominadas "terapias cognitivo-conductuales emergentes", como la *Dialectical Behavior Therapy* (DBT), incluidas, por ejemplo, el mindfulness y la terapia de compromiso y compasión (Chapman y Gratz, 2011, 2015).

Así, el modelo conductual (Goldfried y Davison, 1978), desde sus orígenes fue evolucionando, dando paso a lo que aún se reconoce como intervención cognitivo-conductual, que alberga intervenciones denominadas conductistas o terapias conductuales (p.e. Kanfer y Saslow, 1965; Virués-Ortega y Haynes, 2005), hasta las intervenciones consideradas más cognitivas (p.e. Beck, 1993, 2000; Mahoney & McEvoy, 2012), incluidas la Terapia Racional Emotiva (Ellis y Bernad, 1990). Asimismo, la teoría del aprendizaje social de Bandura ha tenido gran influencia en varios campos (Bandura y Cherry, 2020), además del clínico, en el cual se le identifica como parte de una de las perspectivas contemporáneas en psicología clínica, denominada por algunos autores, modelo del aprendizaje social (Bernstein y Nietzel, 1998; Cloninger, 2002). En este sentido los enfoques cognitivo-conductual o del aprendizaje social ofrecen numerosas estrategias de intervención que por sí solas han demostrado ser eficaces en problemáticas como ansiedad y depresión en adolescentes (Stice et al., 2009; Von der Embse et al., 2013).

Por otra parte, términos como congruencia, o confluencia, se asocian con la perspectiva humanista (p.e. Rogers, 2004), como conceptos clave para explicar los problemas existenciales y "desviaciones" del comportamiento. El objetivo de la intervención sería aumentar el bienestar y el potencial de las personas a partir de llevar a cabo una serie de maniobras terapéuticas centradas en el "cliente" de las cuales la generación de empatía es central.

Estas perspectivas son solo algunas, que a su vez representan marcos teóricos y metodológicos generales que dan paso a enfoques o modelos terapéuticos particulares de los cuales se deriva una amplia gama de estrategias y técnicas de intervención más o menos delimitadas dependiendo del enfoque. No obstante, los desafíos que se presentan en la práctica clínica al tratar de intervenir ante la amplia gama de problemáticas que se presentan, han llevado a que surjan modelos emergentes "mixtos" de corte integrativo, como la terapia con enfoque contextual (Wampold, 2017), la psicoterapia de esquemas (Masley et al., 2012; Kellogg y Young, 2006), y otros enfoques como la terapia narrativa dentro de un gran bloque de psicoterapias posmodernistas ubicadas en el construccionismo (Pérez-Álvarez, 2019). Incluso la DBT, también se ubica como una terapia integrativa que incluye diversas estrategias C-C (Heard y Linehan, 2005; McKay et al., 2019), más que ser una extensión o una terapia del modelo C-C, como se le ubicaba en sus inicios, lo que queda más claro en escritos recientes (Heard y Linehan, 2019). Lo cierto es que, en el ámbito de la intervención, los profesionales de la salud mental han hecho uso de diferentes estrategias que provienen de distintos enfoques, lo que ha generado confusión y polémica.

A pesar de ello, la creciente experiencia de la utilidad de conjuntar estrategias aún de diferentes enfoques, reconocida como psicoterapia o intervención integrativa, hace viable el uso de estrategias y técnicas terapéuticas derivadas de dos o más enfoques que pueden potenciar los efectos positivos a partir de una especie de sinergia en el proceso de intervención para una determinada problemática que están al servicio del consultante. En este sentido, el objetivo de los enfoques integrativos es organizar en un todo estructurado técnicas derivadas de diferentes enfoques que han probado ser eficaces en la práctica, es decir que han demostrado empíricamente su utilidad ante problemas determinados (Zarbo et al., 2016). Como es comprensible, se aprecia que, no existe un solo método que sea 100% eficaz y/o efectivo para resolver todas las situaciones que se presentan, o que sea mejor ya que esto dependerá de múltiples factores que interactúan en la intervención, como es la psicoterapia.

La intención y esfuerzos por integrar técnicas terapéuticas para el "servicio del paciente" no es reciente. Hace más de cuatro décadas existe un interés sostenido por integrar enfoques y técnicas en el campo de la psicoterapia con el fin de proporcionar procedimientos que ayuden a los consultantes a obtener una mejoría como ya se había propuesto (Lazarus et al., 1992). Algunos de estos esfuerzos de integración se pueden identificar en diversas direcciones como se reporta (Zarbo et al., 2016), aunque para fines de este manuscrito se considera que los resultados más claros están en cuatro principales direcciones como lo sugieren Norcross y Goldfried (2005).

1. Intervenciones basadas en los **"factores terapéuticos comunes"** que manejan o comparten elementos en común para alcanzar un objetivo terapéutico con el éxito esperado (eficacia), entre las cuales se pueden encontrar las características y el rol del terapeuta (p.e. activo-pasivo, empático-no empático), el objetivo de la terapia en particular (p.e. convencer, persuadir, educar, reestructurar: Wolberg (1995); procesos centrados en el consultante-paciente, o centrados en el proceso (Wampold y Ulvenes, 2019).
2. Intervenciones con el propósito de lograr una **"integración teórica"** que implican desde la reformulación de conceptos que en ocasiones se refleja en la homologación y "traducción" de unos conceptos de un modelo desde la perspectiva de otro. Por ejemplo, el intento de Dollard y Miller (1974) de reinterpretar el concepto de personalidad en términos conductuales; desarrollar el concepto de "inutilidad aprendida" para referirse y explicar la "depresión" en términos conductuales y observables (Seligman, 1974), o el modelo del desarrollo de la personalidad de Millon (Millon, 1974; López

et al., 2010). Finalmente se puede incluir como una forma de integración teórica, el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1984), como los mismos autores lo mencionan (Prochaska y DiClemente, 2005).

3. Intervenciones con el fin de maximizar la efectividad de las técnicas, identificadas como **"integración técnica" o "eclecticismo técnico"**, por ejemplo, el modelo de intervención multimodal BASIC-ID de Lazarus (2006), y en este sentido, también podría ubicarse la terapia integrativa centrada en soluciones (IPCT: *Integrative Problem-Centered Therapy*), de Pinsof (2005).
4. Intervenciones que asumen un enfoque teórico, incorporando estrategias y técnicas derivados de otros enfoques, por lo que implica una **"integración asimilativa"** de técnicas (Stricker y Gold, 2005), con el fin de mejorar el proceso psicoterapéutico. En ese tipo de integración podría ubicarse la terapia cognitivo-conductual asimilativa de Castonguay et al. (2015), o la "unión" de la terapia cognitivo con psicoanálisis como la Terapia Racional Emotiva (Ellis, 2002).

A este punto, es importante destacar que todos los enfoques integrativos tienen ventajas cuando se llevan a cabo de manera sistemática y no se limitan a utilizar de manera circunstancial o desorganizada técnicas de diversos enfoques. En este sentido se advierte la diferencia entre las intervenciones integrativas y las eclécticas (Lazarus et al., 1992; Zarbo et al., 2016). El "eclecticismo" malentendido podría generar el uso de técnicas de enfoques que tienen discrepancias en sus premisas básicas (p.e. filosóficas y epistemológicas), que podrían llegar a ser antagónicos en sus principios generales con respecto a la intervención, mientras que la psicoterapia integrativa asimila a su práctica un conjunto de técnicas de diferentes enfoques, pero utilizando como guía una perspectiva. Como Norcross y Goldfried (2005), advierten, la simple utilización desestructurada de técnicas en psicoterapia tendría que denominarse "sincretismo" y no "eclecticismo", por lo menos, si se considera como una "ruta válida" para integrar las mejores prácticas a la intervención en beneficio del consultante. Considerando eso, la meta sería integrar tanto los enfoques teóricos como las prácticas psicoterapéuticas, que es a lo que Stricker y Gold (2005), se refieren como "Teoría Unificada de la Psicoterapia".

La evidencia muestra que la intervención integrativa e unificadora funciona bien para trastornos específicos (p.e. Masley et al., 2012; Zarbo et al., 2016). Según los hallazgos, adoptar un enfoque integracionista, representa algunas ventajas para la intervención, por ejemplo, es flexible, lo que permite ajustar encuadres y procedimientos en el transcurso de la intervención y conforme a las problemáticas y condiciones de los consultantes (Harris

et al., 2019; Pinsof, 2005), lo que resulta fundamental cuando se trabaja con adolescentes. Esto también se refleja en la elección y combinación del encuadre que el psicoterapeuta o facilitador, considera conveniente en función de una situación, por lo que puede adoptar un encuadre individual, grupal (Tasca et al., 2015), y/o familiar, así como determinar el número de sesiones necesarias para alcanzar la meta de la intervención dependiendo de las circunstancias Otra característica distintiva es la posibilidad del consultante de entender de manera integral sus experiencias en las diversas áreas de su vida y de cómo, sus problemas están relacionados con varios aspectos a nivel familiar y/o social. En suma, el enfoque integrativo se centra en el individuo y se estructuran las estrategias y técnicas en función de las necesidades y evolución de cada consultante durante la intervención.

Hay que señalar, que al igual que otros enfoques específicos, los enfoques integrativos no representan una panacea, ya que su alcance puede llegar a ser limitado en cuanto a la cobertura de problemáticas que logre atender de manera efectiva (Castonway et al., 2015). Se ha evidenciado que los métodos integrativos pueden ser útiles para atender trastornos de ansiedad, depresión, estrés, y desórdenes psicológicos como resultado de experiencias traumáticas (Chapman et al., 2011), para el consumo de substancias (Miller y Rollnick, 2013).

## Integrando un Enfoque Unificador

Claro está que el propósito de la intervención integrativa o enfoques integracionistas es mejorar la eficacia y eficiencia de las intervenciones y adaptarlas a las necesidades específicas del consultante o usuarios. A partir de esta idea, la tarea desde hace algunos años de la línea de investigación “Salud, Adolescencia y Familia”, con proyectos financiados (p.e. PAPIIT IN308420), fue proponer un modelo integrativo que fuera el marco para la intervención psicológica con adolescentes y padres, con base en la fusión de premisas y métodos de tres enfoques o modelos de intervención particulares: el modelo transteórico (MTT; Prochaska y DiClemente, 1984), considerado a su vez integrativo; la entrevista motivacional (EM; Miller y Rollnick, 1999), al principio y en ocasiones ubicada dentro del enfoque cognitivo-conductual, y el enfoque ecológico-sistémico, específicamente la terapia breve centrada en soluciones (TBCS; De Shazer, 1982), uno de los enfoques o modelos psicoterapéuticos sistémicos usados frecuentemente en la práctica clínica.

Varios motivos impulsaron a elegir estos tres enfoques o métodos, entre los que se puede destacar; en primer lugar, el que comparten una cosmovisión positiva del ser humano, de la cual deriva la idea de que el consultante, tiene libre albedrío; en segundo lugar el consultante es capaz de asumir un papel activo en el proceso psicoterapéutico y asumir la responsabilidad de los cambios junto con el psicoterapeuta; en tercer lugar, el consultante, posee recursos que se pueden identificar, activar, y fortalecer a través de la intervención.

En el caso particular de los y las adolescentes, estas premisas se alinean con la conceptualización de la adolescencia del modelo ecológico-sistémico, como una etapa de ciclo vital, aunque crucial, plena de recursos más de que déficits (Lerner, 2018), así como el que las familias cuentan con recursos que se pueden movilizar con diferentes métodos interventivos que les ayuden a identificarlos (De Shazer, 1996; Selekman, 2015).

Existen diferentes métodos y enfoques terapéuticos para llevar a cabo acciones de salud en los diferentes niveles y objetivos de intervención y los distintos grupos poblacionales, siendo relativamente menos los desarrollados con adolescentes. Los que se reportan con mayor frecuencia se basan en el enfoque cognitivo-conductual en particular para el tratamiento de la depresión, cuyos resultados han mostrado ser satisfactorios (Stice et al., 2009; Von der Embse et al., 2013), sin embargo, sigue habiendo debates y críticas sobre la filosofía subyacente, la esencia de los métodos y de sus procedimientos (Pérez-Álvarez, 2019), y con respecto a algunas variables como la permanencia de los efectos, la sustitución del síntoma, así como del uso de técnicas restrictivas para el consultante, entre otros.

Por otro lado, existen intervenciones que asumen una mirada más comprehensiva como la de la perspectiva ecológica-sistémica (Lerner et al., 2012), como es el caso de la TBCS (De Shazer, 1982), así como enfoques integrativos como el modelo transteórico (MTT), de Prochaska y DiClemente (1984, 2005), y el de la entrevista motivacional (EM), de Miller y Rollnick (2004), que consideran el contexto de las personas. Todas parten de premisas y principios que se ubican en una visión optimista del consultante, otorgándole una posición más activa, quién está en la posibilidad de elegir y asumir un papel más proactivo en sus propios procesos de cambio. Estos enfoques, incluyen estrategias de refuerzo que destacan los recursos, motivando al cambio, lo cual resulta de mucha utilidad con los y las adolescentes (Ewing et al., 2016; Villegas de la Lama, 2014), cuando se requiere modificar comportamientos o hábitos resistentes, y promover procesos interaccionales saludables.

# El Modelo Transteórico

Los seres humanos son complejos lo que se refleja en las múltiples formas en que pueden reaccionar. Cuando una idea se consolida en un individuo es muy difícil que cambie, y si lo llega a hacer, las razones son sumamente variadas. Por ejemplo, puede suceder que, aunque la persona reconozca que sus hábitos y conductas no son adecuadas, aún puede persistir en continuar con un patrón difícil de cambiar, un fenómeno ya descrito desde hace varias décadas por Prochaska y DiClemente (1984), y Miller y Rollnick (1999). Estos hallazgos, en sus inicios, fueron derivados del trabajo en el ámbito de las adicciones con personas "resistentes" al cambio. Sin embargo, se observó que, desde las primeras sesiones, en el proceso de exploración del problema, el psicoterapeuta podía llevar a cabo un conjunto de acciones que conducían a reducir la resistencia induciendo al cambio, a lo que se le denominó "entrevista" motivacional, descrita con más detalle en páginas posteriores.

El Modelo Transteórico (MTT), del cambio, específicamente propuesto por Prochaska y DiClemente (1984), considera que el cambio es ante todo un **proceso** que puede presentarse por etapas y no ser lineal. Los cambios suelen darse en espiral, bajo el supuesto de que hay diversos factores involucrados que generan variabilidad en las respuestas hacia el cambio. Cada consultante puede llegar a psicoterapia con diferente nivel de motivación e intención de cambio o incluso sin ninguna intención a cambiar como sucede con frecuencia con los y las adolescentes. Esto sucede en buena medida cuando el consultante no reconoce que su patrón de conducta resulta un problema para sí mismo y/o para los demás. De esta forma es normal que los y las adolescentes se muestren resistentes, renuentes a cambiar, "sin aparente motivación", y refractarios a cualquier propuesta de intervención. Por tanto, en este modelo la **motivación intrínseca** es algo que se tiene que promover para realizar cualquier cambio. No obstante, desde este enfoque la **motivación extrínseca** es otro elemento clave para el cambio, si se considera que una persona no se desarrolla en aislado y se encuentra en constante interacción con su entorno.

El MTT parte de la premisa de que la motivación se encuentra dentro de cada persona lo que repercute en su capacidad del cambio, en este sentido se tendrá que buscar cuales son las "fuentes de motivación tanto internas como externas para el cambio" y en qué etapa de cambio o motivación se encuentra. Esto da pauta a que se exploren y fortalezcan varios aspectos que promuevan la probabilidad de que una persona reconozca la necesidad de cambio, se decida a hacer el cambio y se comprometa con el proceso con el apoyo del

psicoterapeuta a partir de constructos que guían el proceso de intervención (Prochaska, 2020; Prochaska y Velicer, 1997).

## El cambio: Un proceso en etapas

Como se comentó los procesos de cambio suelen ser paulatinos, en etapas y no lineales. Están determinados por múltiples factores relacionados con la motivación interna y externa. De esta forma es importante considerar que los consultantes se encuentran con diferentes niveles de motivación, de reconocimiento y aceptación de su problemática lo que implica seis etapas en el proceso de cambio, si se considera como una etapa más, una posible recaída (Figura 3). Hay que tomar en cuenta que puede haber consultantes que

**Figura 3.** Modelo de las etapas del cambio de Prochaska y DiClemente (1984).
Nota: Agregada la etapa de "No identificación" por la autora (*).

no reconozcan ningún problema y no tengan ninguna intención de cambio y que asistan a una primera sesión llevados o remitidos por alguien más (p.e. padres, maestros), hasta aquellos que han intentado hacer cambios y no lo han logrado, e incluso han retrocedido en sus logros. No obstante, en nuestra práctica clínica, se ha observado que hay una diferencia entre no identificar a no aceptar una problemática, lo que es frecuente en los adolescentes y que depende del contexto, por lo que aquí se propone una etapa previa de no identificación, que podría ser denominada * "No Identificación".

Cada etapa implica diferentes niveles de identificación, aceptación de la conducta problemática, así como el nivel de motivación e intención de cambiar. El cambio no es fácil, es un proceso gradual (Cuadro 3), por lo que es importante ubicar en qué parte del proceso se encuentra un consultante, que en el caso del(a) adolescente y/o sus padres, con respecto a una problemática determinada ya que las maniobras del psicoterapeuta dependerán de la etapa en la que se encuentre.

Aunque el MTT se basa en proceso interactivo a partir de una plática reflexiva, se han desarrollado medidas para evaluar varios de los constructos derivados del MTT como la Escala de Procesos de Cambio, la Escala de Equilibrio Decisional, la Escala de Autoeficacia, la Escala de Autoeficacia para la Abstinencia y Escala de Tentación de Consumir Drogas (Nidecker et al., 2008; Prochaska et al., 2005). Este tipo de medidas pueden ser un auxiliar en varias partes del proceso, por ejemplo, en la identificación de la etapa en la que se encuentra el consultante, en la clarificación del nivel de severidad del problema, la identificación de la relevancia del problema y con base en todos estos elementos determinar prospectivamente las posibilidades de éxito de la intervención, en términos de adherencia terapéutica, disposición a seguir las "prescripciones" del terapeuta y los resultados.

Es conveniente mencionar algunas advertencias de los propios exponentes del MTT (Prochaska, 2020; Prochaska y Velicer, 1997) en cuanto a las limitaciones y alcances de un enfoque interventivo dado que ninguna teoría específica puede dar cuenta de las complejidades que implica el cambio; es más probable que un modelo comprehensivo como este emerja de diferentes teorías. El cambio es un proceso por etapas, como se subrayó al inicio, y muchas poblaciones en riesgo no están preparadas para la acción. Las diferentes etapas requieren de procesos específicos cada una de ellas de acuerdo con la etapa del cambio en la que se encuentre el consultante. Algunos patrones de conductas problemáticas de carácter crónico son el resultado de la interacción de factores biológicos, personales, y sociales; esta última consideración, en particular, concuerda con

uno de los postulados principales del modelo ecológico-sistémico, así como el supuesto de que las conductas de dan en un espacio relacional, idea que también coincide con algunas premisas de enfoques interventivos particulares como el enfoque breve centrado en soluciones.

**Cuadro 3.** Etapas de cambio, descripción y objetivos de la intervención.

| Etapa | Proceso en el adolescente | Objetivo de la intervención |
|---|---|---|
| *No identificación | No identifica la problemática | Ayudar a identificar y reconocer la existencia de un problema |
| Pre contemplación | No acepta las consecuencias negativas de su comportamiento para sí y/o para otros. | Provocar la duda con respecto a su estado actual. Informar sobre posibles riesgos de la conducta problema. |
| Contemplación | Reconoce que "algo anda mal" pero no hay una intención de cambiar. Recurrente la ambivalencia y frustración. | Aumentar de la duda y promover la autoeficacia. Resolución de la ambivalencia por medio del balance costo-beneficio. |
| Preparado para la acción | Tiene la intención de cambiar y requiere confianza para controlar la nueva conducta. | Apoyar a identificar acciones, personas, y situaciones que le pueden apoyar o por el contrario obstaculizar el cambio. |
| Acción | Pone en práctica algunas acciones que dirigen hacia el cambio. | Facilitar el inicio del cambio y refuerza cualquier acción o logro que conduzca hacia el cambio. |
| Mantenimiento | Se concentra activamente en mantener las acciones que llevaron al cambio para sostenerlo y consolidarlo. | Ayudar a identificar estrategias que mantienen el cambio y previenen una recaída. |
| Recaída | Regresa a etapas o conductas anteriores. Este estadio puede darse o no, aunque tiene que prepararse al adolescente. En este estadio pueden surgir sentimientos de remordimiento, culpa y/o fracaso. Se reiniciaría evaluando la rueda del cambio y que salió "mal". | Alentar al paciente a reiniciar el proceso como algo normal, identificando los logros, así como los elementos que contribuyeron a la recaída. |

*Nota*: Elaboración propia con base en Prochaska y DiClemente (1984). Agregada etapa por la autora (*).

Por último, es importante señalar que hay evidencia de su utilidad en los procesos de cambio terapéutico y para predecir comportamientos en varios tipos de procesos y problemáticas (Bridle et al., 2005; Nidecker et al., 2008; Prochaska et al., 2005; Velicer et al., 2000). Algunos de estos supuestos han sido incluidos e integrados y manejados en otros enfoques terapéuticos, principalmente de la intervención motivacional, que propone que hay una serie de elementos involucrados para que una persona cambie, lo que ha contribuido a mostrar ser eficaz con personas resistentes (Velicer et al., 2000).

## La Intervención Motivacional

Dentro de la amplia gama de enfoques de intervención, son escasas los que reconocen o plantean de manera explícita, la importancia de los procesos individuales motivacionales para el cambio y de la capacidad del psicoterapeuta para promover la motivación e inducir al cambio (p.e. Fisch et al., 1988), a pesar de que ambos son importantes para aumentar la eficacia de la terapia. En este punto cabe aclarar que la entrevista motivacional (EM), es por excelencia una intervención motivacional (IM), si no es que la primera en su género, por su claro efecto en la motivación para el cambio, por lo que en este libro se le identificará también con este nombre. Retoma de manera importante algunos de los principios del modelo transteórico (Miller y Rollnick, 2004), si bien ambos surgen casi de manera paralela es la entrevista motivacional la que propone principios claros y técnicas orientadas hacia el cambio (Miller y Rollnick, 2009) de forma que puede ser replicable.

La entrevista motivacional, es uno de los métodos psicoterapéuticos motivacionales poderosos, que considera que los cambios son el resultado de maniobras terapéuticas deliberadas que trascienden la recopilación de información como la aportación de información y “consejos” al consultante, características de las primeras sesiones de muchos otros enfoques terapéuticos. A partir de esta postura algunos expertos reconocen el poder de cambio desde el inicio del proceso a través del uso de una serie de técnicas orientadas a inducir el cambio, a lo que se ha denominado entrevistas interventivas (p.e. Tomm, 1988).

Los procedimientos de la EM se basan en principios de la psicología social, cognitiva y motivacional (Miller y Rollnick, 2002), por lo que en este escrito se le denomina también Intervención Motivacional (IM). Se retoma el concepto de que el cambio es un proceso que

se da en secuencia y por etapas; a su vez las etapas son estables pero abiertas al cambio, se basa en las propias motivaciones de la persona hacia el cambio y es ampliamente recomendada para individuos que denotan resistencia al cambio o ambivalencia (Gantiva y Flores-Alarcón, 2006), y para ellos es necesario recordar los principios del modelo transteórico de los estadios del cambio propuestos por Prochaska y DiClemente (1984), que subyacen a la intervención motivacional. Cabe señalar, que no todos los consultantes pasan de manera lineal y progresiva por todas las etapas, pueden presentar retrocesos, continuar y volver a alguna otra de las siguientes etapas.

Al conjuntar el enfoque transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente en (1984) y el enfoque o entrevista motivacional (EM) desarrollado por Miller y Rollnick (1999), en respuesta a la necesidad de utilizar nuevos estilos y acciones en el tratamiento de las adicciones, da como resultado una base para la práctica terapéutica, particularmente útil cuando se trata de adolescentes (Vega, 2012; Villegas de la Lama, 2014).

Su eficacia hizo que sus técnicas se aplicaran a otra serie de problemáticas cuyo objetivo principal es conseguir el cambio (conductas alimentarias, hábitos, actividad física, entre otras) de tal forma que se utiliza con frecuencia como un conjunto de técnicas que indiquen al cambio (Miller y Rollnick, 2002). Su propósito esencial es examinar y resolver la ambivalencia del consultante y el terapeuta dirige sus acciones y maniobras para alcanzar esa meta (Gantiva, 2007). Lo central de este proceso es generar una plática del cambio, que se caracteriza de acuerdo con Lizarraga y Ayarra (2001), por el reconocimiento de la situación, preocupación por la situación, desventajas del estatus quo, ventajas del cambio, disposición para hacer el cambio, optimismo hacia el cambio. Así, la psicoterapia se constituye en un proceso de colaboración y corresponsabilidad terapeuta-consultante.

Dichas acciones fueron identificadas generalizándose a otros tipos de problemáticas y poblaciones encontrándose efectos positivos (Miller y Rollnick, 2002). De esta forma, se pueden identificar una serie de estrategias y técnicas concretas que se usan principalmente al inicio del proceso y que también se utilizan durante todo el proceso terapéutico para reforzar y mantener la motivación al cambio. En el entendido, de que la entrevista motivacional puede ser considerada una entrevista interventiva (Miller y Rollnick, 2013), que tiene puntos de convergencia con otras entrevistas interventivas (p.e. Lipchik, y De Shazer, 1996; Tomm, 1987), en este manuscrito al conjunto de acciones o técnicas que incrementan la motivación al cambio, se les identificará como intervenciones motivacionales.

El objetivo de la entrevista motivacional es ayudar a las personas en su proceso de cambio hacia actitudes y conductas más funcionales y productivas de acuerdo a su contexto, utilizando los propios recursos de la persona, infundiendo el compromiso y apoyándolo en cada etapa del cambio hasta llegar a la meta, demostrando una gran efectividad en diseños de intervenciones facilitadoras de comportamientos saludables (Miller y Rollnick, 1999). Debe considerarse que la EM no es la única dirigida a apoyar la motivación al cambio el adolescente, puesto que el modelo de intervención debe adecuarse a cada tipo de persona y terapeuta, hay otras estrategias que también puedan ayudar al cambio como la TBCS de la cual se hará referencia más adelante.

De manera similar a otros enfoques sistémicos (p.e. TBCS), el manejo del lenguaje tiene que ser cuidado y propositivo, por ejemplo, en lugar de utilizar una frase que envíe el mensaje "*tengo lo que necesitas",* en una intervención motivacional se trataría de enviar el mensaje *"tienes lo que necesitas"* (Hettema et al., 2008), esto es especialmente importante en el trabajo con adolescentes. En este sentido, con el segundo tipo de frases se estaría promoviendo la autoeficacia, resaltando las habilidades y recursos necesarios para que el adolescente identifique sus recursos y se vea motivado a hacer un cambio en su vida, indicando lo que tiene no lo que no tiene, es decir ayudarle a *"fijarse en sus recursos y no en sus déficits"*.

## Principios de la entrevista motivacional

Para que la plática motivacional surta los efectos deseados, se proponen principios que tendrían que orientar las maniobras terapéuticas (Miller y Rollnick, 1999, 2002, 2013):

**1. Expresar empatía**. Empatía es la capacidad de identificar el estado de ánimo de un(a) adolescente por parte del terapeuta o interlocutor. implica entender e interpretar "correctamente" lo que comunica y regresárselo de la manera más fiel posible de como lo comunica verbal o no verbalmente. No obstante, como se representa en la Figura 4, la empatía es un proceso, resultado de otros procesos subyacentes que implican elementos básicos o esenciales para su desarrollo, como el atender y el escuchar de manera activa y reflexiva por parte de quien escucha.

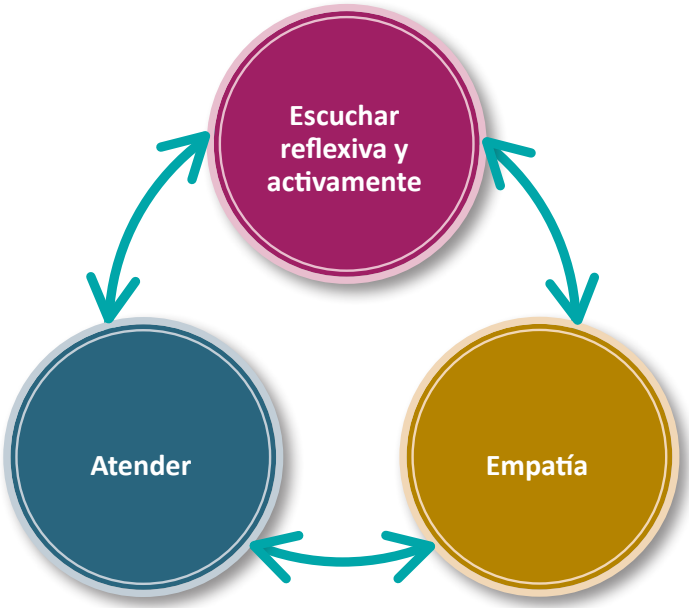



**Figura 4.** Procesos subyacentes a la empatía.

*Fuente:* Elaboración propia de la autora.

**Atender**. Un ingrediente básico para el desarrollo de una escucha reflexiva que genere empatía es poner atención de manera propositiva, lo que significa centrarse en el adolescente en un tiempo acordado por ambas partes única y específicamente para platicar (esto implica escuchar y retroalimentar), en este momento deben evitarse todo tipo de distracciones, ya sea el uso del teléfono celular u otros dispositivos electrónicos, realizar actividades laborales, escolares, domésticas, etcétera, asimismo deben mirarse a la cara y establecer contacto visual, así como es imperativo poner atención a la comunicación no verbal de los interlocutores, como notar la postura corporal del adolescente y las gesticulaciones que hace al hablar y al escuchar, por lo que adoptar una postura corporal flexible (no cruzar los brazos, evitar rostro de dureza o expresión de desaprobación, músculos relajados) resulta una ventaja a la apertura.

**Escucha activa:** También es preciso, escuchar de manera activa, que implica enfocarse en la conversación, pues todo lo que los y las adolescentes expresen puede ser importante.

Para esto es esencial tomar en cuenta el contexto o las circunstancias en las que se da la conversación. Requiere de un tiempo determinado para escuchar al adolescente sin realizar otras actividades.

**Escucha reflexiva:** La escucha activa sienta las bases para una escucha reflexiva que implica regresar al adolescente lo que se ha escuchado, lo que generalmente hace que él/ella a su vez se sienta escuchado(a). Este proceso es mucho más completo y es la base para desarrollar una "platica motivacional". En este sentido, el terapeuta, se convierte en una especie de espejo que refleja lo que el o la adolescente dice o hace, lo cual a su vez le permite que se mire, desde otra perspectiva.

La empatía requiere de la aceptación incondicional y genuina del/a adolescente consultante, por parte del terapeuta, lo cual implica comprender los sentimientos y opiniones del adolescente a pesar de sus diferencias, aún sin estar de acuerdo o aprobar sus conductas. No es suficiente "sentir empatía" hay que demostrar, devolverle, a través de una comunicación respetuosa y de aceptación de la persona. Se pueden utilizar elogios, afirmaciones, refuerzos de cualquier situación que el/la adolescente comparta. Es por esto que el respeto, a la privacidad del adolescente cobra un papel importante, pues permitirá que el joven entable una comunicación confiada.

En síntesis, existen algunas acciones que los terapeutas pueden llevar a cabo para demostrar que se está atendiendo y escuchando, a los y las adolescentes, para expresar empatía: a. Centrarse en el adolescente; b. Enfocarse en la conversación; c. Tomar conciencia del contexto o situación; d. Evitar realizar otras actividades; e. Escuchar comunicación verbal y no verbal; e. Buscar y mantener contacto visual con el adolescente; f. Asumir una postura corporal flexible. En este proceso es importante "escuchar más que hablar".

**2. Crear una discrepancia.** Esto pretende crear una contradicción entre las conductas actuales y los objetivos vitales del joven, se busca una concientización al estilo de la balanza decisional con los costos y beneficios a corto, mediano y largo plazo de tomar una decisión o la otra. Para esto puede ser útil el uso de extremos con las consecuencias más negativas imaginables, mostrar la paradoja de la ambivalencia, exaltar los valores y objetivos principales, así como visualizar el futuro y el pasado en las opciones de acción (Lizarraga y Arraya, 2001).

**3. Evitar la discusión.** Esto es muy importante al trabajar con adolescentes. Para evitar la discusión es necesario hacer notar la necesidad de un cambio y las consecuencias de no hacerlo, por lo que es de primera necesidad identificar las preocupaciones reales del(a) adolescente, una forma de lograrlo es preguntar el orden de prioridades, quizá mediante una lista que no debe ser juzgada ni criticada. En este punto el adolescente debe presentar sus propias ideas o razones de su comportamiento de acuerdo a su percepción, que deben ser escuchadas con atención y genuina aceptación, con base en la escala de prioridades del mismo(a) adolescente. Las ideas que desea presentar el terapeuta tienen que sugerirse no imponerse para evitar la confrontación y resistencia.

**4. Darle un giro a la resistencia.** La resistencia, al igual que la ambivalencia es bastante común al intentar producir un cambio para continuar con la conducta ejecutada hasta el presente, rechazando los nuevos comportamientos (Miller y Rollnick, 2002). Existen varios comportamientos que indican resistencia, los más comunes son argumentar (generalmente en contra de la idea del interlocutor), discutir, interrumpir (al otro en medio de una idea), negar (la premisa o el argumento completo), adelantar conclusiones, ignorar (o descalificar la idea del otro), que pueden presentarse tanto en padres como en hijos adolescentes, así que se debe poner atención si se quiere concretar una conversación.

**5. Resolución de la ambivalencia**. La ambivalencia o la duda sobre el estatus quo, es un aspecto fundamental a trabajar, en especial al inicio de la intervención, en particular con adolescentes, ya que es un proceso normal durante la adolescencia (Ewing et al., 2016). La función del psicoterapeuta será promover y facilitar el cambio a partir de preguntas abiertas evocadoras y reflexivas que inducen al cambio, considerando las diferencias individuales, por lo que se hace necesaria la adecuación práctica de las técnicas para aumentar su efectividad. Esto implica por parte del terapeuta la identificación de la etapa de cambio en la que se encuentra el adolescente, ya que esto reflejará el grado de motivación para el cambio, lo cual influirá en la adherencia terapéutica y la efectividad del proceso. Hay estrategias que ayudan a resolver la ambivalencia como la exploración de la balanza decisional.

**La balanza decisional**. El proceso de cambio se considera a través de un análisis del **costo-beneficio** (Figura 5) de manera conjunta entre terapeuta y el consultante, es decir, la idea de las consecuencias negativas o positivas que se obtengan al mantener o modificar una

conducta. A este proceso de análisis de elementos para el cambio se le denomina balanza decisional, porque está orientada a apoyar al consultante a que visualice como está en la actualidad con respecto a donde quiere estar, en términos de costos y beneficios del cambio. Se trata de ir ayudando al adolescente de transitar de la **motivación extrínseca a la intrínseca**. No por trabajar con la motivación intrínseca en primer plano, se deja de lado la utilidad de la motivación extrínseca, es decir, las razones externas y consecuencias de un cambio son muy importantes, para que una persona cambie, que para el caso de los y las adolescentes se tendrá que hacer un análisis conjunto de la situación en un ámbito relacional, para que contemple hacer un cambio. Por tanto, aquí entra en juego el contexto donde el adolescente se desenvuelve, pues modificar el contexto puede producir un cambio para la adaptación positiva.

**Figura 5.** Balance decisional del cambio.

Una manera de identificar el nivel y fuentes de motivación es la revisión de cogniciones, afectos y conductas, principalmente a través de la reevaluación medioambiental en términos relacionales. Es decir, valorar como los pensamientos, los afectos o emociones, y conductas del(a) adolescente afectan a otros. También hay que evaluar y promover conocimiento relacionado con la problemática, lo que genera mayor conciencia sobre las causas y consecuencias de los comportamientos a corto, mediano, y largo plazo (p.e. explorando el pasado y viendo el futuro). Asimismo, es conveniente, identificar fuentes de apoyo social (familia, amigos, entre otros), incluido el psicoterapeuta (Miller y Rollnick, 2002, 2009).

**6. Explorar y fomentar la autoeficacia.** Además del grado de interés o motivación para el cambio, es fundamental el nivel de autoconfianza que se tiene en sí mismo para llevar a cabo el cambio deseado, lo que implica una **percepción de autoeficacia**. Es por ello que la EM considera algunos elementos de la teoría de Bandura con respecto a la autoeficacia para el cambio (Bandura et al., 1999), al inicio y durante el proceso. Su objetivo es promover pensamientos positivos de las propias capacidades acompañadas de acciones que fomenten la autoeficacia y se asuma más fácilmente la responsabilidad del cambio y la autonomía, lo que apoya al adolescente en su proceso de maduración (Barnett et al., 2012).

La **autoeficacia** hace referencia a las creencias de una persona para alcanzar el éxito en una tarea, al aplicarla al adolescente se debe tomar en cuenta la responsabilidad personal y resaltar la capacidad de cambio (Miller y Rollnick, 2013). Es importante la promoción del autoconocimiento, la autocrítica y la autoreflexión, así como la responsabilidad de los actos, conductas, actitudes y de las consecuencias de cada decisión que es libre de tomar y estimular la toma de decisiones, también es beneficioso impulsar la autonomía del joven, para ayudar a este proceso se puede proporcionar tareas y actividades congruentes con la edad y las habilidades del adolescente, analizar las metas a corto, mediano y largo plazo que tenga a fin de especificar las acciones necesarias para lograrlas. Aquí es donde cobran relevancia las experiencias previas sobre los riesgos tomados con anterioridad, donde se hace un recuento de los recursos y aprendizajes obtenidos de situaciones desagradables vividas anteriormente (Bandura & Cherry, 2020), experiencias que pueden generar habilidades que son de ayuda en la promoción interna del cambio y la percepción de logro.

## Estrategias que motivan al cambio

La comunicación es un elemento central en las estrategias motivacionales, la forma de comunicar, el uso reflexivo y selectivo del lenguaje, se convierten en una herramienta que pueden ayudar al terapeuta a generar y expresar empatía en la intervención con adolescentes. También puede ayudar a mejorar la comunicación entre los padres y los hijos, y pueden hacer que la comunicación sea más abierta, esto implica el intercambio fluido de información, tanto instrumental como emocional, que posibilita el diálogo, y capacidad para expresar sentimientos y pensamientos de manera precisa (Schmidt et al., 2007).

De acuerdo con modelo de Gordon y Sterling (1997), la comunicación es un proceso complejo que se da en un espacio relacional, en el cual el mensaje puede ir transformándose de acuerdo a las percepciones y a la capacidad de "escucha activa" de los interlocutores, que, en el caso de la comunicación con adolescentes, se ilustra en la Figura 6, y el cual es retomado por la EM de Miller y Rollnick (2002).

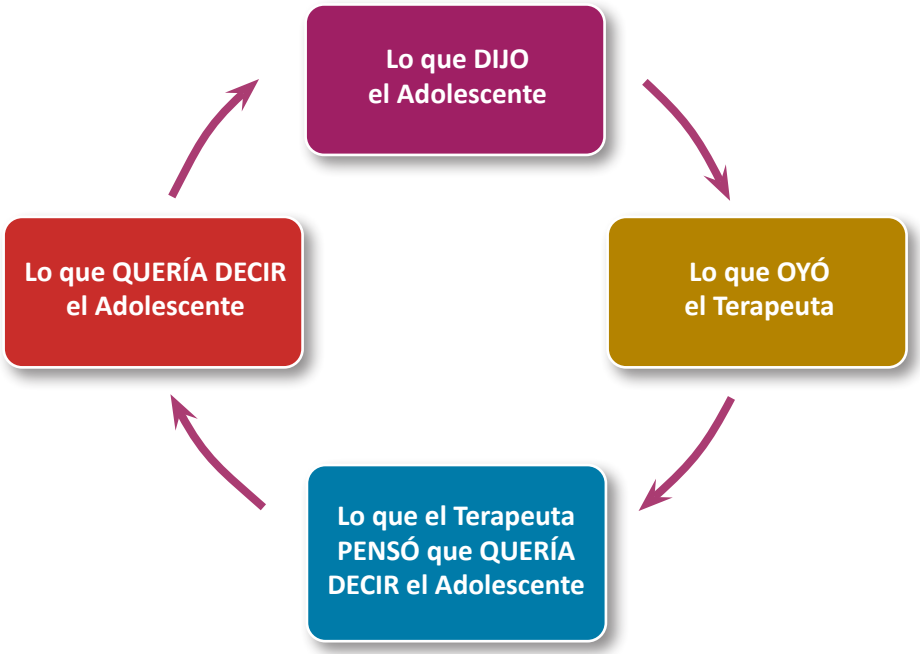



**Figura 6.** Proceso de la escucha reflexiva adaptado del esquema de Gordon y Sterling (1997).
*Nota:* Elaboración propia de la autora.

Para beneficiarse de estas estrategias es fundamental contar con una meta clara y estrategias para alcanzarla, consecuentemente se comienzan a utilizar diversas técnicas (Lizarraga y Arraya, 2001; Miller y Rollnick, 2002):

1. **Preguntas abiertas:** Son cuestionamientos que no pueden responderse con un "sí" o un "no", sino que ayudan a obtener una mayor cantidad de información como emociones y pensamientos, con esto se crea un ambiente de aceptación y confianza.

2. **Afirmaciones**: Consiste en hacer comentarios de aprecio y compresión al/la adolescente. Enmarcan las fortalezas y aciertos del consultante para demostrar apoyo de manera directa y explícita. Pueden agruparse en: reconocimiento del problema, expresión de preocupación, intención de cambio y optimismo del cambio. Dentro de esta también podría englobarse la reestructuración positiva, que destaca los aspectos positivos del relato y ayuda a rehabilitar la autoconfianza.

3. **Reflejo:** Consiste en ir más allá de oír al adolescente o registrar lo que dice; implica atender de manera voluntaria y directiva a la comunicación verbal y no verbal, así como maniobrar (procesar), sobre lo que se escucha y regresar lo que se creyó haber escuchado. Por ejemplo, intentar deducir lo que un(a) adolescente intenta comunicar, por lo que se conjugan otras técnicas de confirmación de la idea para no cometer error de interpretación, al juzgar, al prejuiciar, entre otros. Para potencializar sus efectos positivos se necesita mostrar interés a través de técnicas simples: repetir, refrasear, parafrasear, reflejar y resumir.

   **Repetición:** Se repite alguna palabra dicha por el paciente que parece importante. En este contexto sería mencionar lo que el adolescente acaba de decir, por ejemplo, ¿te sientes aburrido…cansado…triste?

   **Refraseo:** Repetición de algún elemento con el uso de un sinónimo o alterándolo solo para clarificar, como ¿Estás fastidiado, agotado, deprimido?

   **Parafraseo:** Se refleja lo dicho con nuevas palabras ya que incluye el significado del escucha, implica deducir el significado que tiene para su hijo adolescente. Refleja con nuevas palabras o con un nuevo orden ampliando lo que se ha dicho. Se presenta el siguiente ejemplo:

   A: Me siento agotado.

   P: De lo que me comentas entiendo que te sientes cansado.

   **Señalamiento emocional:** Forma profunda de reflexión donde introducen elementos emocionales. Consiste en decir frases que expresen sentimientos de la otra persona. Ejemplo: te veo un poco desanimado...Suena como si estuvieras enojado...

4. **Resumen**: Englobar dos o más ideas expresadas en el discurso de la otra persona a fin de prestar más atención a los elementos importantes de la conversación y evitar desviarse, se recomienda usar esta técnica cada cuatro preguntas abiertas. Es hacer un recuento que hace el terapeuta de todo lo que ha dicho el o la consultante.

5. **Silencios:** El manejo de los silencios es otra herramienta comunicacional. Puede ser una forma no verbal para expresar, entendimiento y aceptación por parte del escucha, que fomenta empatía.

Por otro lado, puede ser útil identificar acciones por parte del psicoterapeuta que obstaculizan la conversación a partir de una escucha reflexiva (Figura 7), para elegir una forma de poder hacer más efectiva la comunicación, con adolescentes "difíciles o resistentes" que están en la etapa de no identificación, contemplación e incluso pre-contemplación (Barnett et al., 2012; Ewing et al., 2016).

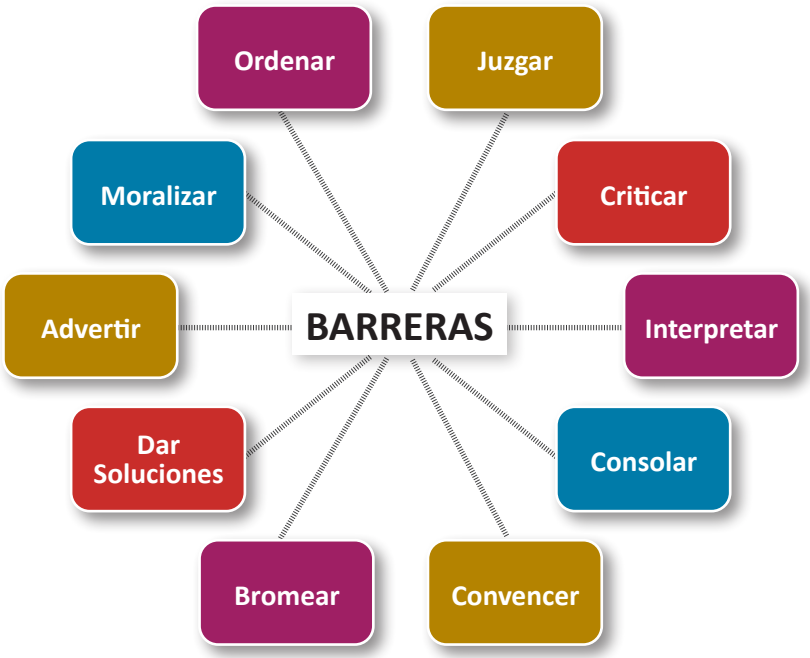



**Figura 7.** Barreras de la escucha activa.
*Nota:* Elaboración propia del autor.

Por el contrario, existen algunas acciones que los psicoterapeutas (p.e. Miller y Rollnick, 2002; Villegas de la Lama, 2014), señalan como aquellas que pueden facilitar una comunicación fluida y abierta que genere la sensación en los adolescentes de que se les

pone atención y comprende, a fin de que se promueva una plática motivacional que sea la base para el cambio (Figura 8).

De todas las acciones revisadas, con los y las adolescentes resulta especialmente útil el uso de lo que se identifica como **PARR** (Miller y Rollnick (2002): **P**reguntas abiertas, **A**firmar, **R**eflejar, **R**esumir, que consiste en emplear algunas de técnicas, antes descritas. A continuación, se presentan algunos ejemplos para su uso.

**P**reguntas abiertas: ¿Cómo te sientes con lo que pasó? ¿Cuáles podrían ser las opciones para mejorar la situación? ¿Qué se te ocurre que podrías hacer? ¿Qué podría pasar?

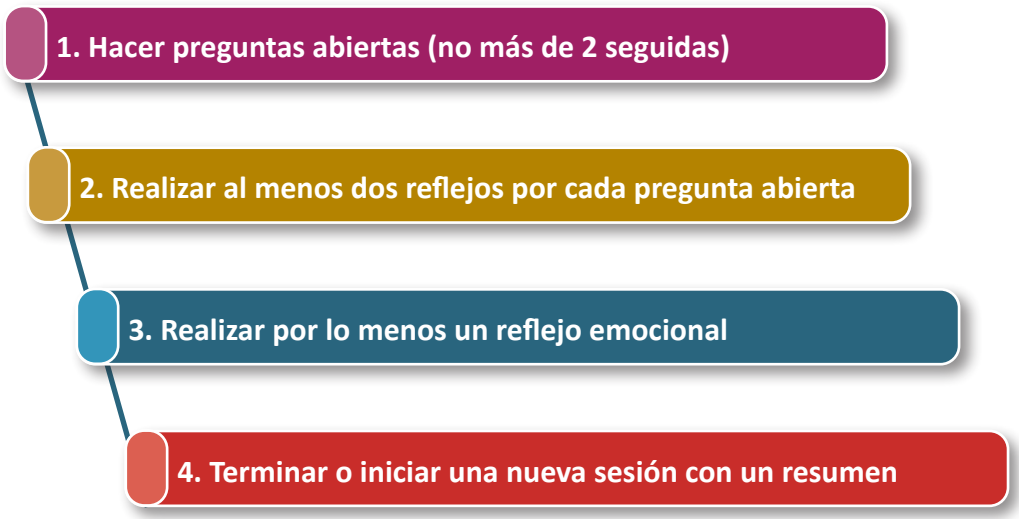



**Figura 8.** Acciones para una plática motivacional y de cambio.

*Fuente:* Elaboración con base en Miller y Rollnick (2002).

**A**firmar: “Qué bueno que estas aquí”, “…has pensado mucho en esto..”, “lo has intentado”, “..gracias por platicarme y escucharme..”, “gracias por confiarme esto”

**R**eflejar: “Parece como si estuvieras triste”, “te veo un poco desanimado”, “suenas como si estuvieras enojado”, “me da la impresión de que estás molesto”.

**R**esumir: "Creo que (en pocas palabras) "…por lo que me has dicho hasta el momento parece que últimamente te has sentido … por ….. y….."

Este tipo de frases ayuda mucho a los(as) adolescentes, a reflexionar, buscar soluciones, identificar y aceptar sus problemas, ver las consecuencias de sus acciones, lo que a su vez es la base del cambio.

Debido a que los jóvenes tienden a ser susceptibles al rechazo, por un lado, y que el experto (p.e. terapeuta), por otro, a veces busca recuperar su imagen jerarquizada a través de una relación asimétrica, puede ser que se emplee métodos que resulten contraproducentes. Dentro del marco clínico de la EM a continuación se mencionan las siguientes trampas a evitar (p.e. Lizárraga y Arraya, 2001):

- Pregunta–respuesta: implica preguntas a las que el/la adolescente responde con frases cortas y simples, denota que la interacción se da entre un experto (p.e. el terapeuta) y un interlocutor "pasivo" (el adolescente); lo cual no permite una comunicación fluida; esto es evitable con el uso de preguntas abiertas; se sugiere no hacer más de dos preguntas seguidas y usar el resumen cada cuatro preguntas.
- Trampa del experto: esta trampa está ligada a la anterior pues al ofrecer respuestas y soluciones al adolescente, se vuelve menos activo(a) para buscar una solución de cambio, esperando que el experto, le de las respuestas a sus necesidades de cambio, aunque esto no signifique que vaya a ponerlas en práctica.
- Confrontación: esta situación produce resistencia más que apertura, confrontar al joven cuando aún no muestra señales de motivación intrínseca producirá el efecto contrario al deseado.
- Etiquetar: el etiquetar a un(a) adolescente es una práctica aún frecuente, pero no por ello útil. Si bien el adolescente está formando su identidad, la etiqueta negativa es contraria a las frases automotivadoras, reducen la autoeficacia y la posibilidad de éxito. Por el contrario, habría que desetiquetar como también lo hacen estrategias de la TBCS, que se describe más adelante.
- Focalización anticipada: se refiere cuando el terapeuta centra la atención sobre lo que desde su perspectiva le parece más importante, sin escuchar las preocupaciones y prioridades del(a) adolescente. La escucha reflexiva, permite seguir con relativa objetividad, la narrativa del adolescente, sin perder el objetivo de la conversación

- Culpabilizar: buscar un culpable del problema sólo logrará que el adolescente se ponga a la defensiva o refractario, aumentando la resistencia, es mejor trabajar desde la reflexión y reformulación de las preocupaciones del joven.

En suma, dada la flexibilidad de las estrategias y técnicas de la EM, cada vez se reporta más su uso en diferentes ámbitos: clínicos, educativos y comunitarios, por ejemplo, con adolescentes y grupos especiales de estudiantes y padres de ahí que también se identifiquen como intervenciones motivacionales (Andretta y Oliveira, 2005, 2006; Flórez-Alarcón y Botero, 2010; Gantiva, 2007; Gantiva y Flórez-Alarcón, 2006). La EM ha resultado atractiva porque es una entrevista interventiva. En esta línea las IM son breves, replicables, no confrontan a los consultantes, lo cual se alinea bien con las características de los y las adolescentes y con los problemas relacionados con la comunicación en la familia a nivel del sistema parental, filio-parental y fraterno. Algunos profesionales de la salud (p.e. Castellanos, 2006), han utilizado estrategias motivacionales en el ámbito familiar, precisamente para mejorar la comunicación entre padres e hijos, usando los principios de la EM, reportando resultados favorables en cuanto al fomento de la autoeficacia, escucha reflexiva, crear discrepancias, evitar discusiones y darle un giro a la resistencia, adicionalmente se encontraron mejoras en el manejo de la hostilidad. Para Álvarez (2001), también era necesario incluir estrategias que sortearan la resistencia del adolescente a escuchar a sus padres, al mismo tiempo que se instruía a los padres para hacer llegar el mensaje más adecuado, evitando en lo posible las confrontaciones agresivas. En México, Álvarez-Orozco (2011), incluyó principios de la EM para lograr una mejora en la comunicación padres e hijos, favorecida por la implementación de la psicoeducación en escuelas públicas, entre los resultados más notables estuvo la mejora del desempeño escolar.

Existen otros enfoques de intervención, aunque no derivados directamente de las intervenciones denominadas “motivacionales” implican intervenciones breves no confrontativas, que se alinean con algunas premisas del MTT, de la EM, por lo que pueden integrarse y/o complementarse, a fin de que contribuyan conjuntamente a promover el cambio en los y las adolescentes.

## Terapia Breve Centrada en Soluciones: Un enfoque interventivo sistémico

Ciertamente existen estrategias y técnicas que también han mostrado su utilidad para resolver los problemas de los y las adolescentes y sus padres desde una perspectiva sistémica-familiar, por ejemplo, el enfoque centrado en soluciones (De Shazer, 1996; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1999), identificado frecuentemente como Terapia Centrada en Soluciones (TCS), o más específicamente Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS).

Las intervenciones que pueden ser ubicadas como sistémicas, parten de premisas que les son comunes y que se reflejan en diferentes procedimientos que se integran en intervenciones psicoterapéuticas particulares que se identifican con diferentes nombres denominados modelos o enfoques terapéuticos. Algunas de las premisas que cabe subrayar son:

1. La no linealidad de los problemas
2. Los individuos forman parte de otros sistemas más amplios (familia, escuela, etc.),
3. Los problemas surgen en un contexto relacional
4. El desarrollo de las personas es producto de la interacción del individuo con otros sistemas
5. Existen muchas formas válidas de ser y estar como individuo
6. No hay verdades universales
7. No existe el concepto de normalidad
8. La terapia es un espacio relacional
9. El terapeuta forma parte del sistema

Por tanto, el objetivo de las intervenciones dirigidas hacia los o las adolescentes es obtener resultados positivos, para lo cual se encuentran diversos enfoques/métodos psicoterapéuticos orientados en esta dirección, uno de ellos es la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS).

## Premisas básicas

El enfoque de la TBCS es uno de los pilares, para el diseño de intervenciones específicas para adolescentes y para padres (presentadas en el siguiente capítulo), por varios motivos:

A. En primer lugar, como menciona Beyebach (2014), la TBCS surge en el ámbito de las terapias breves familiares y como producto de una práctica basada en la evidencia a través de un proceso recursivo de teorizar por medio de la observación de la intervención y sus resultados poniendo en marcha nuevas acciones con base en premisas y constructos emanados de la teorización (Lipchik et al., 2012).

B. A partir de la práctica de la psicoterapia, se fue enriqueciendo el modelo de terapia breve con familias, así como de la influencia de otros tipos de intervención diferentes como la de Karl Tomm (1988), consolidándose así la TBCS, como lo que algunos consideran también, es un enfoque integrativo (Beyebach, 2009).

C. A través del tiempo su uso fue generalizándose a otros campos diferentes de la clínica y ampliándose de tratar problemas familiares a tratar otros problemas, mostrando evidencia de sus resultados en la práctica de manera sistemática, incluso con adolescentes (Corcoran, 2012; Gingerich y Peterson, 2013; Knekt et al., 2008; Schade et al., 2011).

D. Se centra en los recursos más que en los déficits, lo que permite encontrar y construir soluciones a partir de lo que "traen" los y las adolescentes y las familias, en particular los padres. Despatologiza el problema y al consultante.

E. Por último, y no por ello menos importante, es que, en particular, De Shazer (1982), comparte una visión ecológica por lo que la familia es un sistema que es parte esencial de la ecología proximal de los individuos, en este caso los y las adolescentes (Selekman, 1993, 2015).

La TBCS es un conjunto de estrategias y técnicas que permiten identificar los problemas como problemas solubles, por tanto, se pueden establecer objetivos terapéuticos de forma que guían las acciones terapéuticas (De Shazer, 1982, 1985, 1996). Representan un medio para planear actividades específicas en las sesiones a lo largo del proceso de intervención y para evaluar los cambios de manera observable y mesurable. Existen algunas premisas básicas de este enfoque particular, al cual se le identifica como constructivista y construccionista, aunque existen modelos integrativos como el de Pinsof (2005).

A partir de la práctica clínica, se puede comprobar que existen algunos elementos clave para el desarrollo de la TBCS cuando los consultantes son adolescentes y/o padres:

- Los consultantes tienen sus propios recursos, solo hay que apoyar a que los identifiquen y activen.
- Establecer alianzas entre los consultantes y el psicoterapeuta (alianzas alternantes, especialmente importantes, cuando se trata de adolescentes y padres).
- Analizar las expectativas que tiene la persona de poder cambiar de forma positiva.
- La capacidad del terapeuta para realizar maniobras que ayuden y promuevan la confianza de poder cambiar en el consultante.
- El efecto del terapeuta en el proceso de cambio, al prestar atención y mostrar empatía a los consultantes.
- La facilidad del terapeuta para visualizar los recursos de los consultantes y apoyarlos para que los puedan identificar

En este sentido, la TBCS ofrece diferentes estrategias y técnicas encaminadas a cortar con aquellas acciones que se han llevado a cabo para “solucionar los problemas” y que han “fallado”, encontrar alternativas de acuerdo con las posibilidades y el contexto del consultante, cortar con patrones de comportamientos que no han sido productivos y promover estrategias de solución a partir de los recursos de cada uno de los consultantes y de sus familias.

## Maniobras terapéuticas

Existen diversas técnicas que se traducen en acciones o maniobras que se realizan durante la intervención por parte del psicoterapeuta, entre las cuales se utilizan con frecuencia las que se mencionan a continuación:

- Normalización. Supone mirar la situación desde una perspectiva indulgente o benévola, que disminuye culpas en los consultantes, eliminando o evitando el dramatismo o tremendismo con que, a veces, llegan los consultantes. Esto permite que, ante cualquier acontecimiento no afortunado, el adolescente no se sienta recriminado y

mantenga una actitud abierta para platicar. Por ejemplo, a un adolescente que llega a consulta porque ha ido disminuyendo las calificaciones y reprobando algunas materias, si se empieza con frases como "*mmmm qué lástima, a veces nos sucede a todos" o "…no siempre sacamos excelentes calificaciones en todo…"* Es más probable que el adolescente esté dispuesto a escuchar y a reflexionar con este tipo de respuestas, y que los padres despatologicen o desetiqueten a sus hijos.

- Connotaciones positivas. Conlleva poner atención o resaltar lo positivo que ha logrado el consultante a fin de motivar el cambio y fomentar la autoeficacia. De manera similar, aún en situaciones problemáticas se puede alentar al adolescente cuándo, por ejemplo, no sacó muy buenas calificaciones. Frases como "*parece que últimamente tus calificaciones no reflejan todo tu potencial, lo bueno es que has dado todo lo mejor"*, son de mayor utilidad que la connotación negativa que implique juzgar, sermonear, señalar, que solo aumenta la resistencia de los y las adolescentes.

- Búsqueda de excepciones. En muchas ocasiones el adolescente expresa, o parece repetir, el comportamiento negativo sin ninguna excepción, pero es imposible que un comportamiento se repita de forma absoluta por lo que saber en qué circunstancias no se produce el comportamiento puede reducir las percepciones sesgadas como "todo negro/todo blanco", "siempre/nunca", conduciendo a un generar percepciones más equilibradas que ayuden al cambio. Esta estrategia ayuda a evitar las generalizaciones, centrarse en el problema, e identificar lo que si funciona. Por ejemplo, ante una disputa familiar entre hermanos se puede ilustrar que "*no siempre*"… "*todos sus hermano(a)s están en su contra"*, esta técnica resulta útil. Frases como "*trata de acordarte en que ocasiones no has peleado con tus hermano(a)s"* o *"¿habrá alguna vez que no hayas peleado con tus hermano(a)s?*", pueden ayudar a que sea el propio adolescente el que busque la excepción, lo que a su vez permite que reflexione y que permanezca abierto en una conversación al respecto.

- Ilusión de alternativas: Implica proporcionar a manera de sugerencia, formas de disminuir o resolver o incluso detener un círculo de interacciones, que mantienen el problema que conduzcan al mismo fin. Proponer diferentes opciones al conflicto presentado, es como una especie de "desarme" de las razones por las que se repite la conducta y se detiene el cambio. Sin embargo, las alternativas no se deben formular a modo de consejos, estos deben evitarse. Por ejemplo, un adolescente que se resiste a socializar *"podrías ir al cine o ir al súper en familia".*

- Uso de metáforas y cuentos. El uso de este tipo de "herramientas", puede ser útil para tocar temas más difíciles, sensibles, o situaciones de las que los consultantes se resisten a tocar. También implica sugerir soluciones con historias similares. Por ejemplo, se pueden utilizar algunas metáforas como el de la oruga, del cuento "*Alicia en el País de la Maravillas"* (Carroll, 2002), cuando se quiere hablar de los cambios físicos que un adolescente está percibiendo como negativos y tal vez hasta con estrés, a pesar de ser normativos.
- Acompasamiento. Se refiera a "hablar el lenguaje del adolescente", esto es buscar no usar palabras ambiguas, que confundan o puedan tener varias interpretaciones. Hay que señalar que esto no implica ser como el adolescente o ser su amigo en términos de su "igual", o no de ser papá o mamá; conlleva generar conexión con el consultante.
- Pregunta del milagro. Consiste en preguntarle al adolescente que tendría que pasar si de repente su problema desapareciera por milagro; por ejemplo, si se fuera a dormir y al despertar su problema se hubiese resuelto. Esto ayuda a buscar soluciones que el(a) adolescente puede sugerir o identificar.

Por último, cabe señalar que se pueden llevar a cabo otras acciones que frecuentemente ayudan a generar un clima de apertura paso para lograr una comunicación abierta con los y las adolescentes, en especial para la búsqueda de soluciones, a partir de los recursos, con el fin de apoyar un desarrollo positivo.

En síntesis, los enfoques terapéuticos revisados, parten de premisas generales comunes, de las cuales resalta la visión optimista y posibilidad de cambio de los consultantes a partir de sus recursos. Sus estrategias y técnicas lejos de ser antagónicas parecen tener más similitudes que diferencias, que son identificadas bajo diferente nombre. Por tanto, las estrategias del MTT, EM y TBCS, no solo pueden ser complementarias, sino que pueden condensarse haciendo sinergia, al utilizarse de manera conjunta o "amalgamada" y no utilizarse de manera aislada, sino dentro de un continuo terapéutico que fluye hacia la promoción del cambio en los(as) adolescentes. La pregunta entonces sería, ¿cómo desarrollar una propuesta de intervención integrativa, de manera sistemática, basada en evidencia?

# Capítulo 3

## Construcción de modelos de intervención con adolescentes basados en evidencia

*"Cada hecho, cada dato, es una pieza del rompecabezas de la evidencia que lleva a la verdad".*
*Sue Grafton*

Si bien es cierto que la adolescencia puede representar una etapa de mucha presión que pone en riesgo la salud física y emocional del adolescente, también es cierto que es una etapa de gran plasticidad cerebral en la cual las trayectorias del desarrollo pueden redireccionarse a partir de una intervención que considere las características generales de los y las adolescentes y los desafíos que tienen que enfrentar. La complejidad del contexto en que crecen los y las adolescentes puede aumentar su vulnerabilidad dada la diversidad de factores distales y proximales ecológicos. Los modelos familiares que enmarcan el desarrollo adolescente generan un amplio espectro de comportamientos y problemáticas que pueden surgir durante la adolescencia. Esto implica el diseño de programas generales o universales, así como de tipo selectivo e indicado (Kendall y Frank, 2018). De tal forma, los programas de intervención, incluyendo los de carácter universal, tendrán que ser estructurados y proporcionar una "ruta" que apoye un servicio profesional, de calidad y suficientemente flexibles, que muestren algún tipo de evidencia de su eficacia y efectividad.

La intervención psicológica consiste en la aplicación de principios y técnicas psicológicas por parte de un profesional acreditado con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenirlos, así como potenciar el crecimiento y las capacidades personales aún en ausencia de problemas (Christner et al., 2011; Lerner et al., 2012). Para Labrador et al. (2003), un tratamiento psicológico puede ser definido como una intervención con base en técnicas psicológicas que se llevan a cabo en un contexto clínico para eliminar el sufrimiento de una persona que le facilite el desarrollo de habilidades para enfrentar los problemas cotidianos. Una conceptualización más amplia implicaría considerar como intervención psicológica a un conjunto de estrategias, técnicas y procedimientos utilizadas por un profesional, en diversos ámbitos, como el clínico o el educativo, con el fin de generar cambios psicológicos (p.e. cogniciones, comportamientos, actitudes, pautas relacionales), para reducir o eliminar una problemática que genera

malestar emocional a sí mismo y/o a quienes le rodean, por tanto para aumentar niveles de bienestar personal, familiar o grupal. Una intervención psicológica también puede orientarse a incrementar el potencial de las personas de forma que exhiban o tengan un adecuado o mejor funcionamiento de acuerdo con un contexto determinado y que incluso, como menciona Lerner et al. (2015), puedan contribuir a su comunidad.

## Niveles de intervención en salud y educación

Los procesos de atención e intervención tienden a clasificarse en dos grandes grupos de acuerdo con su **alcance y objetivo** (Christner et al., 2011; Mrazek & Haggerty, 1994). Tradicionalmente se reconocen **tres niveles de atención** (Figura 9):

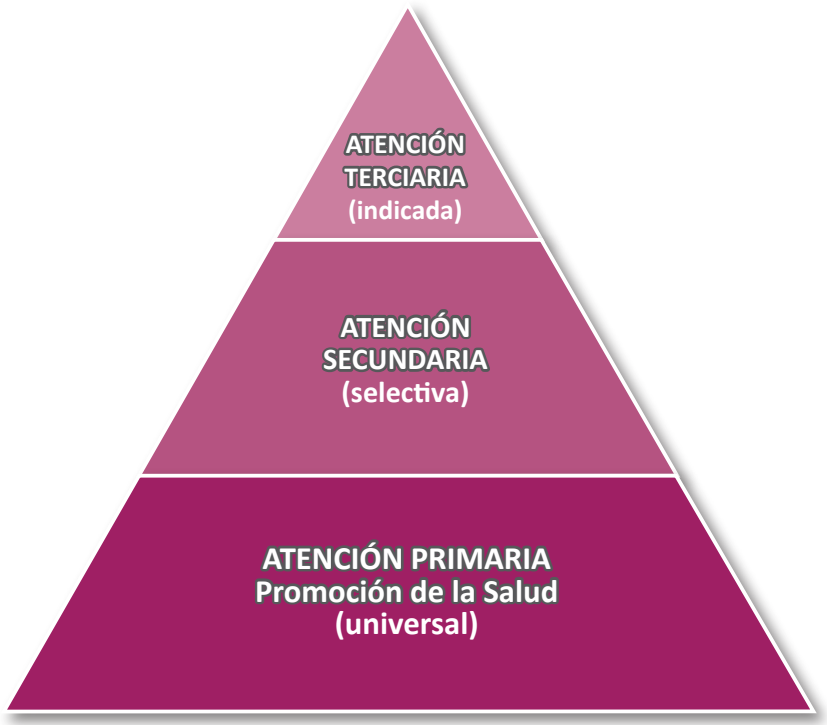



**Figura 9.** Niveles de atención y tipos de intervención.

*Fuente:* Elaboración propia de la autora.

1. **Atención primaria**. Implica acciones que evitan que una problemática aparezca; incluye la promoción de la salud y el diseño de programas **universales** y en este nivel se puede señalar la prevención primaria.
2. **Atención secundaria**. Comprende acciones en las fases tempranas de la aparición de una problemática y está dirigida generalmente a grupos de riesgo o en condiciones de vulnerabilidad por lo que el tipo de **acciones** se les identifica como **selectivas**. En este nivel se ubica la prevención secundaria.
3. **Atención terciaria**. Integra acciones orientadas a resolver una problemática específica ya identificada, es decir, se desarrollan programas de intervención psicológicas y/o sociales **indicadas** enfocadas a recuperar la estabilidad y salud mental de las personas. En este nivel se sitúa lo que se denomina prevención terciaria.

Adicionalmente, se distinguen **tres tipos de intervención** de acuerdo con el **objetivo** y al nivel de evolución de la problemática y tipo de población a la que va dirigida (Christner et al., 2011; Márquez et al., 2015; OMS, 2022):

**a. Intervención universal,** dirigida a la población general, frecuentemente realizada en el primer nivel de atención como parte de acciones preventivas;

**b. Intervención selectiva,** enfocada a un sector o grupo de una población general que por sus características se considera como un grupo vulnerable o en riesgo con respecto a una enfermedad o problema;

**c. Intervención indicada,** la cual se orienta a grupos cuya evaluación diagnóstica indica riesgo, presencia de una problemática o enfermedad específica.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization [WHO], 2024a), la *Clasificación Internacional de Intervenciones de Salud (International Classification of Health Intervention [ICHI]),* es otro tipo de clasificación que se utiliza para analizar intervenciones de salud con fines clínicos y estadísticos, la cual plantea **tres ejes de análisis** de las intervenciones de acuerdo con: **1**. El objetivo o población blanco sobre la cual se va a actuar, **2**. La acción, conjunto de actos realizados de acuerdo a un objetivo, y **3**. Los medios, que hace referencia a los procesos y métodos mediante los cuales se realiza una acción o conjunto de ellas.

# Intervención Psicológica Basada en Evidencia

Hace ya más de tres décadas, desde mediados de los años noventa se ha enfatizado en la necesidad de llevar a cabo prácticas, en el campo de la Psicología, probadas o basadas en evidencia (Asociación Psicológica Americana, 2006; Rousseau y Gunia, 2016). Esto ha resultado especialmente importante en la práctica clínica en la cual existe una amplia gama de intervenciones con diversos enfoques que no necesariamente tienen un sustento teórico y metodológico, que no cuenta con "evidencia científica" de la validez de sus procedimientos y de los resultados que muestren que se deben a las maniobras que se llevaron a cabo en una intervención, sin embargo, muchas de ellas funcionan en cuanto a la reducción de la problemática. No obstante, es cada vez más frecuente que muchas de las prácticas en psicología con un respaldo teórico y/o evidencia empírica.

De acuerdo con la Asociación Psicológica Americana (APA, 2006, p. 273) *"la práctica basada en la evidencia en psicología (EBPP), es la integración de la mejor investigación disponible con la experiencia clínica en el contexto de las características, cultura y preferencias del paciente"*.

Las prácticas psicológicas basadas en la evidencia (PPBE), promueven la eficacia, la efectividad y la eficiencia en diferentes campos de acción de la Psicología Clínica como la evaluación, la prevención/promoción de la salud, la cual adopta principalmente estrategias psicoeducativas, el consejo especializado (*counseling*), y la psicoterapia.

Las prácticas en este sentido, o la intervención psicológica busca aplicar las estrategias y técnicas más **eficaces, efectivas y eficientes** en la solución de una problemática determinada y el trabajo con los y las adolescentes no sería la excepción, pero ¿a qué se refieren estos términos?

La **eficacia** se refiere a la capacidad de una intervención para producir cambios psicológicos (p.e cognitivos, comportamentales, actitudinales) de acuerdo con una meta (p.e. meta terapéutica), en un contexto de investigación (Echeburúa et al., 2010; Moretti y Basler, 2016), lo cual toda intervención psicoterapéutica tendría que demostrar antes de ser aplicada en contextos más amplios. Esto implica en cierta medida un mayor control y por tanto también mayor nivel de validez interna, aunque una reducida validez externa. Esto implica el planteamiento de protocolos de intervención "estandarizados" o preestablecidos de acuerdo con un de un enfoque o modelo teórico determinado y un método (Barlow

et al., 2004). Se plantea un enfoque que sustenta las estrategias, los participantes en la intervención son generalmente seleccionados por conveniencia o de forma controlada, ya que el objetivo en general es probar nuevas formas de tratamiento o replicar la existentes, por ejemplo, en otros grupos, o con otros problemas. Esto lleva a establecer criterios de inclusión, exclusión y eliminación de los participantes, procedimientos de evaluación-intervención e indicadores y procedimiento de evaluación del cambio.

La **efectividad**, por su parte, refleja el potencial de un proceso interventivo para lograr cambios positivos en términos de "mejoría" de acuerdo a lo esperado, en un contexto clínico habitual (WHO, 2024b). Esto implica la presencia de diversas variables que generalmente no se controlan, por ejemplo, la "libertad" del consultante para seleccionar cierto tipo de intervención, de acuerdo a la disponibilidad, el costo, el terapeuta y el enfoque; la presencia de múltiples problemas, con sintomatología poco clara o difusa o "comorbilidad". Este tipo de intervenciones generan menor validez interna pero mayor validez externa (Kadzin, 2008).

La **eficiencia,** por otro lado, expresa la capacidad de un proceso de intervención de mostrar buenos resultados al menor coste en términos de recursos, duración, costo-beneficio por lo que las intervenciones más eficientes son las que con frecuencia se generalizan y se aplican a un sector amplio de personas y es posible ubicarlas como parte de las acciones de salud que se llevan a cabo a nivel comunitario que obedecen a políticas de salud sectoriales, regionales, gubernamentales o federales.

Las denominadas prácticas basadas en la evidencia (PBE), consideran la eficacia, efectividad y eficiencia, como elementos centrales para la evaluación de los tratamientos, ya que el propósito es llevar a cabo prácticas con base en razonamientos lógicos y probados que orienten la toman de decisiones en cuanto a la(s) mejor(es) intervención(es) de acuerdo con las diferentes problemáticas (Kazdin, 2008). Este tipo de prácticas son muy útiles, en particular, en el ámbito de la investigación porque permite combinar diferentes métodos y procedimientos con diseños específicos de acuerdo a los objetivos y los recursos disponibles, como el diseño de caso único o grupos pequeños (Barlow, 1996), los diseños grupales cuasi-experimentales hasta los diseños experimentales en función del nivel de control que se pueda o desee tener.

A través de diversas metodologías, se pueden llevar a cabo evaluaciones que consideren algunas de las múltiples variables que pueden intervenir casi siempre de manera

combinada, en las que la intervención sea eficaz, efectiva y eficiente, por ejemplo: a. Las evidencias pueden derivarse de las observaciones clínicas generalmente analizadas por un panel de expertos; b. Los estudios llevados a cabo en ambientes naturales, pero de manera sistemática e incluyendo algunos controles de las variables a través de diferentes tipos de diseños de investigación, ya sea con una persona o con un grupo.

Por otro lado, a partir de las revisiones sistemáticas de acuerdo a la declaración de *PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses:* Page et al., 2021), se pueden implementar metodologías o algoritmos de búsqueda cada vez más exactas como por ejemplo *PICO* (acrónimo, por sus siglas en inglés *Patient, Intervention, Comparison, Outcomes*), que implica procedimientos para la búsqueda de estudios dirigidos a la aplicación de la intervención, con el fin de evaluar y comparar los resultados de diversas intervenciones (Eriksen y Frandsen, 2018). Asimismo, los meta-análisis, son ejemplo ilustrativo del uso de métodos rigurosos para el análisis de intervenciones reportadas con el objetivo de determinar, a través de procedimientos estadísticos, aquellos enfoques y métodos interventivos que muestran evidencia sobre su eficacia, efectividad y eficiencia (p.e. Christ et al., 2020). En contraste se pueden ubicar algunos estudios de corte cualitativo que analizan el alcance de las intervenciones a partir de las valoraciones subjetivas de los consultantes, pacientes o participantes.

Por otra parte, hay tres elementos que se constituyen en unidades de análisis para evaluar procesos como resultados de las intervenciones (Figura 10): **el consultante, la persona del terapeuta, y los enfoques y métodos de intervención***,* que generan un todo dentro del proceso intrventivo.

**El consultante.** El rol del consultante dependerá del enfoque terapéutico ya que algunos enfoques parten de la premisa de que el consultante ocupa un lugar muy activo en el proceso de cambio, a través de la colaboración (p.e. De Shazer, 1985; Miller y Rollnick, 2002; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1999), de forma que el proceso se convierte en un proceso de corresponsabilidad terapeuta-consultante, mientras que otras asumen un rol más pasivo.

**El terapeuta/facilitador.** La figura del terapeuta o del facilitador representa quizá una de las fuentes más importantes de variación en los resultados de una intervención. Implica una gran variabilidad de factores que tiene que ver con su capacidad y estilo de comunicación, la capacidad de generar empatía, y un clima de confianza. La evidencia muestra que la

edad, el sexo, o el género, son solo algunos factores sociodemográficos del terapeuta que inciden en el proceso relacional terapeuta-consultante. Por tanto, sería importante, que se evaluaran estos y otros aspectos como parte del proceso de intervención.

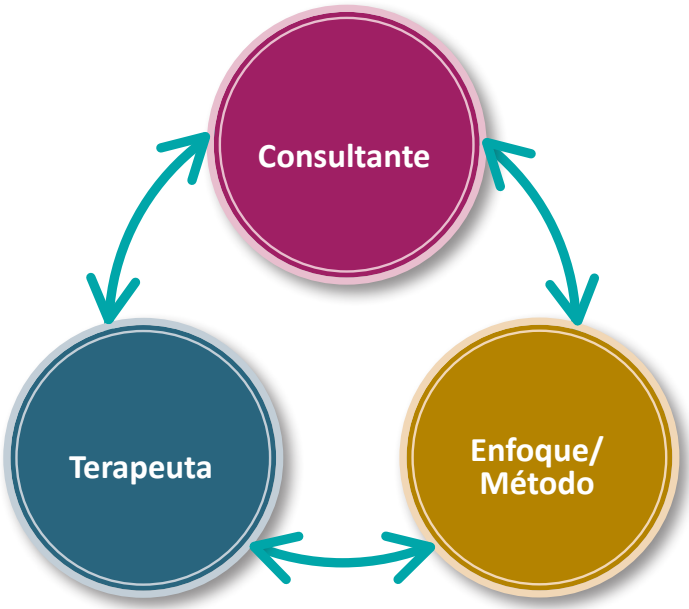



**Figura 10.** La persona del terapeuta y el consultante, los enfoques y métodos de intervención.

*Fuente:* Elaboración propia de la autora.

**Métodos de intervención.** Una variable que con mayor frecuencia se evalúa son los métodos de intervención, ya sean de corte psicoeducativo o psicoterapéutico que se derivan de uno o más enfoques, de ahí que la validación y el piloteo sea un paso recomendable o parte del procedimiento previo a su aplicación. En este sentido, se ha evaluado la eficiencia de intervenciones con un solo enfoque (p.e. Eskin et al., 2008; Racing et al., 2017; Zang, 2021); o derivado de un marco teórico bastante definido como el tratamiento unificado para desórdenes emocionales con base en el modelo Cognitivo-Conductual (p.e. Crist et al, 2020; Ehrenreich et al., 2009; Mariotti et al.,

2021). También se identifican tratamientos resultado de la combinación de diferentes enfoques o conjunto de métodos integrativos como el Tratamiento Cognitivo Conductual Transdiagnóstico (*Trans-diagnostic CBT*; Barlow et al., 2004 Weiz et al., 2017). En este tipo de tratamientos se pueden ubicar también las intervenciones motivacionales como la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2009); el QUERI, para el uso de substancias y depresión (Curran et al., 2008); o el uso conjunto de terapia conductual y entrevista motivacional (Sibley et al., 2016); así como de terapia breve y entrevista motivacional (Erickson et al., 2005; Naar-King, 2011).

En el marco de las PPBE es fundamental evaluar los resultados de las intervenciones para lo cual es básico establecer indicadores de cambio, como lo mencionan Medina y Bernal (2008). Estas mediciones pueden ser observables directamente o de manera indirecta a través de auto reportes o medidas de correlatos fisiológicos, acompañados de diversos criterios para evaluar el cambio producido por las intervenciones, ya sean psicoeducativas y/o psicoterapéuticas.

En términos de la práctica clínica, la evaluación del proceso de intervención, conlleva el tratamiento de los datos recogidos antes, durante y después de una intervención o tratamiento a través del empleo de métodos y estadísticos acordes al tipo de diseño empleado, por ejemplo, análisis de diferencias de medias con pruebas *t* de *Student* para comparar los datos de dos grupos en contraste (tratamiento vs control) o análisis de varianza (ANOVAS) para el tratamiento de datos de más de dos grupos (p.e. tratamiento habitual, tratamiento "experimental" vs control) o análisis multivariados (MANOVAS), para evaluar el efecto de medidas repetidas con dos o más grupos o variables (p.e. diseños con seguimiento y múltiples métodos), de tal forma que la complejidad de los análisis será proporcional a la de los diseños. Además, se recomienda obtener el índice para medir el tamaño del efecto del tratamiento, o los índices de confiabilidad, y el nivel de significancia clínica (Beutler y Moleiro, 2001). Sin embargo, algunos obstáculos implícitos en las características del trabajo de campo cuando se llevan en un ambiente habitual no permiten desarrollar el procedimiento de acuerdo a lo planeado, lo que puede limitar a su vez el tipo y alcance de los análisis, por ejemplo, las limitaciones relacionadas con los participantes o consultantes, como la falta de adherencia al tratamiento o "pérdida experimental, hace que el número de casos no sea suficiente para utilizar algunos estadísticos.

A pesar de que algunas intervenciones o prácticas con apoyo empírico (PAE), no cuentan con el rigor científico que se requiere para evidenciar la eficacia y efectividad, sus

procedimientos contribuyen de manera importante en el desarrollo de intervenciones sistemáticas que incluyen criterios de evaluación que permiten valorar los resultados.

Es importante subrayar que las PPBE, como mencionan Moriana y Martínez (2011), representa un modelo o enfoque cuyo propósito es validar las intervenciones en Psicología, así como los enfoques teóricos que las respaldan mostrando evidencia de sus resultados. Además su objetivo es guiar el diseño y desarrollo de modelos y programas de intervención, ya sea con uno o varios enfoques, que puedan ser eficientes, efectivos y eficientes para abordar un(os) problema(s), con métodos probados, en una población en particular, y en contextos determinados, que cuenten con la infraestructura y recursos que permitan implementarlos, que puedan ser replicados y diseminados a gran escala.

En suma, desde la perspectiva de la PPBE, se coincide con los planteamientos de algunos autores (p.e Barlow et al., 2013; Fernández et al. (2019), de que al compartir las experiencias y resultados de intervenciones derivadas, ya sea de la investigación o de la práctica clínica, se beneficia a investigadores, clínicos y comunidad, al incrementar el potencial de cambio de las políticas públicas en salud, adecuándose a los hallazgos encontrados con base en prácticas basadas de las cuales se deriven o se orienten las acciones en salud más eficaces, efectivas y eficientes.

## Diseño de Intervenciones Basadas en Evidencia

En la actualidad existen diversas guías prácticas y de tratamiento para el diseño de las intervenciones, en cuanto a la planeación, elaboración, ejecución y evaluación de modelo y/o programas de intervención en el ámbito de la salud, unas de carácter universal y otras más específicas, que convergen en muchos puntos de vista y que proponen pasos que se tendrían que seguir en el diseño, implementación y evaluación de las intervenciones.

Entre las guías generales más conocidas que han sentado las bases para el diseño de las prácticas en psicología basadas en evdencia, están la propuesta por la *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2009), más utilizada en Europa y la propuesta por la Asociación Psicológica Americana (APA, 2002), cuya influencia es mayor en Norte América y América Latina. Son guías reconocidas de carácter universal que establecen los pasos para la elaboración de modelos o programas de cobertura amplia que trazan la ruta general que frecuentemente son llevados a cabo para la implementación y diseminación

de intervenciones por parte de organizaciones de salud gubernamentales (OG) y no gubernamentales (ONG).

Por otra parte, existen guías con una aproximación más específica como el *Quality Enhancement Research Initiative* (QUERI; Curran et al., 2008), que propone diferentes tareas a realizar en función de la etapa de diseño e implementación de una intervención. En este tipo de guía se puede ubicar el denominado Mapeo de la Intervención o *"Intervention Mapping*" (IM; Bartholomew et al., 2016) la cual se constituye en una guía que propone algunos pasos a seguir para la implementación de una intervención que van desde la planeación, el diseño, la aplicación, incluida la evaluación, ya sea a nivel individual, grupal, o comunitario (Fernández et al., 2019).

Cabe señalar que existen también guías específicas para el proceso de evaluación conocidas como **(GAP).** En el entendido de que la evaluación psicológica se refiere a recabar, analizar e integrar información sobre un objeto de estudio de investigación (individuo, grupo, población blanco), preferentemente a través de diferentes fuentes de información y de acuerdo con un plan previamente establecido, con el objetivo general de tomar decisiones y solucionar problemas (APA, 2002).

En términos de intervención, las **guías prácticas (GP)** se centran más en los enfoques y procedimientos interventivos; mientras que las **guías de tratamiento (GT)** se enfocan en orientar el uso de ciertos tipos de tratamientos que se consideran adecuados de acuerdo con las problemáticas del(os) consultante(s). No obstante, en ambas están consideradas la evaluación y la valoración de las intervenciones.

La **APA** (2002) presenta una amplia lista de criterios entre los cuales cabe resaltar los enfocados en la eficacia y la efectividad, que son considerados con mayor frecuencia:

1. Evaluación sistemática que arroje datos que evidencien que la intervención o tratamiento funciona o generó un cambio en la dirección esperada (p.e. reducción, aumento).
2. Análisis sistemático de la literatura que evidencia y compara la eficacia de unos tratamientos y/o enfoques con respecto a otros, principalmente a través de meta-análisis y revisiones sistemáticas de los estudios. Este tipo de análisis se realiza generalmente de acuerdo a los lineamientos de la declaración PRISMA y la estrategia

PICO en caso de intervenciones, para la búsqueda de diferentes fuentes (artículo, tesis, etc.), lo que permite reducir el tiempo de búsqueda y recuperar información precisa en menor número de publicaciones con estudios relevantes o ad hoc a un objetivo o una intervención en términos de la población, el tipo de problemática y el tipo de intervención que se pretende llevar a cabo.

3. La comprobación empírica sistemática a través de diseños experimentales, pre-experimentales y cuasi-experimentales grupales con un solo grupo, de dos o más grupos, de un solo caso, multicaso o caso múltiple, con pre-test y postest, este último considerado como un diseño válido para mostrar evidencia de los efectos de la intervención (Rousos, 2007; Yin, 2019).

El modelo ***Quality Enhancement Research Initiative*** (QUERI; Curran et al., 2008), representa una guía específica para la intervención en problemas de consumo drogas y depresión, que propone básicamente dos etapas con varios pasos en cada una de ellas:

1. Identificar enfermedades o problemas de alto riesgo o volumen.
2. Identificar las mejores prácticas.
3. Analizar los resultados de las prácticas existentes con respecto a las mejores prácticas.
4. Identificar y aplicar intervenciones para promover las mejores prácticas.
5. Informar de los resultados que evidencias que las mejores prácticas mejoran los resultados de la intervención.
6. Informar de los resultados obtenidos relacionados con la mejora de la salud.

También se recomienda se incluyan de manera sucesiva, estudios piloto, aplicación de la intervención en pequeña escala en diferentes escenarios, aplicación de la intervención a nivel regional, y a gran escala (lo que se podría identificar como diseminación). Asimismo, considera algunos elementos clave para la evaluación diagnóstica previa a la intervención como:

- Variables contextuales: a. Las características del contexto en cuanto a la localidad: rural, urbano, suburbanos, facilidades, etc., b. Características en cuanto a la estructura física, económica, c. Organización formal: reglas, políticas, d. Organización informal, por ejemplo, cultura, redes sociales.

- Características de la práctica clínica: Mecanismos de evaluación, estrategias de seguimiento, mecanismos de prevención.
- Características de los terapeutas/facilitadores: Sociodemográficas y profesionales (p.e. sexo, edad, educación, grados, experiencia, competencias, manejo de herramientas de evaluación).
- Características de los pacientes: Sociodemográficas, problemáticas de salud (psicológicas, salud integral) y severidad, creencias, actitudes.

En cuanto a la guía denominada ***Mapeo de la Intervención*** (MI), el protocolo original propone seis etapas o fases (Bartholomew et al., 2016), para el diseño de programas de intervención de promoción de la salud. La propuesta reportada por Fernández et al. (2019), para el MI, plantea cinco etapas:

1. Realizar una evaluación de las necesidades de aplicación e identificar a los beneficiarios y a los colaboradores.
2. Establecer los objetivos o indicadores de cambio.
3. Seleccionar los enfoques teóricos y diseñar las estrategias de aplicación.
4. Elaborar protocolos y materiales de aplicación.
5. Evaluar los resultados de la aplicación.

Se aprecia que las guías aquí presentadas tienen elementos o criterios en común que permiten dirigir el plan, la implementación y la evaluación de una intervención, de manera ordenada. No obstante, también pueden existir barreras u obstáculos para llevar todo el proceso de forma sistemática, si se considera que el principal objetivo es “proporcionar” elementos para identificar y proporcionar intervenciones validadas que puedan ser replicadas en los ambientes naturales, como es el caso de las que prácticas de evidencia empírica. Esto parece ser especialmente cierto en la medida de que las guías sean más universales. En este sentido, algunos criterios no siempre pueden ser los mejores para un contexto debido entre muchas razones a las limitaciones inherentes al contexto mismo en el cual se desarrolla una intervención o de las características de la población con la que se trabaja. Hay que considerar que estas guías surgen en países desarrollados que en general cuentan con muchos más recursos para cumplir con los criterios o seguir los lineamientos que dichas guías establecen.

Por otra parte, hay limitaciones de orden metodológico relacionadas con la estandarización de los tratamientos o intervenciones a aplicar, dadas características y condiciones de los individuos, grupos y contextos, así como las que atañen al nivel de control de las intervenciones y la capacidad de generalización lo cual representa una dificultad para probar la eficacia que pueden llegar a afectar, a la validez interna y/o externa de la intervención. Aunque algunas de estas limitaciones pudieran superarse, los resultados podrían varían de acuerdo con las problemáticas, las relaciones psicoterapeuta-consultante y el contexto en el que se desarrollan.

## Sobre las Intervenciones para Adolescentes

Desde una perspectiva ecológica-sistémica (E-S), los problemas de salud mental pueden estar asociados a diversos factores de riesgo de tipo personal, familiar, escolar, social o económico tanto para la familia como para sus miembros (McGoldrick et al., 2016). Por tanto, desde esta perspectiva lo ideal sería hacer un abordaje ecológico multinivel, considerando los riesgos y la evolución del(os) problema(s), por lo que, en primer lugar, se incluiría a la familia como un factor proximal relevante. Asimismo, la escuela como un espacio relacional más amplio, juega un papel no menos importante en el desarrollo adolescente si se considera que en promedio una tercera parte del día pasan su tiempo en la escuela. Además, los procesos de socialización se amplían y fortalecen, gracias a las interacciones con amigos, pares y otras figuras de autoridad significativas, como los maestros, dentro de la escuela. Esto nutre la construcción de la propia identidad del adolescente mediante la integración y asimilación de procesos vinculares al interior de la familia y en el ámbito escolar, que le permiten ir diferenciándose y autoafirmarse a través de los otros.

Para desarrollar intervenciones psicológicas adecuadas, efectivas, eficientes, y eficaces, durante la adolescencia es necesario recapitular sobre algunas características generales de los y las adolescentes de acuerdo con un contexto, así como de cada adolescente en un proceso de consolidación de la individuación con preocupaciones e inquietudes diferentes a las de los adultos.

Los y las adolescentes no suelen preocuparse por los riesgos a largo plazo, como las enfermedades pulmonares asociadas con fumar, sino que sus inquietudes se ubican en

el presente, en el aquí y ahora, principalmente relacionadas con sus redes sociales, por lo que aspectos como la apariencia física, su condición física, la aceptación de los otros, vestir a la moda y acudir a sitios de actualidad, pasar tiempo con los amigos, ser *influencer* en las redes sociales, entre otros, son temas en los que centran su atención (Coleman et al., 2008; Lerner, 2018; Papalia et al., 2010).

Por otro lado, se ha encontrado que los niños(as)y los(as) adolescentes son un grupo relativamente sano que difícilmente acude a servicios de salud en general, lo cual se replica en cuanto a los servicios de salud mental (Benjet et al., 2016; Radez et al., 2021). A pesar de que algunos adolescentes pueden llegar a sentirse abrumados y se perciban que carecen de habilidades para manejar las presiones sociales, para los y las adolescentes, no es fácil identificar y aceptar sus propios problemas y no están necesariamente interesados en solicitar y recibir información (Aguirre et al., 2020; Barrow et al., 2022). Comúnmente son los padres y/o los profesores los que solicitan o remiten a consulta psicológica a los y las adolescentes, con la creencia de que el adolescente es el que tiene el problema y requiere ser atendido, sin que, por ejemplo, los padres, reconozcan o acepten la responsabilidad de ello.

Con mayor frecuencia son enviados aquellos chicos y chicas que presentan algún tipo de problema emocional o de conducta, en especial problemas externalizados (Achenbach y Rescorla, 2004) ya que implica dificultades y afectaciones en las interrelaciones con los demás (p.e. agredir, robar, golpear), por tanto, son más disruptivas al contexto. Sin embargo, los problemas internalizados (p.e. retraimiento, timidez, ansiedad, depresión), son más difíciles de ser detectados, en especial por los profesores, por lo que son remitidos a psicoterapia o algún tratamiento, con menor frecuencia que los externalizados. En estos casos son los padres y en ocasiones los mismos adolescentes (directa o indirectamente), los que acuden a solicitar ayuda psicológica, a diferentes centros de atención, a pesar de las barreras aún existentes para acudir a un servicio de salud mental (Aguirre et al., 2020; Barrow et al., 2022).

Cuando se trata de proporcionar atención a adolescentes se destaca la necesidad de realizar un abordaje integral que incluya a la familia, especialmente a los padres o tutores, y que involucre a la escuela, así como proveer de herramientas necesarias a los y las adolescentes para enfrentar las demandas internas y externas propias de la adolescencia, por lo que además, es importante tomar en cuenta las características de una población particular y su contexto, así como sus necesidades específicas tanto a nivel individual como grupal.

De esta forma, la atención con adolescentes de acuerdo con el modelo ecológico-sistémico requiere de una intervención multinivel, ello implica la necesidad de construir puentes entre la investigación y las políticas públicas de las cuales se desprendan acciones estructurados con base en planes, modelos y programas de atención basadas en la evidencia, en los diferentes niveles de atención de acuerdo de acuerdo a los múltiples contextos (Figura 11), no obstante, esto no siempre es posible, por lo que el trabajo en el nivel proximal que incluya en primera instancia a los padres es recomendable.

**Figura 11.** Políticas Públicas, Investigación y Servicios de Salud.
*Fuente:* Elaboración propia de la autora.

En suma, las prácticas psicológicas basadas en evidencia (PPBE), incluida principalmente la intervención, parten del análisis de aspectos contextuales, teóricos, y metodológicos antes de llevarlas a cabo con una población o grupo determinados. Entre todos los aspectos que se mencionaron, cabe resaltar que el tipo de población blanco, la problemática, el enfoque y características de las intervenciones previamente realizadas, son fundamentales para la toma de decisiones.

# Capítulo 4

## Modelo ecológico-sistémico de intervención integrativa para adolescentes

*"La psicología no puede decirle a la gente cómo deben vivir sus vidas. Sin embargo, puede proporcionarles los medios para efectuar el cambio personal y social".*

*Albert Bandura*

Los jóvenes y adolescentes son considerados un sector poblacional en riesgo, ya que muchos de ellos se ubican en las etapas de vida denominadas adolescencia tardía o juventud, la cual se considera como una etapa crítica caracterizada por mayor vulnerabilidad, por lo que las condiciones del medio ambiente suelen provocar gran influencia en su desarrollo y adaptación.

Se han hecho algunas reconsideraciones respecto a que no todos los jóvenes necesariamente desarrollan conductas de riesgo, pero que efectivamente la adolescencia puede estar caracterizada por estrés en función de tres elementos clave: a. relaciones con los padres o dentro de la familia (conflictos con los padres), b. vulnerabilidad emocional o afectos disruptivos, y c. despliegue de conductas de riesgo y antisociales que pueden poner en peligro su estabilidad emocional y física (Arnett, 1999; Essau, 2004; Ozeylem et al., 2021). En este sentido los y las adolescentes pueden ser un riesgo para quienes les rodean de acuerdo con sus experiencias a lo largo de sistemas ecológicos, incluidos en primer lugar la familia (Felner y DeVries, 2013).

La familia es una estructura social, con funciones sustantivas que permiten cubrir las necesidades de un individuo, especialmente cuando se trata de niños y adolescentes. Posteriormente a la niñez, especialmente en el periodo denominado “adolescencia”, se manifiestan cambios biológicos, físicos y sociales. Durante esta etapa la familia sigue siendo un espacio fundamental de crecimiento para los y las adolescentes, ya que se constituye en un contexto relacional donde se intercambian mensajes simbólicos y afectivos, se proporcionan diferentes tipos de apoyo (p.e instrumental, emocional), a fin de consolidar la buena relación entre los miembros de la familia, en especial entre padres e hijos que puedan ejercer una función protectora.

La complejidad del contexto en el que crecen los y las adolescentes en riesgo psicosocial, la diversidad de configuraciones y dinámicas familiares que los contienen y las variadas características de cada grupo, son factores de suma importancia para planear, determinar y estructurar modelos y/o programas de intervención, para ofrecer un servicio profesional, de calidad y suficientemente flexible para su eficacia y efectividad.

Las situaciones de inequidad, en especial de tipo socioeconómico, han generado contextos de marginación y pobreza urbana en algunos sectores poblacionales entre los cuales se encuentran los y las adolescentes, los cuales son influenciados de manera directa o indirecta por estos contextos a través de la familia, la escuela y los grupos comunitarios. El INEGI (2020), muestra que la zona conurbada alrededor de la Ciudad de México en particular, la zona norte y la zona oriente, se caracterizan por bajos índice de desarrollo social y altos niveles de marginación asociados a delincuencia y a otros riesgos.

Estos riesgos son multidimensionales y se encuentran en los diferentes niveles ecológicos, por ejemplo, estar expuesto a un mayor número de estresores psicosociales (p.e. ser asaltado), ser víctima de bullying en la escuela, experimentar maltrato familiar, por citar solo algunos. En el caso de los y las adolescentes se esperaría que la familia fungiera como un factor de protección ante dichos riesgos, sin embargo, la familia también puede ser fuente de estrés significativo al generar maltrato en los hijos, a pesar de su importancia para su desarrollo, ya que forma parte del sistema proximal del adolescente.

A estos ambientes de marginación y vulnerabilidad, en los que viven los y las adolescentes y padres se sumó la pandemia por COVID-19, enfermedad altamente contagiosa producida por un nuevo virus denominado Coronavirus-19 (COVID-19), que, teniendo su origen en Wuhan, China a mediados de diciembre de 2019 se propagó con tal rapidez que en marzo de 2020, la *World Health Organisation* (2020), declaró una emergencia sanitaria de carácter pandémico con medidas entre las cuales se consideró prioritario el distanciamiento social y confinamiento.

Actualmente la sociedad continua en un estado de alerta que es tan variable como países hay en el mundo. Aunque México aproximadamente a mediados de 2021, instó al regreso de todas las actividades de manera presencial denominándose a ello el regreso a la “nueva normalidad”, no se pueden soslayar las consecuencias negativas de un macro estresor como la pandemia por COVID-19, en la salud psicológica de las personas especialmente de

los y las adolescentes, quienes, junto con los niños, resintieron en mayor grado los efectos del confinamiento social intempestivo y largo, por más de dos años. La pandemia generó afectaciones en el bienestar físico y psicológico de las personas asociados a factores familiares, escolares, sociales y macroestructurales de acuerdo con las condiciones económicas, sociales y de salud a nivel regional y por país (Suárez et al., 2020) y continúa generado malestar en el actual periodo denominado "post-pandémico". Aunque para muchos países el problema de salud no se ha resuelto, el COVID-19 continúa activo con variantes emergentes, solo ha disminuido y asumido diferentes dinámicas y consecuencias en la salud física y emocional de las personas a través de más de 30 variantes del virus (Li et al., 2022).

Este es el contexto en el que se desarrollaron y se evaluaron intervenciones en la práctica clínica y en escenarios escolares de manera virtual y presencial, cuya propuesta se comparte en este manuscrito y que están dirigidas para adolescentes, pero en las cuales se ha incluido a padres por considerar que aún tienen una influencia central en la salud de los y las adolescentes además de los pares y amigos.

Con base en la relativamente escasez de reportes sobre modelos integrales para la atención a los problemas prioritarios de salud con poblaciones de contextos socioeconómicos vulnerables, a excepción de los que presentan la OMS (2021), la OPS (2018), o la UNICEF (2021), así como los enmarcados en las intervenciones de corte cognitivo conductual (p.e. Reinholt et al., 2017; Von der Embse et al., 2013), se creyó conveniente desarrollar una propuesta general de intervención integrativa con adolescentes y padres a partir de las experiencias clínicas y de investigación de proyectos previos, incluido el presente así como a partir de la evidencia reportada por la literatura.

Se desarrollaron propuestas específicas de evaluación y de intervención con adolescentes y padres con un enfoque integrativo. A continuación, se presenta el proceso (fases y acciones/estrategias), así como algunos ejemplos de los programas y protocolos implementados como producto de la línea de investigación "Salud, adolescencia y familia", registrada en el 2006 y vigente en la actualidad (FES Zaragoza, UNAM, 2023), apoyada por diversos proyectos financiados por el PAPIIT de la UNAM (p.e. Barcelata, 2021; Barcelata et al., 2020), para apoyar en la solución de los problemas de salud más frecuentes en la población con adolescentes y padres de contextos vulnerables, ya que el desarrollo de modelos globales con programas y estrategias o métodos de intervención integrativos basados en evidencia es una tarea impostergable.

## Elaborando una Propuesta de Intervención con Adolescentes

Algunas de las propuestas establecidas en las guías de la APA (2002), del modelo QUERI (Curran et al., 2008), así como, del enfoque IM (Bartholomew et al., 2016), se retomaron para el diseño de un modelo global de intervención para adolescentes con base la caracterización de algunas variables psicosociales personales y familiares previamente elaborada. Conforme a ello, las estrategias que se llevaron a cabo se agruparon en tres fases, en la cual se especifican más acciones o estrategias que propuestas por la IM (Fernández et al., 2019).

La Figura 12 presenta las fases y acciones que se llevaron en el diseño de un *modelo global de intervención* para adolescentes y su implementación, integrado por programas particulares y específicos con base en un enfoque teórico integrativo que enmarca la intervención descrita previamente en capítulos anteriores.

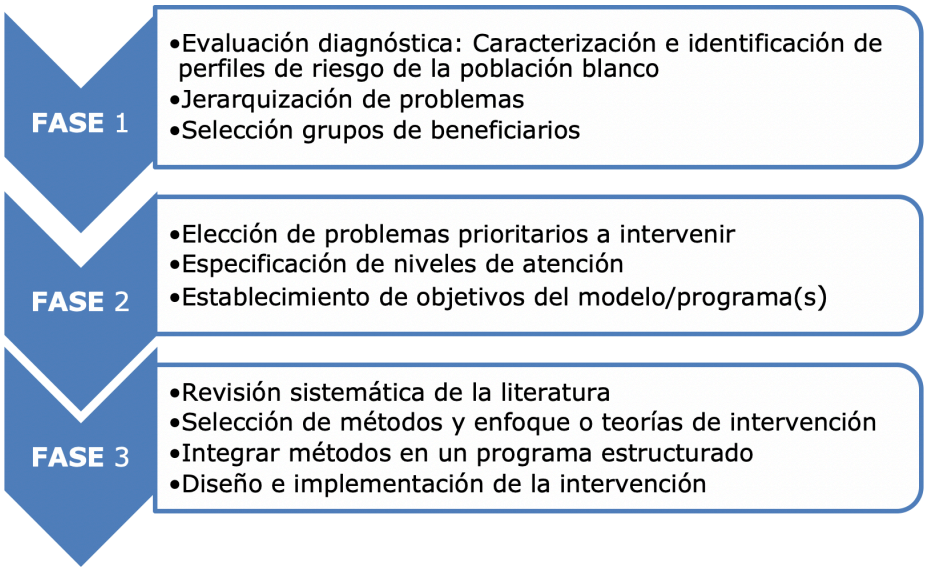



**Figura 12.** Fases y acciones para la implementación de un modelo global de intervención.
*Fuente:* Elaboración propia de la autora.

# FASE 1 Evaluación diagnóstica, jerarquización de problemas y selección de beneficiarios

La primera fase incluyó tres tipos de acciones: **1. Evaluación diagnóstica, 2. Jerarquización de problemas, 3. Selección de grupos de beneficiarios**

**1. Evaluación diagnóstica**

La acción inicial de la Fase 1, estuvo orientada principalmente a realizar una evaluación de tipo diagnóstica para conocer o caracterizar a la población blanco o a los beneficiarios, en este caso los y las adolescentes y familias, en particular sus padres, con las cuales se ha trabajado desde hace varios años y se ha ido caracterizando en cuanto a factores psicológicos de riesgo y de protección. La evaluación incluyó aspectos epidemiológicos y/o sociodemográficos asociados a la salud mental, así como factores psicosociales para identificar no solo problemas sino también recursos en los y las adolescentes y sus familias con base en un modelo sistémico (Masten, 2018; Walsh, 2021). En esta fase, también se realizaron indagaciones sobre el nivel de desarrollo e infraestructura de la población, así como de las condiciones psicosociales en los que se desenvuelven los y las adolescentes y familias, checando diferentes fuentes (p.e. CONAPO, 2020; CONEVAL, 2019, 2024; INEGI, 2021).

La evaluación diagnóstica a través de un primer contacto con diversas muestras comunitarias de adolescentes y padres tanto escolares como clínicas, arrojó datos con los cuales se llevaron a cabo análisis descriptivos, comparativos correlacionales y de predicción de los factores personales y familiares, por ejemplo, algunos elementos del afrontamiento, del manejo emocional, de las prácticas de crianza y el nivel de adaptación o “estatus de su salud mental” en adolescentes y padres. Estos datos proporcionaron perfiles psicosociales en adolescentes y en padres, de grupos escolares, así como en grupos clínicos. Los resultados permitieron identificar los problemas más recurrentes, que se constituyeron en una base para diseñar un modelo de evaluación de perfiles socioemocionales para los y las adolescentes y para los padres que integró instrumentos en baterías específicas para detectar perfiles de riesgo-protección y priorizar los diferentes niveles de intervención, primaria y/o secundaria para ambos grupos.

**Evaluación diagnóstica de adolescentes**

La evaluación de aspectos relacionados con la gestión de emociones, como la regulación emocional, la inteligencia emocional y/o la dureza emocional en adolescentes y en padres arrojaron perfiles socioemocionales, algunos asociados con problemas internalizados y externalizados pero también con conductas o cualidades positivas, como conducta prosocial o autoconcepto positivo lo cual se asocia a algunos de los problemas que prevalecen en los contextos de riesgo psicosocial en el que se llevaron a cabo la mayor parte del trabajo que aquí se informa de manera breve debido a que se han difundido previamente, pero que fueron la base para la intervención, descrita en capítulos posteriores.

En los y las adolescentes las variables personales asociadas con las diferentes expresiones de adaptación (p.e. conductas internalizadas, externalizadas y conductas positivas), fueron la presencia de estrés y eventos vitales, estrategias de regulación emocional y de afrontamiento (Barcelata y Rodríguez, 2021; Barcelata et al., 2021; Rodríguez y Barcelata, 2020; Rodríguez et al., 2021a), relacionadas también con características de personalidad (Aranda, 2021; García-Sánchez, 2021; Rodríguez et al., 2020) y con sensibilidad a la ansiedad (Correa-Castelán 2023; Correa-Castelán et al., 2023).

También las variables familiares como el funcionamiento familiar y/o las prácticas de crianza, y el apoyo social fueron factores importantes tanto de riesgo como de protección en adolescentes escolares de diferentes contextos (Barcelata y Bermúdez, 2022; Barcelata y Jiménez, 2022; Sánchez y Barcelata, 2020; Rodríguez y Barcelata, 2022; Rodríguez et al., 2021b), como grupos especiales de adolescentes (Nares y Barcelata, 2021, 2022), encontrándose además relacionadas con conducta suicida, incluidas las autolesiones (Ibañez et al., 2021a; 2021b).

Algunos de los problemas emocionales de mayor recurrencia entre los y las adolescentes tanto en las muestras escolares como en clínicas, fue el estrés, ansiedad y depresión (Barcelata et al., 2021; Barcelata y Rodríguez, 2021; Ibañez et al., 2021a), constituyendo los motivos de consulta más frecuentes en los grupos de adolescentes que se evaluaron y se les proporcionó intervención (Barcelata y Montalvo, 2021; Correa-Castelán, 2023; Correa-Castelán et al, 2023; Elías et al., 2021). No obstante, es importante señalar que también se encontraron indicadores de salud mental y bienestar psicológico en un grupo de adolescentes, en especial en el grupo de los hombres, quienes mostraron mayor autoaceptación y autocontrol, en comparación con las mujeres, quienes por otra parte

presentaron tendencia a usar estrategias de afrontamiento evitativas como pensamientos obsesivos y reactividad fisiológica (Rodriguez et al., 2022).

Con base en estos y otros datos, se construyeron y sometieron a prueba algunos modelos explicativos sobre los perfiles socioemocionales que ilustraron la importancia de la regulación emocional y el afrontamiento, como variables personales que pueden hacer la diferencia en el nivel de adaptación o desadaptación en los y las adolescentes (p.e. Barcelata y Rodríguez, 2022; Rodríguez et al., 2022). En la Figura 13 se muestra un modelo de trayectorias de la dureza emocional (DE), y las conductas internalizadas (CI), de manera diferencial para depresión y ansiedad ($X^2$= 3.81 [p= .431; df= 4]; GFI= .998; AGFI= .989; CFI= 1.0; RMSEA= .01 (.01- .06). Se aprecia un efecto indirecto de la DE tanto para depresión como para ansiedad, sin embargo, las trayectorias son diferentes via el afrontamiento y el apoyo familiar. Aunque el afrontamiento evitativo tiene un efecto directo tanto para depresión como para ansiedad, la contribución es mayor para la depresión. Asimismo, la relación inversa entre afrontamiento activo (AA) y ansiedad(A), sugiere que a menos AA más A. Aunque la falta de apoyo familiar tiene un efecto en la depresión, no tiene efecto en la ansiedad.

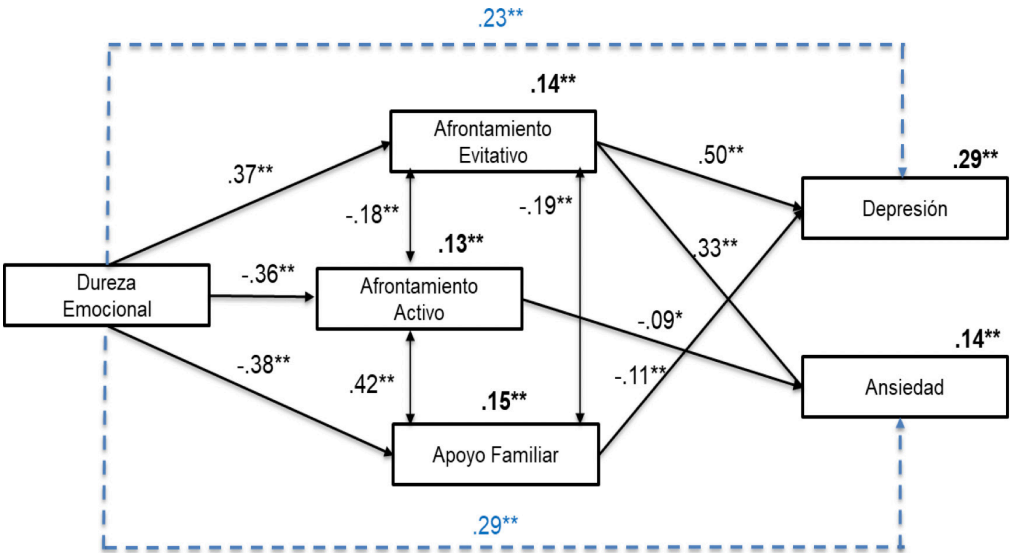
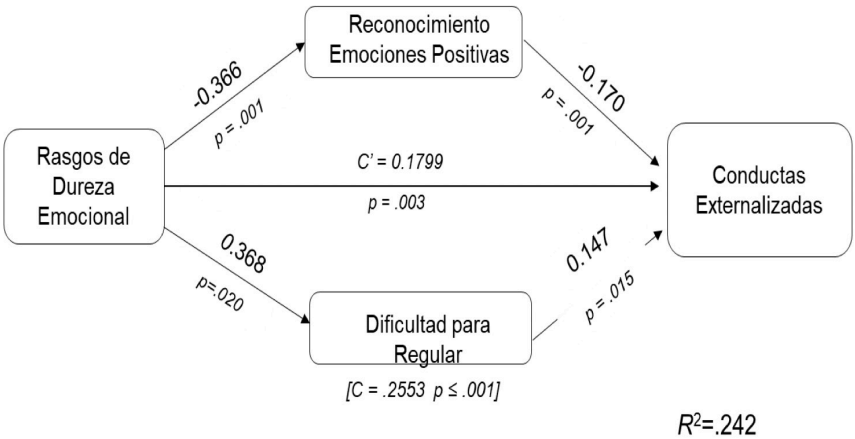



**Figura 13.** Modelo predictivo de trayectorias para depresión y ansiedad a partir de la dureza emocional.
*Fuente:* Retomado de Rodríguez et al., 2022.

Por otra parte, se probaron varios modelos de los cuales se muestra uno de ellos como ejemplo, en el cual se encontró que la Regulación emocional (RE), se relaciona con la Dureza emocional (DE) y con las Conductas externalizadas (CE) (p≤.001) además de que actúa como un mediador entre las primeras. El modelo mediacional presentado en la Figura 14 (Barcelata y Rodríguez, 2022), reveló efectos totales y directos significativos de la Dureza Emocional y la CE, mediados por la RE (N=. Como se aprecia, los datos indican que las dificultades para regular pueden potenciar los efectos negativos de la dureza emocional (insensibilidad emocional, inexpresividad, descuido) en las conductas externalizadas (agresividad, rompimiento de reglas) mientras el reconocimiento de emociones positivas puede disminuir y "amortiguar" el efecto negativo de la DE.




N = 426; $p \leq 0.05$*; $p \leq 0.01$**; $p \leq .001$***

**Figura 14.** Modelo de mediación múltiple de conductas externalizadas a partir de RDE y de Regulación Emocional.
*Fuente:* Retomado de Barcelata y Rodríguez (2022).

Asimismo, se evaluaron diferentes modelos predictivos para identificar lo que más les generaba estrés a los adolescentes durante la pandemia. En la Figura 15 se aprecia que los que más les estresaba eran las preocupaciones y miedo a la enfermedad, seguida de la dinámica familiar, y los cambios de rutina de sueño, comidas, uso del tiempo

libre, entre otros cambios, y que la edad y el tiempo de confinamiento pareciera no haber afectado tanto en el momento en que se levantaron los datos (Barcelata y Rodríguez, 2020).

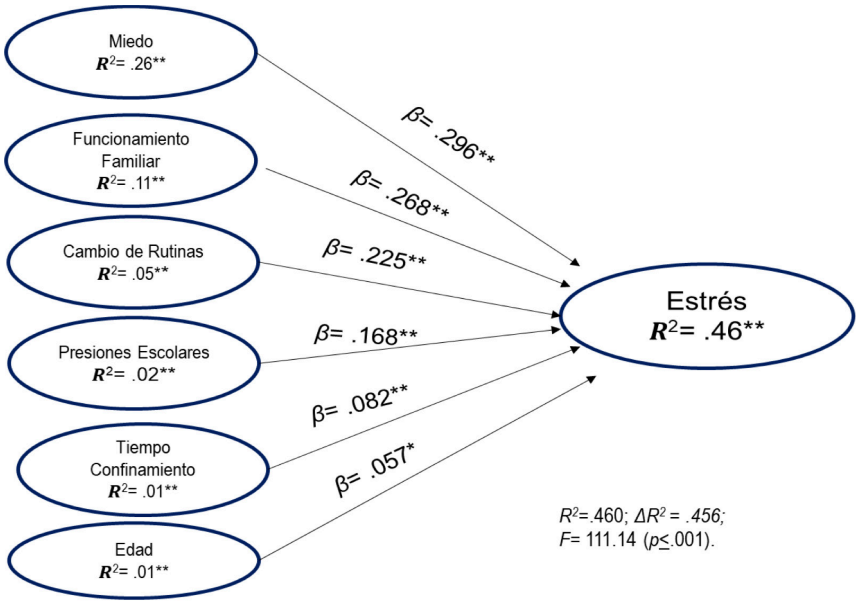



**Figura 15.** Modelo predictivo del estrés en adolescentes durante la pandemia.

Nota: N= 790; Hombres (33%); Mujeres (67%).
*Fuente:* Adaptado de Barcelata y Rodríguez (2020).

**Evaluación diagnóstica de los padres**

En cuanto a la caracterización de padres, también se encontraron riesgos, asociados a la presencia de estrés, ansiedad y depresión (Barcelata y Elías, 2022). Por ejemplo, algunos padres se encontraron preocupados por el desarrollo de sus hijos en especial durante la pandemia, y con ellos se realizaron estudios de validez sobre las conductas de sus hijos (Gil y Barcelata, 2023) y se identificaron niveles de estrés, en especial en cuanto a las finanzas, los problemas de conducta de los hijos y los riesgos sociales que pueden correr, así como la crianza.

Por otra parte, los datos revelaron que los padres tienden a utilizar estrategias de afrontamiento poco productivas de tipo evitativas, como no afrontar o reservarlo para sí, aunque también tratan de esforzarse y enfocarse en los positivo, sin embargo, el afrontamiento dirigido al problema fue la estrategia que menos usan (Barcelata y Montalvo, 2023). No obstante, las prácticas de crianza son percibidas en general por los padres como adecuadas (Sánchez, 2020), a pesar de que los y las adolescentes no coinciden totalmente, y que sus estrategias de comunicación no son lo suficientemente efectivas (Agustín-Santos. 2023). También se evaluaron recursos no solo déficits, en congruencia con una perspectiva positiva del desarrollo.

En la Figura 16, se aprecia una relación inversa entre algunos indicadores de resiliencia y el estrés parental. A mayor fortaleza y confianza, apoyo familiar, y apoyo social menos estrés.

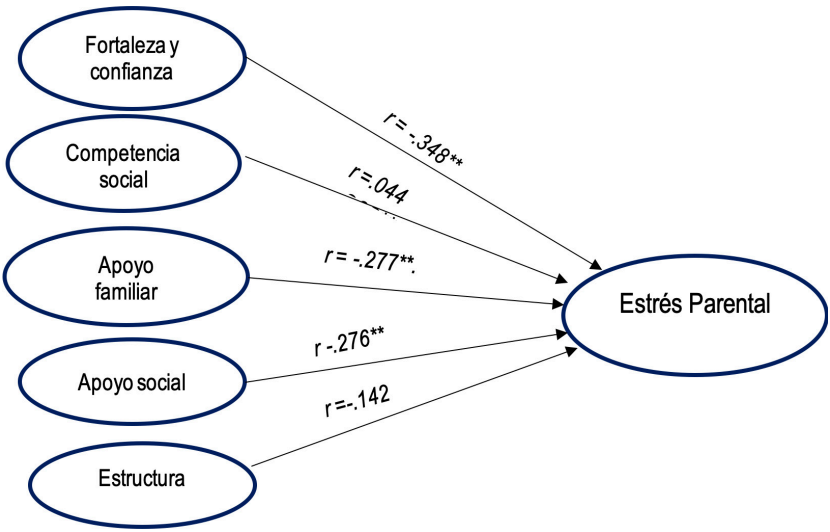



**Figura 16.** Correlatos entre indicadores de resiliencia y estrés.
*Fuente*: Adaptado de Rodríguez y Barcelata (2022).

La acomodación familiar en padres de adolescentes, fue otra variable que se exploró ya que ha tomado mucha importancia en los últimos años por el impacto de un trastorno común, pero frecuentemente subdiagnosticado como el trastorno obsesivo compulsivo

(TOC) e incluso otras expresiones de la ansiedad, en el bienestar de toda la familia. La acomodación familiar es un proceso que involucra cambios en el comportamiento de los miembros de la familia para ayudar al miembro "sintomático" a lidiar, disminuir el malestar y la angustia relacionada con el propio trastorno (Lebowitz, 2019).

La Tabla 1 muestra diferencias significativas en variables asociadas a la acomodación familiar (AF), como sensibilidad a la ansiedad (SA), tipo de estresores (E), estilos de afrontamiento (EA) y percepción del estrés (PE) en tres grupos de padres: de adolescentes diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo (TOC), de un grupo clínico con diversos diagnósticos o trastornos y un grupo subclínico, que a pesar de no estar formalmente diagnosticados presentaban algún tipo de problema relacionado con la presencia de ansiedad (Montalvo, 2023).

**Tabla 1**

*Comparación de la SA, la PE, los EA, y la AF en tres grupos de adolescentes de muestras clínicas y subclínicas.*

| | Grupo TOC Media (DE) n= 51 | Grupo Clínico Media (DE) n= 54 | Grupo Subclínico Media (DE) n= 58 | Total Media (DE) N= 163 | *F* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sensibilidad a la ansiedad | 1.87 (.424) | 1.33 (.651) | 1.20 (.522) | 1.45 (.612) | 23.200 | .000 |
| F1 Cognitivo | 1.69 (.563) | 1.12 (.661) | 1.13 (.616) | 1.30 (.665) | 14.586 | .000 |
| F2 Social | 2.16 (.467) | 1.60 (.856) | 1.31 (.610) | 1.67 (.750) | 22.764 | .000 |
| F3 Físico | 1.77 (.553) | 1.26 (.663) | 1.15 (.550) | 1.38 (.645) | 16.428 | .000 |
| Estresores | 2.84 (.497) | 2.93 (.566) | 2.55 (.608) | 2.77 (.582) | 7.060 | .001 |
| F1 Conductas Riesgo | 3.07 (.593) | 3.16 (.801) | 2.50 (.820) | 2.90 (.804) | 13.177 | .000 |
| F2 Conductas Disruptivas | 2.83 (.635) | 2.84 (.871) | 2.50 (.770) | 2.72 (.779) | 3.516 | .032 |
| F3 Crianza | 2.94 (.574) | 3.23 (.747) | 2.78 (.814) | 2.98 (.744) | 5.554 | .005 |
| F4 Finanzas | 2.70 (.771) | 2.88 (.954) | 2.41 (.793) | 2.66 (.861) | 4.401 | .014 |
| F7 Instrumental | 2.67 (.964) | 2.83 (.970) | 2.32 (.931) | 2.60 (.973) | 4.120 | .018 |
| Percepción de estrés | 2.17 (.399) | 2.20 (.370) | 1.97 (.343) | 2.11 (.382) | 6.226 | .002 |

*Nota:* Datos retomados de Montalvo y Barcelata (2022).

**Tabla 1**

*Comparación de la SA, la PE, los EA, y la AF en tres grupos de adolescentes de muestras clínicas y subclínicas* (*continuación*).

| | Grupo TOC Media (DE) n= 51 | Grupo Clínico Media (DE) n= 54 | Grupo Subclínico Media (DE) n= 58 | Total Media (DE) N= 163 | *F* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Estilos de Afrontamiento | | | | | | |
| No Productivo | 1.76 (.453) | 1.82 (.537) | 1.87 (.462) | 1.82 (.484) | .607 | .546 |
| Productivo | 1.94 (.403) | 2.03 (.432) | 2.02 (.385) | 1.99 (.406) | .765 | .467 |
| Otras Estrategias | 2.13 (.377) | 2.46 (.530) | 2.42 (.500) | 2.37 (.502) | 3.658 | .029 |
| Acomodación familiar | 2.74 (.425) | 1.09 (.185) | 1.01 (.092) | 1.58 (.827) | 699.487 | .000 |
| F1 Modificación | 2.99 (.680) | 1.13 (.294) | 1.02 (.132) | 1.67 (.989) | 361.905 | .000 |
| F2 Participación | 2.45 (.743) | 1.06 (.195) | 1.01 (.068) | 1.48 (.786) | 188.039 | .000 |

*Nota:* Datos retomados de Montalvo y Barcelata (2022).

La relación ente algunas de las variables estudiadas como el funcionamiento familiar, la sensibilidad a la ansiedad, los estilos de afrontamiento, la percepción del estrés, y la acomodación familiar en padres se muestra en la Tabla 2, adaptada de Montalvo (2023).

El funcionamiento familiar mostró relación inversa, con acomodación familiar, es decir, a mayor cohesión, menor acomodación familiar, confirmando la importancia de la cohesión como un factor a promover en la intervención. Con respecto a la sensibilidad a la ansiedad, ante una mayor preocupación por las reacciones sociales de la ansiedad se observó una mayor acomodación familiar, tanto en la modificación de la rutina como en la participación en los rituales, que refleja la importancia de la ansiedad de los padres en todo el proceso. Los estilos de afrontamiento no productivo y otras estrategias evitativas, también se relacionan con la acomodación familiar, mientras que el afrontamiento productivo pudiera ser un factor de protección, por otra parte, a mayor percepción de estrés, mayor acomodación familiar.

**Tabla 2**

*Relación entre el funcionamiento familiar, la sensibilidad a la ansiedad, el afrontamiento, percepción del estrés, y la acomodación familiar.*

| Variable | FAS Total | FAS-M | FAS-P |
|---|---|---|---|
| Funcionamiento Familiar | -.176* | -.138* | -.151* |
| Cohesión | -.193** | -.184** | -.215* |
| Adaptabilidad | -.095 | -.054 | -.046 |
| Sensibilidad a la Ansiedad | .428** | .438** | .426** |
| Cognitivo | .362** | .360** | .365** |
| Social | .446** | .473** | .414** |
| Físico | .366** | .373** | .368** |
| Estilos de Afrontamiento Parental | | | |
| Otras estrategias | -.224** | -.213** | -.165** |
| No productivo | -.140* | -.175* | -.060 |
| Productivo | .213** | .206** | .162* |
| Percepción del Estrés | .198* | .186** | .160* |
| Positiva | .054 | .035 | .079 |
| Negativa | .277** | .266** | .200** |

N=204; *$p \leq .05$; **$p \leq .01$

Nota: FAS-T: Acomodación familiar global; FAS-M: Modificación del funcionamiento de la familia; FAS-P: Participación en las conductas relacionadas con los síntomas (p.e. rituales).

En suma, estos son algunos de los hallazgos que guiaron la toma de decisiones para implementar acción con respecto a qué problemas y con qué grupos se tendría que intervenir de manera prioritaria en la comunidad, en el contexto escolar y en el contexto clínico.

**2. Jerarquización de problemas**

De acuerdo con las recomendaciones de algunas guías (p.e. Bartholomew et al., 2016; Curran et al., 2008), y con base en la evaluación diagnóstica y de algunos datos derivados del trabajo con grupos de adolescentes y padres en ambientes escolares y clínicos por algunos años (Barcelata et al., 2020; Rodríguez et al., 2021), se jerarquizaron los problemas y paso seguido se priorizaron también grupos de beneficiarios para trabajar.

**3. Selección de grupos blanco o beneficiarios**

Se consideró prioritario trabajar con grupos de adolescentes de 12 a 18 años y padres en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica y/o con múltiples vulnerabilidades (p.e económicas, psicosociales, cognitivas, entre otras), que se detectaron con riesgos específicos (p.e. ansiedad, depresión, estrés, malestar emocional en general, estrategias de afrontamiento no adaptativas, gestión de emociones disminuida y funcionamiento familiar vulnerable).

Se estableció un objetivo general que orientara el diseño de un modelo a partir de la identificación básicamente, de quiénes (participantes) y dónde (escenarios), para definir el qué, el alcance y el cómo se iba a trabajar, considerando los recursos en un determinado contexto (escolar y clínico).

## FASE 2. Elección de problemas, niveles y tipos de atención y objetivos

Esta fase estuvo orientada a **1. seleccionar los problemas prioritarios a atender, 2. niveles y modalidades intervención, y 3. establecimiento de los objetivos**.

**1. Selección de problemas prioritarios**

Con base en la evaluación diagnóstica se determinaban los problemas prioritarios, principalmente, de acuerdo con los siguientes criterios: 1. Factores de riesgo/problemas; 2. Frecuencia y/o severidad de los problemas, 3. Grupos de adolescentes y padres involucrados.

De los factores de riesgo y protección encontrados en la evaluación diagnóstica, se priorizaron los temas de salud mental a atender. La evaluación en su mayor parte, en el contexto de la pandemia por COVID-19 (OMS, 2020), evidenció el aumento de algunos problemas emocionales y de conducta, como el estrés, ansiedad, sintomatología depresiva, e impulsividad, que como se mencionó se convirtieron en motivo de solicitud de atención psicológica por parte de los y las adolescentes y padres de la comunidad de la zona en la que se iba a trabajar (Barcelata et al., 2021).

Se seleccionaron las problemáticas a intervenir, el nivel y el tipo de intervención de acuerdo con la naturaleza de los factores de riesgo y el grado de severidad y su frecuencia, con base en la evidencia previa mostrada por el grupo de colaboradores de proyectos de investigación PAPIIT de acuerdo a la línea de investigación mencionada (Barcelata et al, 2023).

**2. Especificación de niveles y modalidades de atención**

A partir de los problemas seleccionados, se pudieron establecer niveles de atención de acuerdo con los escenarios de manera simultánea, delimitar grupos particulares de beneficiarios y tipo de intervención requerida con objetivos generales y particulares para el diseño de una propuesta o modelo global de intervención para adolescentes y padres. Se desarrollaron, programas particulares y específicos con modalidades presencial o en línea con base a la demanda de atención (p.e. durante el confinamiento por COVID-19, la modalidad en línea fue priorizada), llevados a cabo a pequeña escala con grupos reducidos en escenarios escolares y clínicos.

**3. Establecimiento de objetivos del modelo/programa(s)**

Se establecieron objetivos generales, particulares y específicos que guiara la construcción de un modelo global de intervención. Los objetivos particulares y específicos fueron planteándose conforme al grupo particular de beneficiario (adolescentes/padres), problemas, alcance y contenidos de cada uno de los programas como se mostrará más adelante.

## FASE 3. Revisión sistemática, selección de enfoques y métodos para el diseño de la intervención

La fase 3 se enfocó primordialmente en el diseño e implementación y evaluación de la intervención, con base en la evidencia encontrada en investigación previa (p.e. Barcelata et al., 2020), y por evidencia de la literatura internacional, de acuerdo a las recomendaciones para diseñar e implementar intervenciones (Bartholomew et al., 2011; Moreno y García, 2017) a fin de diseñar intervención viable a la población.

**1. Revisión sistemática de la literatura**

Se llevaron a cabo revisiones sistemáticas de la literatura sobre propuestas de intervención para adolescentes y padres, con base en los estándares de la declaración PRISMA (De León-Casillas, et al., 2020; Page et al., 2021; Urrútia y Bonfill, 2010), aplicando la estrategia o formato de búsqueda de información denominada PICO (*Pacient-Intervention-Conduct-Outcomes*) para la identificación, cribado, evaluación y selección de los estudios (Eriksen y Frandsen, 2018). Esto permitió dirigir la búsqueda de información relevante sobre programas o modelos de intervención con "pacientes" o grupos de interés similar a nuestros grupos de beneficiarios y con problemáticas parecidas; tipos de intervención (incluidos enfoques y/o modelos), tipo de diseños utilizados, indicadores para la comparación del cambio, y los resultados obtenidos.

Este proceso se llevó a cabo una vez que se establecieron los programas de intervención prioritarios a desarrollar dadas las problemáticas identificadas con investigación previa y los motivos de consulta a una clínica universitaria de la UNAM, sede de un programa de atención de adolescentes. Dichas revisiones se hicieron a través del uso de la Biblioteca Digital de la Universidad Nacional Autónoma de México (BIDI-UNAM), en buscadores específicos como *OVID, EBSCOhost y PubMed*; Se introdujeron los términos MeSH (text words): "intervention", "psychotherapy", "psychoeducation", "adolescents", "anxiety", "depression"; usando los operadores boleanos "AND" y "OR": ["Intervention OR "Psychotherapy" OR Pychoeducation"] AND ["Adolescents" OR "Child" OR "Youth"] AND "Anxiety" OR "Depression".

La Figura 17 muestra un ejemplo del esquema de una de las búsquedas realizadas para el desarrollo de programa de intervención para ansiedad con adolescentes. Los resultados de la búsqueda se presentan en un cuadro anexo al final de este libro, los cuales indican que la mayor parte de las intervenciones reportadas son de corte cognitivo-conductual y sistémicas, principalmente.

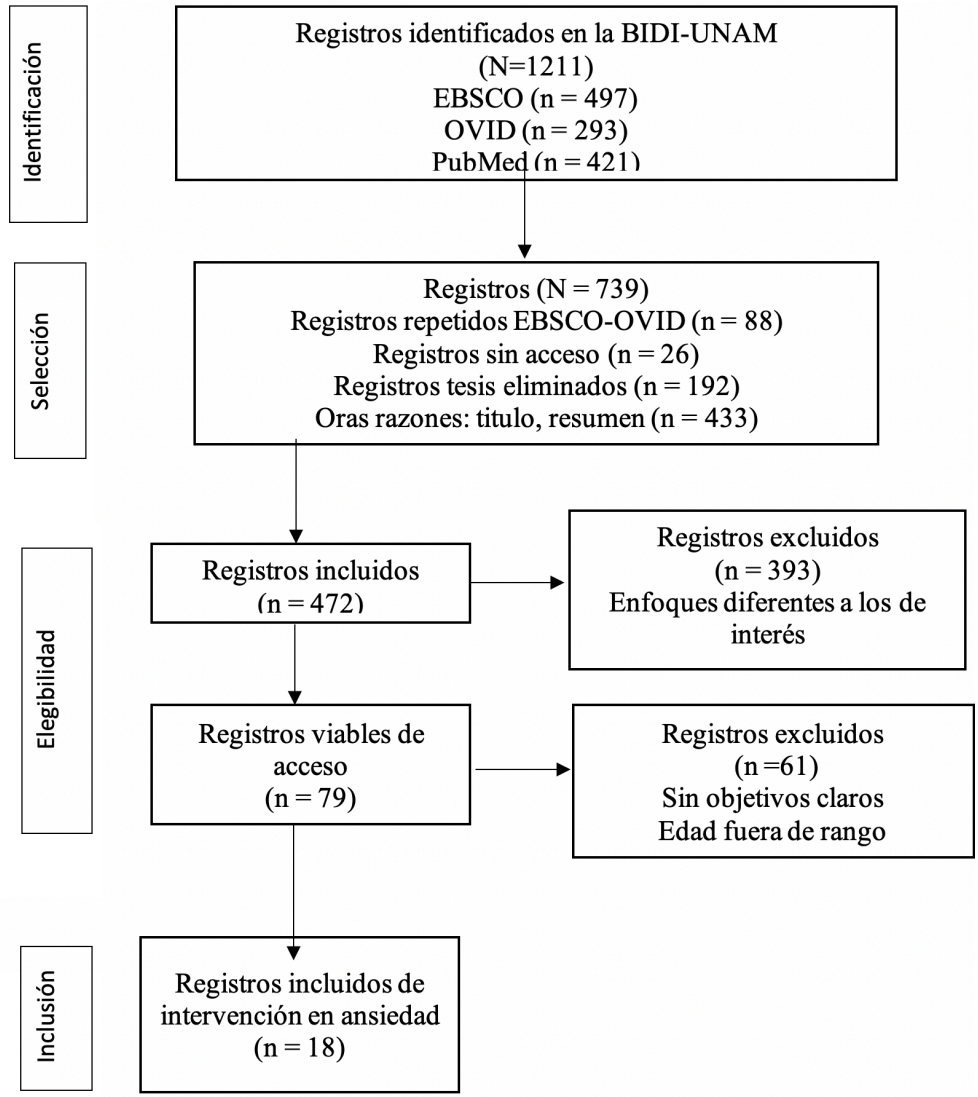



**Figura 17.** Algoritmo de búsqueda de evidencia con base en PRISMA y PICO.

*Fuente:* Elaboración propia de la autora.

De todas las intervenciones, las realizadas con el enfoque C-C, en general están basadas en evidencia, y son la que muestran datos de eficacia con adolescentes (p.e. Osborns et al., 2020; Ransing et al., 2017; Santomauro et al., 2016; Schleider y Weisz, 2016; Spence et al., 2016; Weisz et al, 2017). Las intervenciones más reportadas del enfoque sistémico. son las realizadas con el enfoque centrado en soluciones en sus diversas variaciones (p.e. Carr, 2019; Eskin et al, 2008; Paauw et al., 2019; Zhang, 2021), ya sea de corte integrativo (Pinsof, 2016), o siguiendo de manera más fiel las estrategias planteadas por De Shazer (1996) y De Jong e Insoo-Kim (2008). Asimismo, se observa la aplicación de intervenciones con enfoques integrativos para el trabajo con adolescentes con diversas problemáticas; por ejemplo, para la prevenir y reducir la ansiedad y depresión (p.e. Arango-Prado et al., 2024; Kwok et al., 2022; Odgers et al., 2020; Young et al., 2020); con riesgo suicida y (Kanine et al., 2023) junto con la reducción de trastornos del sueño (Ding y Yao, 2020); para déficit de atención depresión y ansiedad (Brunstein-Klomek et al., 2017), así como intervenciones para depresión y violencia (Raney eta l., 2018).

**2. Selección de métodos y enfoques**

La selección de los métodos y enfoques de intervención estuvo basada considerando tres criterios centrales: 1. La evidencia encontrada a través de la búsqueda sistemática sobre los métodos de intervención para atender problemas similares en participantes similares; 2. Las características de los colaboradores con respecto al manejo de los enfoques y métodos de intervención, incluyendo las competencias y la experiencia en la práctica clínica para el desarrollo de la intervención; 3. La compatibilidad de los enfoques y métodos de intervención que han mostrado evidencia de su utilidad en la práctica en ambientes naturales y la posibilidad de probar nuevas formas de intervención con grupos vulnerables; 4. Los problemas prioritarios identificados en grupos de adolescentes y padres.

**3. Integración de métodos y enfoques**

En consideración a la pertinencia de integrar enfoques y métodos de intervención, que se traduzcan en un programa general estructurado que integre de manera holística dichos métodos y enfoques, se trabajó una propuesta de un enfoque integrativo, condensando como se mencionó, principios y estrategias del MTT, EM, y TBCS (Modelo Integrativo de Intervención con Adolescentes [MIIA]), como marco de referencia para un modelo global de intervención que implica el trabajo paralelo o sincrónico con adolescentes y padres en congruencia con las premisas del modelo ecológico-sistémico. Se especifican niveles,

que tenga un carácter integral, que asuma una perspectiva preventiva y que también se atiendan las problemáticas de salud emergentes, prioritariamente de los grupos de riesgo, ya que a pesar de que no necesariamente presentan problemas severos, son problemas que potencialmente pueden escalar si no son atendidos de manera oportuna teniendo posibles consecuencias a mediano plazo en otras etapas del desarrollo.

**4. Diseño e implementación de la intervención**

Finalmente, con base en un enfoque integrativo, se elaboró una propuesta que implica un modelo global de evaluación-intervención, del cual se desprenden programas para adolescentes y para padres, con programas de intervención específicos atendiendo a las principales problemáticas y riesgos detectados en la fase de evaluación diagnóstica de adolescentes y padres. Implícito en el proceso de evaluación-intervención se calcula la evaluación de las intervenciones específicas y de todo el modelo global.

En el siguiente apartado se presenta, las premisas de marco teórico-metodológico, así como el modelo ecológico de evaluación y de intervención, como también los programas particulares y protocolos específicos para adolescentes y los padres, basados en la evidencia.

## Modelo Ecológico-Sistémico de Intervención Integrativa para Adolescentes (MESIIA)

Como se mencionó la adaptación puede considerarse como un producto o el resultado de la interacción de diversos factores de riesgo y de protección a lo largo de los diferentes sistemas ecológicos, unos de índole proximal (p.e. individuo, familia, escuela) y otros de carácter distal (p.e. sociedad-cultura, sistemas de salud, educación). Su combinación puede confluir en un equilibro o desequilibro dando paso a la adaptación adolescente de acuerdo con un contexto. En este sentido la adaptación puede verse como un proceso dinámico que puede fluctuar de mayor a menor adaptación en términos de qué tan funcional o disfuncional es para el adolescente, para su familia y para sistemas ecológicos más amplios. El ***Modelo Ecológico-Sistémico de Intervención Integrativa para Adolescentes*** **(MESIIA**), es un modelo de mayor inclusividad que conlleva tanto la evaluación diagnóstica como la intervención misma dentro de un continuo, aunque por cuestiones “didácticas” aquí se presentan como dos modelos separados.

**Modelo Ecológico-Sistémico de Evaluación Proximal del Adolescente (MESEPA)**

El modelo de evaluación diagnóstica Modelo Ecológico-Sistémico de Evaluación Proximal del Adolescente, que aquí se describe se inserta en el modelo global de intervención integrativa para adolescentes (MESIIA), que contempla la evaluación diagnóstica como parte de la intervención, la cual tiene un carácter permanente en la medida de que retroalimenta a la intervención misma.

La Figura 18 presenta un esquema de un modelo de evaluación diagnostica denominado "*Modelo Ecológico-Sistémico de Evaluación Proximal del Adolescente*" (MESEPA), que se enfoca en las variables proximales centrales que se tendrían que explorar en poblaciones vulnerables de adolescentes y familias, de acuerdo con los hallazgos de investigación que se han mencionado en párrafos anteriores, incluidos el sistema individual del adolescente y sistema parental.

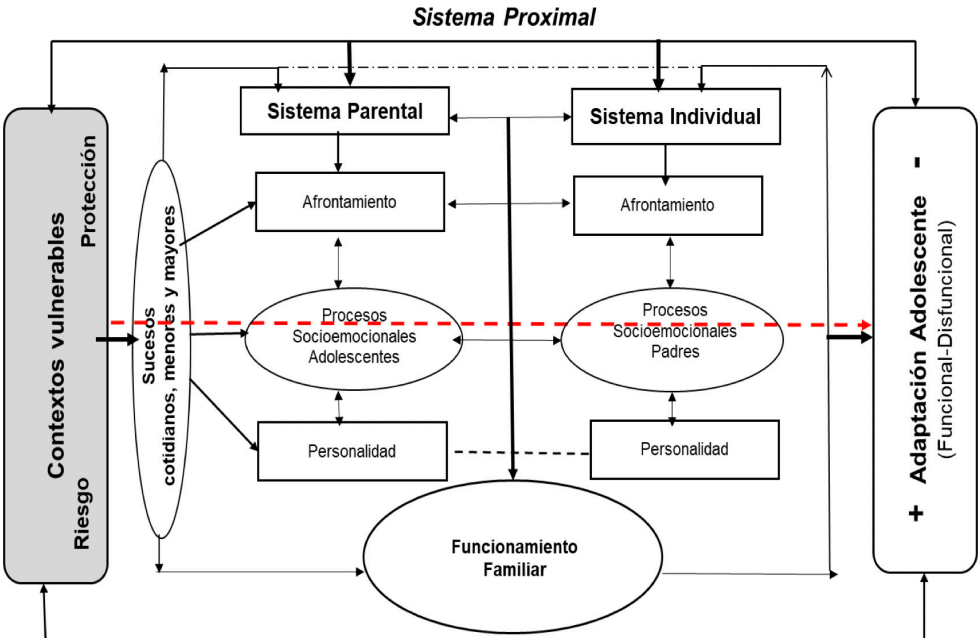



**Figura 18.** Modelo ecológico-sistémico de evaluación proximal del adolescente.
*Fuente:* Elaboración propia de la autora.

Se aprecia en primer término como variable contextual la vulnerabilidad que atraviesa (línea roja), todo el sistema proximal, impactando al sistema individual a través de la familia y que puede influir directa o indirectamente en el proceso de adaptación del adolescente.

Como variable de entrada, más que contextual, se encuentran los sucesos cotidianos, menores, y mayores que frecuentemente son fuente de estrés y que son característicos de ambientes de vulnerabilidad (Felner & DeVries, 2013; Sameroff, 2013). Los sucesos pueden ser percibidos y experimentados como estresantes o no estresante, dependiendo de la valoración de los recursos con los que se cuentan, aun en situaciones críticas como la pandemia por COVID-19 (Barcelata et al., 2021), activándose estilos y estrategias de afrontamiento que pueden ser productivas o no productivas en los y las adolescentes (Rodríguez et al., 2021), como en los padres (Barcelata et al., en prensa; Barcelata y Montalvo, 2023), por lo que pueden tener un impacto directo o indirecto en la adaptación del adolescente ya sea a través de la familia, en especial los padres o a través de la vivencia y valoración directa del suceso por parte del adolescente.

En el modelo se aprecia que los procesos socioemocionales tanto a nivel individual como parental ocupan un lugar central en la evaluación, por lo que se evalúan variables como la regulación emocional, la inteligencia emocional y su uso, así como las manifestaciones de competencias socioemocionales, como la dureza emocional, también considerado como un rasgo temprano de personalidad antisocial en adolescentes por su interrelación con otras características sociopáticas (Aranda, 2021; García, 2021), que podrían tener consecuencias negativas en la adaptación de los y las adolescentes (Barcelata y Rodríguez, 2021; Rodríguez et al, 2021), como en los padres, estableciéndose una relación dialéctica, considerando la mayorías de estas variables se gestionan en un ámbito relacional a partir de un proceso de co-regulación hijos-padres (Breaux et al., 2021).

El afrontamiento es otra variable básica que se propone forme parte de todo proceso evaluativo de los y las adolescentes y padres de contextos vulnerables, dada su influencia y papel mediador entre los sucesos estresantes característicos de los ambientes vulnerables, y la capacidad de adaptación, como se observó en algunos de los modelos explicativos probados en el transcurso de esta investigación (p.e. Montalvo, 2023; Rodríguez et al., 2021a). Habría que reiterar que el afrontamiento funcional puede ser un amortiguador de las circunstancias estresantes cotidianas o contrariedades que pueden ser mucho más nocivos para la salud emocional de los adolescente y padres, incluso un suceso mayor vital como la pérdida de un familiar.

La personalidad, más explorada en los y las adolescentes que en los padres es otro aspecto importante a evaluar que se encontró asociada tanto a la inteligencia emocional como a la dureza emocional, así como a estrategias de afrontamiento funcionales y disfuncionales, dependiendo de los patrones de personalidad, por ejemplo, extraversión o introversión (Aranda, 2021; García, 2021; Rodríguez et al., 2020).

Otro factor esencial del sistema proximal incluida la familia, es el funcionamiento familiar. A través de la familia se conectan, se matizan, y se significa la vida de adolescentes y padres; se constituye en el espacio relacional en que se expresan la emociones, se configuran patrones comportamentales, se manifiestan, y se afrontan los problemas. De acuerdo con los resultados de evaluación, el funcionamiento o dinámica familiar es un factor fundamental explorar tanto desde la perspectiva de los adolescentes como de los padres, dado su posible rol de riesgo o de protección ante problemas serios como las autolesiones que se encontraron (Ibañez, 2021), o las dinámicas familiares alteradas cuando se tienen hijos con algún trastorno emocional (Montalvo, 2023).

Finalmente, el modelo plantea como una salida o resultado la adaptación del(a) adolescente (aunque también se valore la adaptación o ajuste psicológico de los padres como una variable de entrada o mediadora), la cual se puede medir a partir de múltiples indicadores observables o no directamente observables como los autoinformes, los reportes de padres o familiares, entre otros. La combinación de estas variables influirá en la forma en que el adolescente se adapta, ya sea más o menos positiva o funcional, debido a que representan procesos complejos que pueden adoptar un papel de riesgo o de protección, dependiendo de las condiciones de los contextos particulares en donde los y las adolescentes viven.

Como cualquier propuesta este modelo tiene un carácter preliminar ya que los procesos adaptativos son multifactoriales y pueden generar variabilidad en las trayectorias del desarrollo y de sus resultados a lo largo del tiempo. Sería necesario evaluar muchas otras variables como el apoyo social, relacionada con la adaptación tanto de los y las adolescentes como de los padres, para tener un cuadro más completo de cómo se relacionan con los grados, niveles y formas de adaptación de los y las adolescentes en contextos vulnerables. Sin embargo, los elementos planteados en el modelo se consideran básicos cuando se trabaja con grupos de adolescentes y familias vulnerables. Sin embargo, se subraya la utilidad de partir de un modelo global de evaluación diagnóstica para elaborar propuestas de intervención.

**Modelo Ecológico-Sistémico de Intervenciones Integrativas para Adolescentes (MESIIA)**

En primer lugar, hay que recordar que la perspectiva ecológica-sistémica (E-S), del desarrollo humano sobre la adolescencia, representa el marco general de mayor inclusividad ya que integra diferentes enfoques tanto teóricos como metodológicos y epistémicos para la comprensión de la adolescencia. Así con base en los hallazgos derivados del MESEPA se construyó la propuesta del MESIIA.

El **modelo de intervención** denominado "*Modelo Ecológico-Sistémico de Intervenciones Integrativas para Adolescentes*" (MESIIA), como se mencionó, se ubica desde la perspectiva E-S y parte de algunos de sus postulados generales, con los que se aliena la postura adoptada en este trabajo, de los cuales se resaltan los siguientes:

1. Las trayectorias del desarrollo, la adaptación y bienestar dependen de la interacción dinámica entre diferentes factores de riesgo-protección que se presentan en los diferentes sistemas ecológicos en los cuales transita el adolescente (Cicchetti, 2010).
2. La adaptación es un proceso dinámico que se puede ubicar dentro de un continuo que va de más a menos y que puede cambiar a lo largo del tiempo y en función de un contexto (Lerner, 2018; Masten, 2014; Ungar, 2021).
3. La adolescencia es una etapa que representa retos y desafíos internos y externos, pero también es una etapa plena de recursos y oportunidades más que de déficits (Lerner et al., 2015).
4. La adolescencia no es necesariamente una etapa tormentosa y estresante (Arnett, 1999).
5. Cada adolescente es singular, así como las dinámicas "ecológicas" en las que se desarrolla.
6. La familia es un sistema abierto en constante transformación que forma parte de la ecología proximal del adolescente (Bronfenbrenner, 1979).
7. La familia puede ser un riesgo o de protección para los y las adolescentes de acuerdo con las interacciones con sistemas externos más amplios y con los subsistemas internos.
8. La familia cuenta con recursos que pueden ser identificados, activados y fortalecidos a través de la intervención para aumentar su capacidad adaptación y funcionamiento de acuerdo con un contexto (Masten, 2018; Walsh, 2016).

Siguiendo esta línea, un primer paso fue elaborar una propuesta de un enfoque integrativo que se constituya en un marco referencial que le dé sustento a una intervención breve con adolescentes que incluyera de forma paralela a los padres, considerandos como un factor proximal fundamental en la adolescencia.

**Modelo Integrativo: Fundamentos teórico-metodológicos**

Los fundamentos teórico-metodológico de un modelo de intervención con adolescentes MESIIA, se nutren principalmente de las premisas, principios y constructos de tres enfoques de intervención particulares (MTT, IM, y TBCS), los cuales no solo proporcionan un sustento teórico sino que muestran evidencia empírica de la utilidad de sus estrategias y técnicas en la intervención ante diferentes problemáticas con adolescentes y familias, lo cual se corroboró a partir de una búsqueda sistemática (PICO; Eriksen y Frandsen, 2018), informada previamente.

Además, como se mencionó la presente propuesta parte de los resultados de las acciones de evaluación e intervención a nivel primario y secundario, tanto en el ámbito escolar como en el ámbito clínico, con diferentes grupos normativos, clínicos y subclínicos, en el que se han realizado intervenciones de carácter universal y selectiva, con adolescentes entre 12 a 18 años, la mayoría estudiantes de secundarias y bachilleratos y con grupos de padres de familia de zonas marginadas. a partir de la atención a adolescentes y familias que aceptar colaborar en los protocolos de investigación, dentro de un programa de atención de primer nivel a adolescentes y familias.

De acuerdo con estas consideraciones se asumió un enfoque integrativo para la intervención con adolescentes. Como se aprecia en la Figura 19, el modelo integrativo de intervención para adolescentes (MIIA), es un modelo basado principalmente en las premisas básicas que comparten los enfoques interventivos ya descritos: Modelo Transteórico (MTT), Entrevista Motivacional (EM), y el enfoque ecológico-sistémico (E-S), en específico la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS), integrando algunas de sus estrategias y técnicas, en un todo, siguiendo con especial atención al trabajo con adolescentes de los tres enfoques con adolescentes (Le Grange et al., 2007; Pinsof, 2005; Selekman, 1993; 2015).

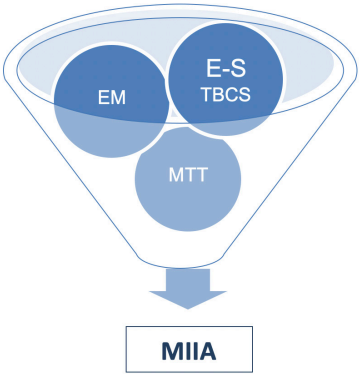



**Figura 19.** Esquema conceptual del modelo integrativo para la intervención con adolescentes.

*Fuente:* Elaboración propia de la autora.

A partir de la fusión de estos tres enfoques de intervención, el **MIIA** guía acciones de salud mental en diferentes niveles de atención en escenarios escolares y clínico dirigidas principalmente a los y las adolescentes, que integra a padres en la medida de lo posible, dada su importancia en el bienestar emocional o problemas de sus hijos, como se ha mencionada reiteradamente.

El **MESIIA** incluye métodos particulares de acuerdo con nivel de intervención ya sea para adolescentes y/o padres como se describe posteriormente. Las intervenciones de carácter universal se llevan principalmente en los escenarios educativos y el objetivo está en la prevención, mientras que las de carácter selectivo, se realizan frecuentemente en un escenario clínico, pero pueden llevarse a cabo tanto en las escuelas como en clínicas de primer nivel con servicios psicológicos a adolescentes, familias y/o grupos de ellos identificados en riesgo por sus niveles de problemas emocionales y de conducta.

Se enfatiza, que el *Modelo Ecológico-Sistémico de Intervenciones Integrativas para Adolescentes* (**MESIIA**), que aquí se presenta, constituye una propuesta global que como se ha reiterado, tiene como marco el **MIIA,** que guía en particular el diseño de un modelo global de intervención del cual se desprenden programas para adolescentes que incluya a padres en condiciones de vulnerabilidad (p.e. bajos recursos económicos, baja escolaridad, desempleo, enfermedad crónica, problemas emocionales en alguno de los padres).

**El MESIIA: Objetivo, niveles y ámbitos de intervención**

El **objetivo general** del **MESIIA** es proporcionar un servicio que promueva, proteja, fortalezca y/o restablezca la salud y el bienestar emocional de los y las adolescentes, que incluya a los padres, a través de intervenciones psicológicas universales, selectivas o indicadas implementadas en un escenario escolar o clínico de primer nivel de atención que fortalezcan los procesos interventivos con los y las adolescentes de entornos vulnerables. Este objetivo parte de la definición de la OMS (2022, p. 22), de la salud mental como *"estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad*", así como de las consideraciones que hace del apoyo a la salud mental y psicosocial como cualquier tipo de apoyo local o externo cuyo objetivo es proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o tratar los trastornos de salud mental.

Con base en este objetivo general y las recomendaciones de la APA (2002), la Figura 20 muestra el esquema del MESIIA, con intervenciones integrativas con niveles, tipos, y

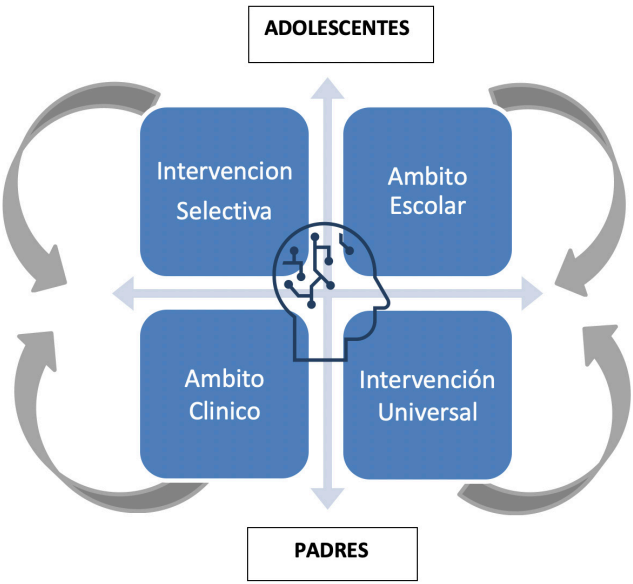



**Figura 20.** Modelo Ecológico-Sistémico de Intervenciones Integrativas para Adolescentes (MESIIA): Matriz de tipos de intervención, escenarios y poblaciones blanco.
*Fuente:* Elaboración propia de la autora.

escenarios de acción con adolescentes y padre; ya sean sea universales o selectivas se pueden llevar a cabo en ámbitos escolares como clínicos de acuerdo con los factores de riesgo y protección. Las estrategias generales utilizadas serían la psicoeducación y la psicoterapia y mixtas, conforme objetivo y el alcance de las intervenciones.

Todas las intervenciones para adolescentes y/padres se fundamentan en el **MIIA,** ya sea que se utilicen estrategias con fines psicoterapéuticos o psicoeducativos de aprendizaje y reaprendizaje sobre aspectos básicamente socioemocionales.

El **MESIIA**, por tanto, propone tres tipos de intervención: la **intervención universal** con estrategias psicoeducativa; **intervención selectiva** con estrategias mixtas como la psicoeducación y la video-reflexión**; e intervención indicada,** con el uso de estrategias básicamente psicoterapéuticas. Todas las intervenciones pueden ser realizadas en **modalidad presencial, en línea, o híbrida**, de acuerdo con las posibilidades y condiciones de los y las adolescentes, pudiéndose realizar bajo un encuadre individual, familiar o grupal, o dependiendo de la disponibilidad e infraestructura de los escenarios.

**Intervención universal**

El **objetivo general** de la intervención universal para los y las adolescentes y padres es básicamente de promoción y prevención del bienestar emocional, por tanto en este caso es sensibilizar y concientizar sobre la importancia de mantener la salud emocional y física en esta etapa, los posibles riesgos que existen y las medidas de protección que se pueden llevar a cabo para evitar el surgimiento de problemas emocionales y de conducta durante la adolescencia, en su calidad de adolescentes y en los padres. Por esto se realiza prioritariamente en los escenarios escolares, pero también, se puede realizar en un escenario clínico comunitario, como fue en el caso de un programa que se llevó a cabo en una clínica universitaria de primer nivel.

Las estrategias que se priorizan en este tipo de intervención son las derivadas principalmente de las IM y las del enfoque centrado en solución de problemas que son aplicables a contextos educativos y como estrategias que pueden utilizarse en la psicoeducación. Se constituyen en el fundamento de todo proceso psicoeducativo ya que permite aumentar el nivel de conciencia sobre una situación determinada y permite involucrar a los y las adolescentes en el proceso psicoeducativo en el cual a través de preguntas reflexivas pueden dimensionar diversas situaciones que se le presentan a los y las adolescentes.

**Número de sesiones:** La intervención psicoeducativa puede variar de 4 a 10 horas de 120 minutos, conforme a los objetivos de los programas, los contenidos, considerando también variables de tipo contextual, como condiciones y disponibilidad de los horarios y espacios de las instituciones educativas y de salud, como también las posibilidades de participación de las adolescentes y/o de los padres.

**Intervención selectiva**

El objetivo general de la intervención selectiva es reducir el riesgo de que las conductas problemáticas escalen a mayor nivel de severidad y se promueva el cambio hacia conductas más saludables. En este caso se implementan estrategias y técnicas derivadas de los tres modelos MTT, IM Y TCBS, descritos en el capítulo anterior, cuya fusión resulta útil con adolescentes, que son especialmente renuentes a asistir a psicoterapia y cuya adherencia terapéutica suele ser baja. En este sentido las estrategias y técnicas derivadas del MTT y de la IM son la base a lo largo de todo el proceso terapéutico especialmente en las primeras sesiones para establecer empatía, lograr alianzas, "enganchar" e involucrar a los y las adolescentes en el proceso fortaleciendo la adherencia al tratamiento. Estas estrategias al combinarse con otras derivadas de la TBCS generan sinergia de forma tal que la identificación del problema y los intentos de solución, permiten buscar de manera colaborativa soluciones a un "problema" o situación problemática bien definida.

**Metas y objetivos terapéuticos**. Se propone una meta terapéutica y objetivos terapéuticos, en función de la problemática detectada en colaboración con los o las adolescentes conforme a lo cual se elaboran planeaciones terapéuticas. Se planean las sesiones y se establecen objetivos particulares para cada sesión. Esto permite valorar la evolución del proceso de cambio, generando indicadores de la evolución, mejoría o cambio de la situación.

**Número de sesiones:** Se trata de intervenciones breves por lo que todo el proceso completo puede llevarse a cabo, dependiendo del protocolo específico, entre 6 a 16 sesiones.

**Intervención indicada**

El **objetivo general** es promover el cambio hacia la reducción de una problemática delimitada a través de las estrategias derivadas de los tres modelos MTT, IM Y TCBS,

de cuya fusión resultan útiles con adolescentes, que son especialmente renuentes a asistir a psicoterapia y cuya adherencia terapéutica suele ser baja. En este sentido las estrategias y técnicas derivadas del MTT y de la IM son la base a lo largo de todo el proceso terapéutico especialmente en las primeras sesiones para establecer empatía, lograr alianzas, "enganchar" e involucrar a los y las adolescentes en el proceso fortaleciendo la adherencia al tratamiento. Estas estrategias al combinarse con otras derivadas de la TBCS generan sinergia de forma tal que la identificación del problema y los intentos de solución, permiten buscar de manera colaborativa soluciones a un "problema" o situación problemática bien definida.

**Metas y objetivos terapéuticos**. Se propone una meta terapéutica y objetivos terapéuticos, en función de la problemática detectada en colaboración con los o las adolescentes conforme a lo cual se elaboran planeaciones terapéuticas. Se planean las sesiones y se establecen objetivos particulares para cada sesión. Esto permite valorar la evolución del proceso de cambio, generando indicadores de la evolución, mejoría o cambio de la situación.

**Número de sesiones:** Se trata de intervenciones breves por lo que todo el proceso completo puede llevarse a cabo, dependiendo del protocolo específico, en un promedio de 12 sesiones con posibilidad de cierre y reanudación del proceso.

Este modelo global intervención MESIIA, implica una propuesta binivel que incluye a adolescentes y padres para llevar a cabo intervenciones paralelas, con un enfoque integrativo, a través de dos programas particulares flexibles pero estructurados, relativamente independientes, pero vinculados entre sí, con el propósito en común, de proteger y mejorar el bienestar del adolescente (Figura 21). Un programa de intervenciones integrativas breves para adolescentes, con protocolos flexibles (Kendall y Frank, 2018), dadas las necesidades y problemáticas específicas de los y las adolescentes y con alcances terapéuticos, y B. Un programa de intervenciones integrativas breves padres de adolescentes con alcances psicoeducativos. De esta manera de los programas se derivan tanto intervenciones particulares como intervenciones específicas, con objetivos particulares y específicos, de acuerdo con la temática o problemática identificada, nivel, alcance y tipo de intervención, y escenarios escolares y clínicos para su implementación.

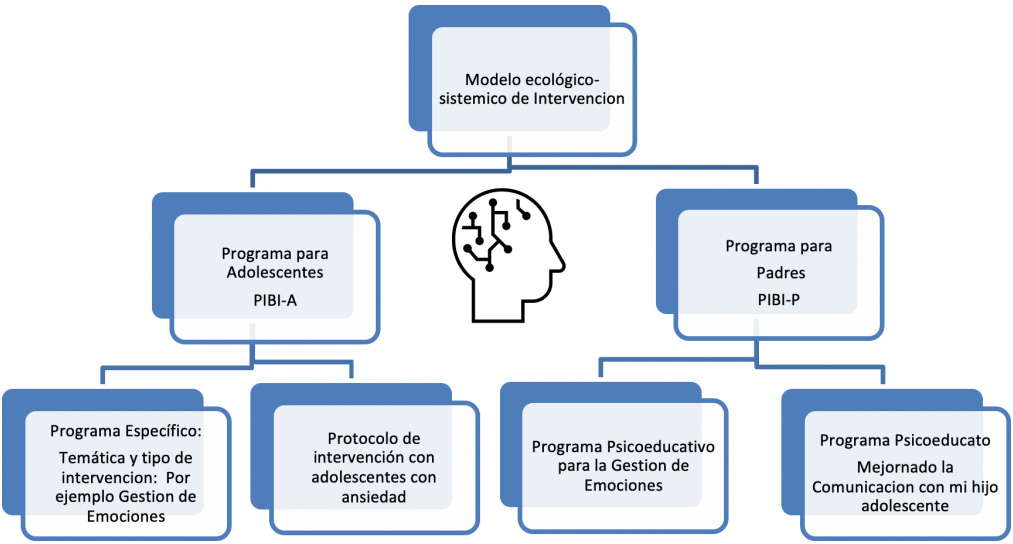



**Figura 21.** Modelo Ecológico-Sistémico de Intervenciones Integrativas para Adolescentes: Estructura de programas y protocolos.

Nota: PIBI-A=Programa de Intervención Breve Integrativa para Adolescentes; PIBI-P= Programa de Intervención Breve Integrativa para Padres.

*Fuente:* Elaboración propia de la autora.

**Programa de Intervención Breve Integrativa para Adolescentes**

A continuación de se presentan dos protocolos del **Programa de Intervención Breve Integrativa para Adolescentes (PIBI-A)** de tipo selectivo con adolescentes. Programa dirigido a muestra subclínica con diferentes tipos de problemas emocionales y de conducta (p.e. internalizados y externalizados), así como un protocolo de intervención integrativa de tipo indicado, con adolescentes con sintomatología ansiosa a partir de un tamizaje con una historia clínica particular y una lista de chequeo, los cuales se llevaron a cabo bajo un diseño pre-test /pos-test.

***Protocolo de Intervención Breve Integrativa Selectiva para Adolescentes con Problemas Internalizados y Externalizados***

Contexto: Como se reporta entre el 2020, cuando inició la pandemia por el COVID-19, a la fecha, se ha registrado un incremento de los problemas emocionales y de conductas

en población adolescente, así como factores de riesgo asociados al confinamiento por la pandemia. Un porcentaje alto de factores de riesgo se asociaron con el COVID-19 (Figura 22) como depresión, ansiedad, enojo y aburrimiento, todos ellos asociados a estrés y/o miedo, aunque no todos como el aburrimiento, se constituían propiamente problemas emocionales y de conducta. Con ello también aumentó la demanda de atención psicológica no presencial por lo que una de las primeras tareas para proporcionar un servicio de salud mental, fue desarrollar un modelo intervención psicológica en línea, en particular para adolescentes de bajos recursos económicos.

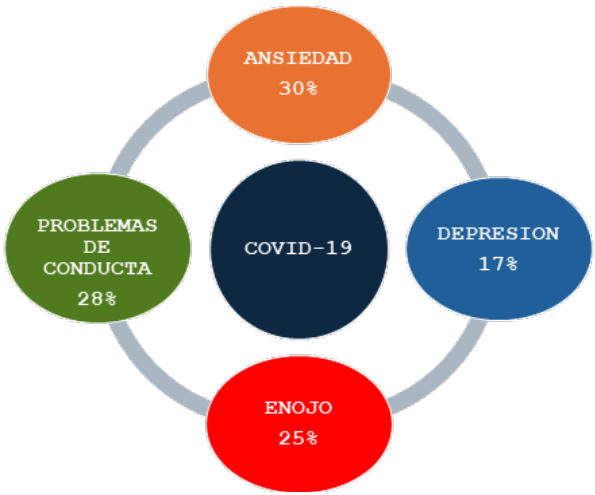



**Figura 22.** Recurrencia de conductas de riesgo asociadas a la pandemia por COVID-19 en un servicio de atención primaria de psicología.

*Fuente:* Elaboración propia.

Este protocolo fue diseñado a partir del MIIA para atender situaciones particulares asociadas con factores de riesgo que arrojó la Encuesta de Percepción Juvenil COVID-19, elaborada específicamente para identificar factores de riesgo y protección en tiempos de pandemia (Barcelata y Rodríguez, 2022), y de acuerdo a los motivos de consulta de mayor frecuencia en una clínica universitaria de carácter multidisciplinario de primer nivel de atención. Aunque puede ser considerada una intervención selectiva, los grupos presentaban diferentes tipos de problemas se le caracterizó como “universal”.

*Objetivo.* Es proporcionar intervención breve de manera virtual o presencial a los y las adolescentes que lo requieran y cubran con las especificaciones y dispositivos digitales para llevar a la práctica el proceso psicoterapéutico.

*Población blanco:* Adolescentes de 12 a 18 años escolarizados o no escolarizados, considerados como un grupo de riesgo porque presentan algún tipo de problema emocional y/o de conducta. Aunque no presenten un diagnóstico, generalmente son referidos por alguna autoridad de la escuela, son llevados por sus padres, o acuden por decisión propia porque sus características y comportamiento representan un problema ya sea por ellos, sus padres y/o profesores.

*Indicaciones:* Este protocolo podría llevarse a cabo con adolescentes de 13 a 18 años que presentan conductas internalizados (p.e. síntomas de ansiedad, depresión, retraimiento, quejas somáticas, alteraciones de sueño) y de carácter externalizado (p.e. rompimiento de reglas, agresividad, impulsividad). Los motivos de consulta (Figura 23), reportados en la solicitud de servicio más frecuentes fueron ansiedad, nerviosismo, problemas con manejo de emociones, retraimiento, baja autoestima, aislamiento, problemas de conducta en casa, todos asociados al estrés.

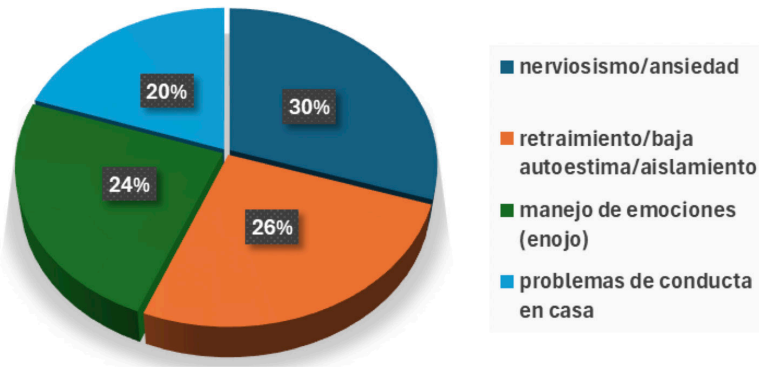



**Figura 23.** Motivos de consulta durante el confinamiento por pandemia por COVID-19.

*Fuente:* Elaboración propia.

*Modalidad de intervención:* Este protocolo se puede llevar a cabo de manera presencial o en línea. Dadas las limitaciones de transportación, tiempo y/o distancia, a veces es más viable para los y las adolescentes y para sus padres recibir una intervención en línea. La evaluación sistémica inicial se puede realizar también de manera presencial con la aplicación de baterías con instrumentos en cuadernillos impresos o se puede realizar totalmente en línea a través de formularios Google ® que en este ejemplo que se presenta, fueron desarrollados exprofeso. Se aplicó un formulario de tamizaje para evaluar la viabilidad de consulta en línea, un consentimiento y asentimiento informados, dos encuestas de evaluación multifactorial para adolescentes y padres.

*Procedimiento de intervención:* En el caso que aquí se reporta, el proceso de atención fue totalmente en la modalidad en línea, con el uso de medios digitales como FaceBook, plataformas Zoom y Google Meet, whatsapp y formularios de Google-Form®. El procedimiento (Figura 24), abarcó desde la convocatoria para la recepción de adolescentes con problemas emocionales y de conducta (externalizados e internalizados) hasta el cierre o fin de la intervención terapéutica, mediando previamente un proceso de tamizaje tanto para identificar la viabilidad de llevar a cabo la intervención en línea y cubrir con

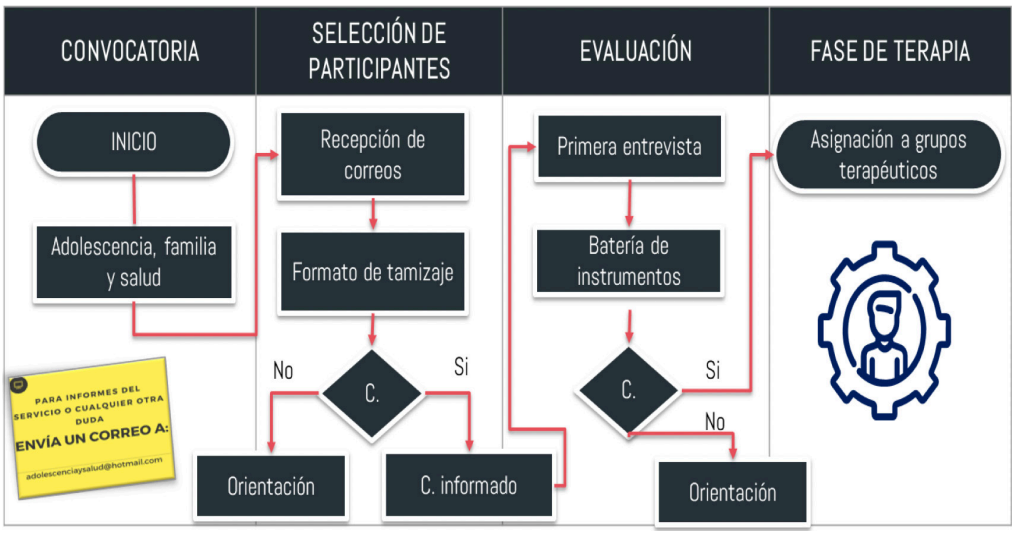



**Figura 24.** Flujograma del Protocolo de Intervención Breve Integrativa para Adolescentes con Problemas Internalizados y Externalizados.
*Fuente:* Adaptado de presentaciones en eventos científicos (Barcelata, Elías y Montalvo, 2021; Barcelata y Montalvo, 2022).

los criterios de inclusión para ingresar al protocolo de intervención. La intervención se llevó a cabo través de la formación de un equipo terapéutico formado por un terapeuta, coterapeuta y un supervisor.

*Estrategias y técnicas de intervención principales*: El PIBI-A, desde una perspectiva sistémico-ecológica, basado en el MIIA, utiliza estrategias y técnicas como: escucha reflexiva (p.e. parafraseo, refraseo, resumen, reflejo emocional), escalas de disposición al cambio (p.e. rueda del cambio), plática motivacional, balanza del cambio, pregunta del milagro, preguntas de escala, búsqueda de excepciones, así como la inclusión de metáforas a partir de cuentos, películas, video juegos y dichos que asuman un significado en el contexto de los y las adolescentes.

*Encuadre y duración de la intervención*: Este protocolo se puede llevar de forma individual y/o grupal, consta de 14 sesiones de 90 minutos realizadas en grupos de 2 a 6 mujeres y hombres adolescentes de 13 a 18 años.

*Limitaciones*: La demanda de atención indica la necesidad de atender y dar seguimiento a muchos adolescentes en línea. Las limitaciones o alcance propio de los servicios de salud universitarios no alcanzan a cubrir la demanda de la población que se ha incrementado por la pandemia y el confinamiento, por un lado, y por otro, la población blanco, con la cual se trabajó y desarrolló el presente protocolo, a veces no cuentan con todos los dispositivos digitales para acceder a un proceso psicoterapéutico en línea.

***Protocolo de Intervención Breve Indicada con Adolescentes con Sintomatología Ansiosa***

Ejemplo de un protocolo de intervención breve indicada grupal con adolescentes con sintomatología ansiosa de un servicio de atención psicológica de una clínica multidisciplinaria universitaria de primer nivel.

*Contexto:* Como se reporta entre el 2020 a la fecha, se ha registrado un incremento de los problemas emocionales y de conductas en población adolescente, así como la demanda de atención psicológica no presencial, por lo que una de las primeras tareas para cubrir con las necesidades de atención en salud mental, fue desarrollar un modelo intervención psicológica para adolescentes en línea, en particular de bajos recursos económicos. No obstante, los recursos digitales han permitido buscar nuevos esquemas de tratamiento para la atención de los chicos y chicas, aún de bajos recursos socioeconómicos.

Las mismas condiciones de la distancia social que implicó la pandemia hizo que especialmente durante el confinamiento fuera difícil que los problemas de salud mental se visualizarán a través de la demanda y atención de servicios de manera presencial, sin embargo, los procedimientos migraron a una modalidad en línea dada la complejidad para atender en un escenario de restricción física y social.

En suma, dado el incremento de los problemas asociados a estrés y ansiedad y siendo ésta uno de los que ocupa los primeros lugares en la epidemiología de salud mental de los y las adolescentes, lo cual coincide con los motivos de consulta y problemas de mayor frecuencia en la práctica clínica, la tarea fue desarrollar un protocolo exprofeso para atender este tipo de problemáticas.

Como parte de este escenario de transición del confinamiento a la presencialidad denominado "nueva normalidad", es que se presentan las demandas de atención psicológica y se desarrolla un protocolo de intervención indicada diseñado para trabajar de manera virtual, bajo las premisas generales del modelo sistémico, el uso al inicio, durante y al final de la intervención motivacional (IM) y priorizando las técnicas de la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS), que fusionados se alinean a las premisas generales del MESIIA.

Enfoque psicoterapéutico: Recordar que la terapia o enfoque centrado en soluciones entre otros aspectos positivos del proceso terapéutico, subraya la importancia de los recursos como la base para el cambio. En ese sentido coincide plenamente con la mirada positiva de los y las adolescentes la cual se comparte en este trabajo que resalta que éstos tienen que ser vistos más en función de sus recursos y no por sus déficits, lo que a su vez hace posible la aplicación del MIIA.

*Objetivo.* Proporcionar una intervención breve a adolescentes con sintomatología ansiosa que soliciten atención psicológica por niveles leves a moderados-altos de ansiedad, cuya meta sea reducir los niveles de sintomatología ansiosa.

*Población blanco:* Se incluyeron en este protocolo de manera intencional 16 mujeres de la Ciudad de México y área metropolitana de 13 a 18 años con problemas de ansiedad que solicitaron atención en un servicio de atención psicológica en una clínica universitaria de primer nivel. Aunque la convocatoria fue tanto para hombres como mujeres, solo participaron adolescentes que cubrieron con los criterios de inclusión: Contar con un

consentimiento y asentimiento informados, presentar solo sintomatología ansiosa (no comorbilidad), vivir en la zona metropolitana de la ciudad de México, y no estar cursando con algún otro tipo de tratamiento psicológico o médico.

*Modalidad de intervención:* La atención puede llevarse de manera presencial y/o de manera virtual con el apoyo de medios digitales como FaceBook, plataformas Zoom y Google Meet, whatsapp y formularios de Google. En este caso se llevó a cabo de forma virtual y se utilizaron principalmente FaceBook, SKpe, whatsapp y formularios de Google a través de la formación de un equipo terapéutico formado por un terapeuta, coterapeuta y un supervisor.

*Estrategias y técnicas de intervención principales*: Con base en el MIIA, se utilizaron prioritariamente técnicas de la TBCS (De Shazer, 1996; Selekman, 2015): como búsqueda de excepciones, la pregunta del milagro, preguntas de escala, normalización/reencuadre, combinadas con algunas técnicas del MTT y la IM, como el uso de escalas disposicionales, técnicas de escucha reflexiva, y afirmaciones.

*Indicaciones:* Este protocolo podría llevarse a cabo con adolescentes de 13 a 18 años que presentan conductas internalizados (p.e. síntomas de ansiedad, depresión, retraimiento, quejas somáticas, alteraciones de sueño). El motivo de consulta en este caso presentado fue ansiedad y depresión.

*Encuadre y duración de la intervención*: Este protocolo se llevó de manera grupal, pero puede realizarse de manera individual. Está integrado por ocho sesiones, al inicio de las cuales se realizó un pretest y al final de la última sesión se realizó un pretest, incluyendo una sesión más de seguimiento al mes. La Figura 25 presenta el algoritmo de todo el protocolo de intervención.

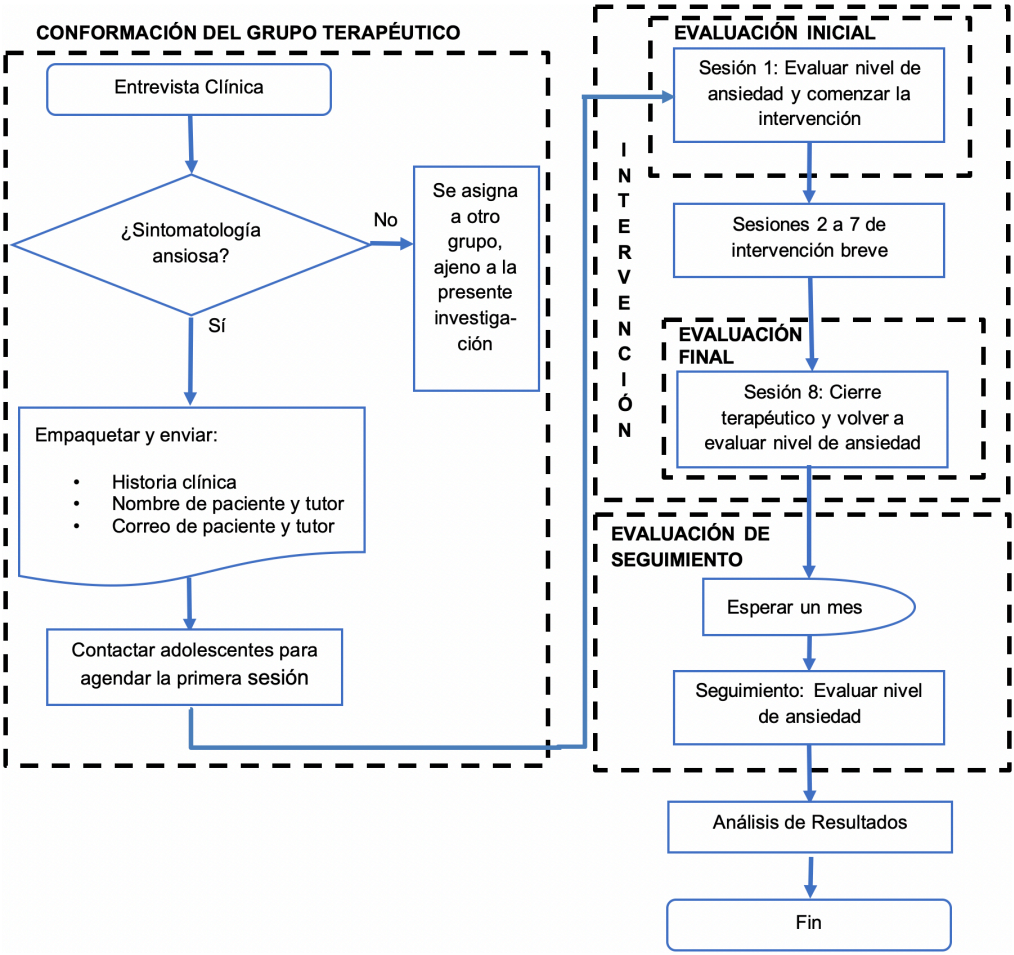



**Figura 25.** Protocolo de intervención breve integrativa con énfasis en soluciones para adolescentes con sintomatología ansiosa.

*Fuente:* Flujograma retomado de Correa-Castelán (2023); Correa-Castelán y Barcelata (2023)[1].

**Programa de Intervención Breve Integrativa con Padres**

De manera paralela al trabajo con los y las adolescentes, se han desarrollado actividades con padres integrados en un programa denominado "**Programa de Intervención Breve Integrativa con Padres" (PIBI-P),** que tiene un carácter universal, el cual cuenta básicamente a la fecha con intervención universal que incluye programas específicos de intervención psicoeducativa llevados a cabo en escenarios escolares de manera presencial con el uso prioritario del estrategias psicoeducativas y algunas estrategias psicoterapéuticas enmarcadas en el MIIA, aunque con énfasis en las estrategias derivadas de la intervención motivacional y del enfoque centrado de soluciones aplicado a ambientes educativos y en contextos familiares no clínicos (Berg, 1994; Berg y Kelly, 2000). Se elaboraron varios programas de intervención universal psicoeducativo para padres, como el Programa para la Gestión Emocional en Padres y Madres de Adolescentes y un Programa de Manejo del Estrés en Madres de Adolescentes (sin publicar), y otro identificado como Programa para la Promoción de la Comunicación para Padres de Adolescentes del cual se presenta el protocolo y una reseña (Agustín-Santos, 2023), que se presenta en el siguiente apartado, el cual también se basó en una búsqueda bibliográfica (p.e. Carr et al., 2017).

**Intervención Universal**

El **objetivo general** de la intervención universal para padres es sensibilizarlos y concientizarlos sobre la importancia de mantener la salud emocional y física de sí mismos y de sus hijos, a través de la información comentada que promueva el análisis individual y en grupo de los posibles riesgos que existen y las medidas de protección que se pueden llevar a cabo para evitar el surgimiento de problemas emocionales y de conducta en sus hijos adolescentes.

**Marco teórico:** Las estrategias al igual que el Programa de Intervención Universal para los y las adolescentes, priorizan el uso de estrategias y técnicas derivadas principalmente de las IM y las del enfoque centrado en solución de problemas que son aplicables a contextos educativos y como estrategias que pueden utilizarse combinadas con estrategias psicoeducativas, como se mencionó (Berg y Kelly, 2000). Se constituyen en el fundamento de todo proceso psicoeducativo ya que permite aumentar el nivel de conciencia sobre una situación determinada y permite involucrar a los y las adolescentes en el proceso psicoeducativo en el cual a través de preguntas reflexivas se pueden dimensionar diversas situaciones que se presentan a los padres. Se considera que la

intervención psicoeducativa de carácter vivencial es una opción efectiva y de bajo costo dado el poco financiamiento gubernamental a las intervenciones primarias. Se considera que la plática motivacional tendrá mejores resultados en los y las adolescentes si es practicada de común acuerdo tanto por el padre como por la madre, o en todo caso por los cuidadores principales del joven.

**Número de sesiones:** La intervención psicoeducativa puede variar de 4 a 10 horas de 120 minutos, de acuerdo con los objetivos, las necesidades detectadas en cada grupo de padres, así como de las condiciones y espacios proporcionados por las escuelas o en los escenarios clínicos y disponibilidad de los horarios de los padres.

**Tipo de intervención:** Siguiendo esta línea se propuso una intervención para padres de tipo "universal", lo que quiere decir que es para un público general y puede ser adaptado a las necesidades específicas del grupo de trabajo ya que la plática motivacional es funcional en múltiples aspectos de las interacciones interpersonales de modo que puede incluir un público que incluya a padres, madres y adolescentes en conjunto debido a tareas y actividades flexibles para la participación de diversos grupos como el juego de roles constante y ejemplos contextualizados.

Ejemplo de un programa de intervención universal psicoeducativa para padres de adolescentes en su modalidad en línea con un encuadre grupal.

***Protocolo de Intervención Psicoeducativa para Promover la Comunicación Efectiva en Padres con Hijos Adolescentes***[2]

*Contexto:* La comunicación en la familia es un elemento fundamental para el desarrollo de sus miembros ya que representa un espacio relacional de tipo proximal que permite la interacción, el contacto y los acuerdos para que se lleven a cabo funciones instrumentales, emocionales afectivas, cognitivas a fin de proveer un ambiente que apoye la salud emocional positiva, en este caso de los y las adolescentes. Además, es a través de la comunicación

[2] Adaptado de Agustín-Santos (2023), becaria tesista en investigación del PAPIIT IN308420, durante la cual se desarrollaron estos y otros programas de intervención algunos de los cuales se describen en este manuscrito.
Para este trabajo también se realizaron búsquedas bibliográficas que no se reportan en este escrito.

que se establecen pautas en la familia, que permiten comprender y seguir las reglas que operan en este contexto y que faciliten el desarrollo y crecimiento del hijo adolescente. Los padres/madres de adolescentes que acuden al PIBI-P, tienen poca oportunidad de convivir con sus hijos, ya que se encuentran realizando actividades fuera de casa, incluyendo a las madres, quienes en aproximadamente un 50% se dedican a tareas del hogar mientras que el resto salen de casa y se dedican al comercio informal o son empleadas domésticas.

*Objetivo general:* Promover el uso de estrategias motivacionales en padres de adolescentes que fomenten una comunicación abierta y eficaz que mejoren la interacción padres-hijos.

*Población blanco:* La población a quien va dirigido el programa son padres de adolescentes de 13 a 8 años de edad escolarizados y no escolarizados. No se recomienda su uso en padres con adolescentes que presentan algún tipo de problema emocional o de conducta mayor como depresión, ansiedad severa, trastornos psicóticos o alguno tipo de discapacidad mental severa.

*Estructura:* Número de sesiones: 6 sesiones (2 sesiones para pretest-apertura/postest-cierre y 4 sesiones de intervención); Número de horas: 12; Número de participantes: máximo 30 padres. Es más fácil trabajar con grupos pequeños, pero es adaptable por lo que puede trabajarse con padres y adolescentes en la misma sesión, por lo que se recomienda trabajar con 10 parejas de padre y adolescente.

Temática/Contenido: La temática general del programa es la comunicación, más particularmente se trata de la plática motivacional hacia sus adolescentes, a continuación, se presentan las temáticas por sesión:

*Procedimiento de intervención:* La Figura 26 presenta el procedimiento general del Programa, que al igual que los demás, puede llevarse a cabo de manera presencial, en línea o de forma híbrida, aunque en línea algunos ejercicios cambian aprovechando las tecnologías. Se usan como apoyos digitales medios como FaceBook, plataformas Zoom y Google Meet, whatsapp y formularios de Google. El ejemplo que aquí se presenta se desarrolló de manera presencial que suele ser estándar, pero el procedimiento se puede ajustar a formato virtual.[3]

[3] Se realizó un piloteo de este protocolo de forma virtual.

| PASOS | ACTIVIDADES | RESULTADOS |
|---|---|---|
| **Paso 1:** Revisión de la literatura | • Búsqueda de información sistémica<br>• Antecedentes teóricos<br>• Establecer contexto de la problemática | Colocar la investigación en un contexto y familiaridad con los últimos adelantos |
| **Paso 2:** Diseño/elaboración de la intervención | • Instrumentos (ejemplos)<br>• Escala de comunicación padre-adolescente<br>• Escalas de satisfacción del programa<br>• Objetivos de aprendizaje<br>• Planteamiento del contexto temático | Obtención de la intervención de acuerdo a la temática planteada y los instrumentos a ocupar |
| **Paso 3:** Piloteo y validación de la intervención | • Piloteo de la intervención<br>• Detectar fallos o problemas futuros | Posibilidad de desarrollo de la intervención, detección de posibles fallos. Obtención de información pertinente |
| **Paso 4:** Procedimiento convocatoria | • Cartel informativo<br>• Consentimiento informado | Obtención de participantes para aplicar el taller |
| **Paso 5:** Pretest | • Primera sesión<br>• Pretest: Aplicación instrumentos | Datos iniciales del grupo para hacer comparación con postest |
| **Paso 6:** Aplicación de la intervención | • Aplicación de la intervención a padres<br>• Espacio adecuado para desarrollo de actividades<br>• Cambiar a modalidad virtual en caso necesario | Otorgar estrategias de comunicación para poner en práctica entre padres e hijos en casa |
| **Paso 7:** Postest | • Última sesión<br>• Postest: Aplicación de instrumentos | Obtención de los datos de como está el grupo después de la intervención |
| **Paso 8:** Seguimiento | • Seguimiento de cambios | Observar y analizar si los cambios que pudieran llegar a existir siguen presentes un mes después de la intervención |

**Figura 26.** Protocolo de intervención psicoeducativa para programas universales para padres.

*Fuente:* Esquema adaptado de etapas (Agustin-Santos, 2023).

El procedimiento en general es el mismo para la intervención presencial o en línea. El proceso inicia desde la evaluación hasta el cierre o fin de la intervención terapéutica, con la aplicación de un pretest y un postest, antes y después de la intervención. Para este programa previa a la intervención se llevó a cabo un proceso de validación por jueces expertos (terapeutas familiares, expertos en desarrollo adolescente), a los que se les presentó el programa general incluidas bitácoras y/o cartas descriptivas (Santos, 2023).

*Estrategias y técnicas de intervención principales*: Se utilizaron algunas técnicas específicas del enfoque centrado en soluciones (ECS) como la pregunta del milagro, la búsqueda de excepciones y las escalas disposicionales al cambio del MTT y algunas otras propias de la psicoeducación que tienen que ver más con el proceso de integración grupal para generar un clima de confianza psicológica en el grupo y para trabajar en pequeños grupos cuando el grupo es grande (>30 padres/madres), para la transmisión sencilla de los contenidos temáticos. La Figura 27 muestra algunas de las estrategias psicoeducativas utilizadas.

**Figura 27.** Estrategias psicoeducativas para una intervención universal.

## Evaluación de las Intervenciones

En ambos tipos de intervención la evaluación es importante**.** Tanto la intervención psicoeducativa como psicoterapéutica incluye una fase de evaluación de la intervención para valorar la influencia o el efecto de la misma, la cual generalmente se lleva a la práctica usando un diseño pretest y postest y de seguimiento, por lo que al inicio se establecen indicadores de cambio que contribuyen a medir la influencia de la intervención en el nivel de concientización, cambio de actividades, conductas etc. como producto de la intervención. Para este propósito se utilizan instrumentos de evaluación para una intervención de las variables o los aspectos que intervienen en la intervención, como escalas de regulación emocional, de afrontamiento, ya sea elaborados ad hoc o que se encuentran disponibles en las bases de datos y que la literatura muestra que se encuentran validados para población mexicana.

Adicionalmente se utilizan indicadores subjetivos como las percepciones subjetivas sobre la intervención (p.e. el contenidos y temas estrategias utilizadas, materiales, el(os) facilitador(es) entre otros). Para ello se pueden utilizar escalas de satisfacción, escalas de percepción de cambio, entre otras.

## Recomendaciones Generales

Establecer un modelo de intervención que cubra todas las necesidades de los y las adolescentes y padres es prácticamente imposible. La amplia variedad de problemas que existen y los diversos aspectos de la vida de los y las adolescentes y de los padres que se tienen que analizar, hacen que los programas sean susceptibles de ser modificados y mejorados para proveer de mejores estrategias, técnicas y procedimientos para prevenir y resolver problemas en los y las adolescentes y sus padres.

Por este motivo el objetivo el modelo que aquí se presenta es una propuesta de carácter preliminar. Aunque algunos de los protocolos de intervención psicoeducativa y protocolos de intervención psicoterapéutica se llevaron a cabo y se evaluaron, los diseños fueron sencillos de acuerdo con las posibilidades y considerando que gran parte del trabajo se realizó en un contexto de pandemia por lo que fueron desarrollados en línea. Esto implicó migrar programas presenciales a modalidad en línea. Esta migración generó la planeación

de nuevas estrategias didácticas y de reflexión en especial para la intervención de carácter universal que ya se habían paneado para su ejecución de manera presencial por ejemplo en las escuelas.

En suma, el modelo global de intervención con adolescentes, que incluye a los padres, es resultado de un proceso de acumulación de experiencias, testimonios, e investigación sistemática, sin embargo, habría que enfatizar sobre algunas cuestiones al respecto. De acuerdo con las premisas planteadas, tanto los modelos de intervención (incluida la evaluación), se van construyendo de acuerdo a los problemas prioritarios que se van presentando y la necesidad de encontrar formas E-E-E, de incidir en ellos. En este sentido, tanto el modelo global (MESIIA) como los programas particulares (PIBI-A y PIBI-P), y los protocolos específicos para problemas específicos (p.e. ansiedad, depresión, etcétera), representan propuestas generales a la vez que parciales para atender solo algunos de las múltiples problemáticas que potencialmente se pueden presentar durante la adolescencia.

# Capítulo 5

## Consideraciones finales y prospectivas

*"La vida es como andar en bicicleta. Para mantener el equilibrio, debes seguir moviéndote".*
*Albert Eistein*

El propósito de este libro es compartir el proceso para el diseño, implementación y evaluación de un modelo global de intervención, incluida la evaluación, denominado Modelo Ecológico-Sistémico de Intervenciones Integrativas para Adolescentes (MESIIA), con base en un enfoque Modelo Integrativo de Intervención para Adolescentes (MIIA), que fusiona tres enfoques interventivos (MTT, EM y TBCS), que a su vez retoman otras perspectivas, entre ellas, la ecológica (p.e. De Shazer, 1982). La fusión de estos tres enfoques interventivos, obedece como se mencionó a diversas razones entre las cuales se subrayan las siguientes: comparten algunas premisas sobre el comportamiento humano desde una perspectiva positiva centrada más en recursos que en deficiencias; presentan evidencia de su eficacia para la solución de diversos problemas con adolescentes (Naar-King, 2011), como riesgo suicida (Czyz et al., 2019), consumo de sustancias (Brown et al., 2015), ansiedad y depresión (Eskin et al., 2008; Zhang, 2021). Esto ha sido útil como una guía para el diseño de programas con intervenciones estructuradas particulares y específicas de tipo universal, selectivo e indicado para adolescentes, pero lo suficientemente flexibles para responder a las necesidades de los y las adolescentes, incluyendo de forma paralela y/o simultánea, a los padres o tutores.

El desafío, además, es transmitir el proceso que implica el diseño de modelos generales o globales de atención o de intervención en general, en particular para adolescentes que incluyan a los padres como lo recomiendan reiteradamente organizaciones de vigilancia del bienestar de los adolescentes y jóvenes como la OMS (2021, 2022), la OPS (2018) y la UNICEF (2015, 2019, 2021). A pesar de la existencia de diversas guías para llevar a cabo esta ardua labor, algunas de ellas mucho más detalladas que otras, implica eso, una guía, que sin duda alguna son de gran utilidad. Sin embargo, las características de las poblaciones y sus contextos, implica la adecuación de las guías de acuerdo con metas y objetivos de los modelos, programas y protocolos a diseñar y desarrollar. De ahí, que el proceso que en este manuscrito se comparte también representa una guía que podría ser potencialmente útil adecuarse y adaptarse de acuerdo a las necesidades de las poblaciones con las que

se quiere trabajar, de los recursos con los que se cuente, y el alcance de los modelos. En este sentido, se subraya que se trata de una propuesta preliminar, en la medida en que es la evaluación permanente, como se mencionó, lo que nutre los modelos y programas en función de los beneficiarios y no al contrario, por lo que es probable que el modelo cambie.

El trabajo con adolescentes en escenarios clínicos tanto en su modalidad en línea como presencial, así como bajo encuadres individual y grupal, también ha dado buenos resultados (Correa-Castelán et al., 2023). Tomando como base este modelo integrativo, se pudieron planear acciones de salud mental en los niveles de atención primaria y secundaria con base en la evidencia provista por una evaluación diagnóstica a través de los cuales se trabajó con los problemas detectados de mayor frecuencia que se mencionan brevemente y de manera resumida en capítulos anteriores, ya que han sido producto de otros manuscritos y reportes.

El MESIIA surge como una propuesta que intenta integrar hallazgos de años de trabajo multidisciplinario de un grupo de colaboradores de diferentes especialidades como la psiquiatría, la educación y la psicología. Su foco ha sido grupos de adolescentes y padres de zonas consideradas de riesgo psicosocial por sus niveles bajos de desarrollo y altos índices de marginación que se ubican en la zona metropolitana oriente de la Ciudad de México. Los programas que aquí se presentan, tienen un alcance universal, selectivo e indicado y fueron desarrollados como producto de investigación financiada por la UNAM y gracias a la oportunidad que representa trabajar con un modelo educativo modular (FES-Z, UNAM), que permite integrar la docencia, la investigación y el servicio, este último orientado prioritariamente a atender población de bajos recursos.

El modelo ha tenido un impacto favorable con este tipo de población, el cual es conocido por la propia población general como “Programa de Atención a Adolescentes”. Este programa se encuentra ligado a la página “Adolescencia, Familia y Salud” (FES-Z, 2023), como un medio de vinculación con la población, con la cual se comparten las acciones que se realizan como parte del MESIIA. Este modelo ha sido especialmente útil dado que los programas son dinámicos y adaptables a las necesidades o problemas prioritarios que se reflejan en las demandas de la población, con el fin de que contribuyan a modificar la percepción de logro y éxito de la familia (sobre todo al fomentar la autoeficacia), a pesar de sus limitaciones.

Algunos resultados son visibles a corto plazo cuando adolescentes y padres reportan disminución de los problemas a través de escalas de percepción subjetiva del cambio, que son otro indicador para evaluar el impacto de las intervenciones. También se han observado resultados a mediano plazo, tomando como referencias de cambio las calificaciones o el número de materias ya aprobadas en comparación con el de reprobadas al inicio de las intervenciones. Otro indicador más para valorar el impacto, es la adherencia a las intervenciones, el número de asistentes que inician y terminan por ejemplo un programa psicoeducativo (Santos, 2023), así como el número de adolescentes que concluyen todo el proceso de intervención breve (Correa-Castelan et al., 2023). Dado que las intervenciones tanto para adolescentes como para padres, son de corta duración (promedio ocho sesiones), puede ser un elemento que contribuya a que no deserten.

Resulta necesario precisar que la implementación de este modelo (MESIIA), tiene que hacerse con reservas dadas sus limitaciones, y por tanto no se recomienda su generalización. Por ejemplo, no se contempla la atención a grupos de adolescentes de grupos clínicos, que presenten un trastorno emocional o de conducta severo, condición psiquiátrica, con necesidades especiales, que puedan tener restricciones físicas y/o neurológicas. Asimismo, es necesario considerar los diversos contextos en los que viven los adolescentes y sus padres. También es importante subrayar que psicoterapeutas, facilitadores y todo el grupo de colaboradores, trabajan en general como un equipo terapéutico, en particular en los procesos de intervención selectiva e indicada, por lo que se tendrían que realizar los ajustes necesarios de acuerdo con las características de su población y de los recursos con los que se cuente para su implementación. También sería recomendable incluir grupos mixtos de padres e hijos en el caso de la intervención psicoeducativa y grupos de reflexión.

Es importante notar que cada grupo es diferente, tendrá necesidades específicas y por ello pueden presentarse dificultades particulares y propias de cada grupo. Sin embargo, se espera que estas experiencias compartidas puedan ser una guía general para aquellas personas que trabajan con adolescentes y padres.

En suma, el modelo que se propone tiene un carácter preliminar ya que los procesos de desarrollo de los adolescentes van cambiando conforme a variaciones contextuales a partir de una interacción dinámica individuo-medio ambiente. De ahí que podría considerarse como un modelo en constante transformación, a partir de la investigación que retroalimenta todo el proceso intervención dentro del cual se considera también a la

propia evaluación. De esta forma se nutre el diseño de intervención integrativa desde una perspectiva preventiva a fin de mantener el bienestar de los adolescentes y sus padres.

No obstante que, por un lado, las revisiones sistemáticas muestran que la mayoría de las intervenciones son de corte C-C, aunque se informa cada vez más de intervenciones integrativas, y por otro, que muchas son realizadas con población anglo-sajona o de habla inglesa (la mayoría en Estados Unidos), siendo relativamente escasos los reportes de intervenciones basadas en evidencia en población latina, específicamente con adolescentes mexicanos, se considera que el modelo aquí presentado podría ser útil para guiar algunas de las acciones que se pueden llevar a cabo en la elaboración de programas de intervención.

Es probable que haya intervenciones con resultados satisfactorios tanto desde la perspectiva del terapeuta o facilitador como del consultante, quienes a menudo reportan mejoras en el nivel de bienestar, objetivo de la intervención, pero al no ser reportadas no se conoce su impacto y no se pueden replicar los procedimientos, por lo que una de las tareas para los profesionales de la salud mental, ya sea en el campo clínico o en el escolar, es llevar a cabo registro de las prácticas psicológicas de manera cotidiana e idealmente implementar procedimientos controlados de manera sistemática que muestren evidencia que se pueda difundir.

Como se aprecia, a pesar de la vasta literatura sobre intervención, no existen modelos lo suficientemente autocontenidos para impactar en todas las problemáticas y modificar las trayectorias no adaptativas o no funcionales del comportamiento humano. De ahí el esfuerzo por buscar opciones de intervenciones unificadas e integrativas para atender las diferentes problemáticas a través de prácticas basadas en evidencia, para reducir la brecha entre la investigación y las acciones de salud mental, las cuales tendrían que dirigirse prioritariamente a la prevención a gran escala para impactar a la mayoría de la población.

Aún quedan muchos retos y desafíos en el campo de la intervención dada la singularidad de las personas, la complejidad y amplia gama de los problemas y de las posibilidades, la diversidad de contextos, y la variedad de factores que intervienen en el proceso y en los resultados del desarrollo adolescente. Se tienen que generar más sinergias con las escuelas, para desarrollar programas escolares de intervención basados en evidencia dada su utilidad desde una perspectiva preventiva.

# Referencias


Aberastury, A., & Knobel, M. (1999). *La Adolescencia Normal.* Paidós.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2004). *The Achenbach system of empirically based assessment (ASEBA) for ages 1.5 to 18 years*. 3rd Ed. Routledge.

Adolescencia, Familia y Salud (2023). FES Zaragoza, UNAM https://www.facebook.com/p/Adolescencia-Familia-y-Salud-100068504954779/

Aguirre, A., Cruz, I., Billings, J., Jimenez, M., & Rowe, S. (2020). What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry, 20*(1), 1–22. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02659-0

Agustín-Santos, M. (2023). *Programa psicoeducativo para fortalecer la comunicación en padres de hijos adolescentes* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional BIDI-UNAM https://hdl.handle.net/20.500.14330/TES01000837782

Allen, K., Slaten, C., Arslan, G. Roffey, S., Craig, H. & Vella-Brodrick. D. (2021). School belonging: the importance of student and teacher relationships. In M. Kern & M. Wehmeyer (Eds.). *The Palgrave Handbook of Positive Education* (pp. 525-550). Palgrave Macmillan.

Álvarez, M. (2001). *Diseño y evaluación de programas de educación emocional.* CISSPRAXIS.

Álvarez-Orozco, S. Y. (2011). *Estrategias de comunicación para padres con hijos adolescentes.* (Tesis inédita de maestría). Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida de Yucatán.

American Psychological Association (2002). Criteria for practice guideline development and evaluation. *American Psychologist, 57*, 1048-1051.

American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, *61*(4), 271-285. http://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271

Andretta, I. & Oliveira, M. (2005). A técnica da entrevista motivacional na adolescência. *Psicología Clínica.* 17(2), 127-139.

Andretta, I. & Oliveira, M. (2006). Efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores. *Estudos de Psicologia,* 25(1), 45-53.

Aranda, M. (2021). *Dureza emocional y personalidad en adolescentes de la zona metropolitana de la Ciudad de México*. (Tesis inédita de Licenciatura). FES Zaragoza, UNAM, México.

Arango-Prado, N. I., Escoffié Aguilar, E. M., & Ruiz González, V. (2024). Efectividad de la psicoterapia integrativa en una adolescente parentalizada con síntomas de ansiedad. *Revista Psicología y Salud, 34(*2), 209-214. https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2902

Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist, 54*(5), 317-326.

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55*(5), 469-480. http://doi.org/10.1037//0003-066X.55.5.469

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.

Bandura, A. (1992). Social cognitive theory of social referencing. In S. Feinman (Ed.), *Social referencing and the social construction of reality in infancy* (pp. 175 – 208). Plenum.

Bandura, A. & Cherry, L. (2020). Enlisting the power of youth for climate change. *American Psychologist, 75*(7), 945-951.

Bandura, A., Freeman, W. H., & Lightsey, R. (1999). Self-efficacy: The exercise of control. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 13*(2), 79-113. http://doi.org/10.1891/0889-8391.13.2.158

Barcelata, B. (2020). Adversidad económica: evidencia del rol protector del afrontamiento, apoyo social y funcionamiento familiar en la adaptación positiva de adolescentes de contextos de riesgo psicosocial. En J. Gaxiola & N. Ruvalcaba (Coords.), *Estudios*

*iberoamericanos del comportamiento positivo en adolescentes*, (pp. 12-38). Editorial Universidad de Guadalajara.

Barcelata, B. (2021). Growing up in adverse family contexts: risks and resources for adolescent development. In B. Barcelata & P. Suárez (Eds.), *Child and Adolescent Development in Risky Adverse Contexts. A Latin American Perspective* (pp. 133-160). https://doi.org/10.1007/978-3-030-83700-6_7.

Barcelata, B. (2022). Pandemia, pobreza y salud mental adolescente: una perspectiva ecológica-sistémica del desarrollo. En: E. Marin, L. Martínez, & J. Hernández (Eds.), *La Pandemia del Capitalismo* (pp. 233-255). Universidad Autónoma de Zacatecas.

Barcelata, B. & Bermúdez, M. (2022). Psychological responses associated with stress during pandemic by COVID-19 in Colombian and Mexican adolescents. *Journal of Stress, Trauma, Anxiety, and Resilience (J-STAR), 1*, 1-24 Special Edition, https://doi.org/10.55319/js.v1i1Open Journal Systems

Barcelata, B. & Elias, M. (2022). Examining the validity and reliability of the Adult Self Report in Mexican parents. [Valoración de la validez y confiabilidad del Adult Self Report en padres mexicanos]. *Revista de Investigación Científica en Psicología Eureka 20*(1), 6-25

Barcelata, B., Granados, A., Lucio, E., & Márquez, M. E. (2020). *Desarrollo de modelos psicológicos de evaluación-intervención para promover la adaptación positiva en adolescentes y familias vulnerables*, Proyecto PAPIIT IN308420. DGAPA, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Barcelata, B., Granados, A. Márquez, M.E. (2023). *Línea de investigación "Salud, Adolescencia y Familia"*. LI-FESZ-250506. División de Estudios de Posgrado e Investigación. FES Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México. https://www.zaragoza.unam.mx/investigacion/lineas-investigacion/salud-adolescencia-familia

Barcelata, B., & Jiménez, D. (2021). La pandemia por COVID-19 desde la perspectiva de estudiantes adolescentes de tres estados de México. En A. Hernández, L. Pérez, G. López, B. Palacios, e I. Garcia (Eds.), *La salud mental en y desde la universidad en el contexto de la pandemia por COVID-19. Retos y oportunidades para la psicología* (pp. 87-116). UAEM-CUMEX.

Barcelata, B. &. Márquez, M. E. (2015). Riesgo, pobreza y salud mental del adolescente. En B. Barcelata (Ed.), *Adolescentes en riesgo. Una mirada desde la resiliencia* (pp. 37-54). Manual Moderno.

Barcelata, B. & Montalvo, L. (2021). Intervención on-line con adolescentes durante el confinamiento por la pandemia: Un enfoque centrado en soluciones. En A. Trimboli, E. Grande, S. Raggi, C Fantin, P. Fridman, & G. Bertran (Comp.), *Construcción colectiva de políticas sanitarias en tiempos de incertidumbre* (pp. 161-163). AASM/Series Conexiones.

Barcelata, B. & Montalvo, L. (2023). Propiedades psicométricas de la Coping Scale for Adults (CSA) en padres mexicanos. *Revista Iberoamericana, 31*(1). https://doi.org/10.48102/pi.v31i1.499

Barcelata, B., & Rodríguez, R. (2017). Personal and contextual resilience factors linked to psychological adjustment outcomes in adolescents from marginalized settings. In K. A. Moore & P. Buchwald (Eds.), *Stress and anxiety. Coping and resilience (pp. 31-42). Logos Verlag-Berlin*

Barcelata, B., & Rodríguez, R. (July, 2020). Emotional and behavioural responses in Mexican youth during lockdown at the beginning and one year after the covid-19 pandemic [Thematic Session]. *42nd International Conference of Stress, Trauma, Anxiety, and Resilience society Research (STAR).* Haifa, Israel.

Barcelata, B. & Rodríguez, R. (2021*). Salud emocional y afrontamiento en la adolescencia*. FES Zaragoza, UNAM.

Barcelata, B. & Rodríguez, R. (November, 2022). *Callous-unemotional traits and externalizing behaviours: the mediating role of emotional intelligence in adolescents* [Simposio]. *8th Inernational Congress of clinical and health Psychology in Children and Adolescents*. *AITANA* Elche, Spain.

Barcelata, B., Rodríguez, R., & González, F. (2021). Respuestas psicológicas durante el confinamiento por la pandemia por COVID-19 en estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Orientación Educativa, 18* (40), 1-20.

Barnett, E., Sussman, S., Smith, C., Rohrbach, L. A., & Spruijt-Metz, D. (2012). Motivational Interviewing for adolescent substance use: a review of the literature. *Addictive Behaviors, 37*(12), 1325-1334.

Barlow, D. H. (1996). Health care policy, psychotherapy research, and the future of psychotherapy. *American Psychologist, 51*, 1050-1058.

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*, 205–230.

Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S., & Ametaj, A. A. (2013). Evidence-based psychological treatments: An update and a way forward. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*(1), 1-27.

Barrow, E., & Thomas, G. (2022). Exploring perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in adolescents: a systematic literature review. *Educational Psychology in Practice, 38*(2), 173-193. https://doi.org/10.1080/02667363.2022.2051441

Bartholomew, L.K., Fernandez, M., James, S., Leerlooijer, J., Markham C., & Reinders, J. (2011). Using intervention mapping to adapt evidence-based programs to new settings and populations. In L. Bartholomew, G. Parcel, G, Gottlieb, & N. Fernandez (Eds.). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach*. Jossey-Bass

Bartholomew, L.K., Markham, C., Ruiter, R.A., Fernandez, M.E., Kok, G., & Parcel, G. (2016). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach.* 4th ed. Jossey Bass.

Bartholomew, L.K., Markham CM., Kok, G., Ruiter, R., & Parcel, G. (2016). *Intervention Mapping Step, 5: Program Implementation* Plan. Jossey-Bass.

Beck, J.S. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.

Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(2), 194–198. https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.2.194

Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, *32*(2), 155-163.

Benjet, C., Borges, G., Méndez, E., Albor, Y., Casanova, L., Orozco, R., Curiel, T., Fleiz, C. & Medina-Mora, M.E. (2016). Eight-year incidence of psychiatric disorders and service use from adolescence to early adulthood: longitudinal follow-up of the Mexican

Adolescent Mental Health Survey. *European Child & Adolescent Psychiatry, 25*, 163-173. https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/s00787-015-0721-5

Benjet, C., González, I., Castro, E., Méndez, E., Borges, G., Casanova, L. & Medina, M., (2017). Non-suicidal self-injury in Mexican young adults: Prevalence, associations with suicidal behavior and psychiatric disorders, and DSM-5 proposed diagnostic criteria. *Journal Affective Disorders, 215*, 1-8. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.025

Berk, L. (2019). *Exploring child and adolescent development*. Pearson

Berg, I.K. (1994). *Family-based services: a solution-focused approach.* Norton.

Berg, I.K., & Kelly, S. (2000). *Building solutions in child protective services*. Norton.

Berger, G., Häberling, I., Lustenberger, A., Probst, F., Franscini, M., Pauli, D. & Walitza, S. (2022). The mental distress of our youth in the context of the COVID-19 pandemic. *Swiss Medical Weekly, 152*, 30142-30142.Bernstein, D. A., & Nietzel, M. T. (1998). *Introducción a la psicología clínica*. McGraw-Hill.

Beutler, L. E., & Moleiro, C. (2001). Clinical versus reliable and significant change. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8,* 441-445.

Beyebach, M. (2014). La Terapia Familiar Breve Centrada en Soluciones. En A. Moreno (Ed.). *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención* (pp. 449-480). Desclée de Brouwer.

Beyebach, M. (2009). Integrative brief solution-focused therapy: a provisional roadmap. *Journal of Systemic Therapies 28*(3), 18-35.

Biblioteca Digital UNAM (2020). https://www.bidi.unam.mx/

Blos, P. (1986). *Psicoanálisis de la adolescencia*. Joaquin Moritz

Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Familiar, I., Nock, M. K., & Wang, P. S. (2010). Service use among Mexico City adolescents with suicidality. *Journal of Affective Disorders, 120*(1-3), 32-39.

Boschloo, L., Vogelzangs, N., van den Brink, W., Smit, J. H., Veltman, D. J., & TF, A. (2012). Alcohol use disorders and the course of depressive and anxiety. *The British Journal of Psychiatry, 200*, 476-484.

Brown, R. A., Abrantes, A. M., Minami, H., Prince, M. A., Bloom, E. L., Apodaca, T. R., ... & Hunt, J. I. (2015). Motivational interviewing to reduce substance use in adolescents with psychiatric comorbidity. *Journal of Substance Abuse Treat, 59*, 20-29.

Breaux, R., Eadeh, H. M., Swanson, C. S., & McQuade, J. D. (2021). Adolescent emotionality and emotion regulation in the context of parent emotion socialization among adolescents with neurodevelopmental disorders: a call to action with pilot data. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50(1), 77-88 https://doi.org/10.1007/s10802-021-00833-w

Bridle, C., Riemsma, R. P., Pattenden, J., Sowden, A. J., Mather, L., Watt, I. S., & Walker, A. (2005). Systematic review of the effectiveness of health behavior interventions based on the transtheoretical model. *Psychology & Health, 20*(3), 283-301.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard University Press.

Brunstein-Klomek, A., Kopelman-Rubin, D., Apter, A., Argintaru, H. & Mufson, L. (2017). A pilot feasibility study of interpersonal psychotherapy in adolescents diagnosed with specific learning disorders, attention deficit hyperactive disorder, or both with depression and/or anxiety symptoms (IPT-ALD). *Journal of Psychotherapy Integration, 27*(4), 526-539. https://doi.org/10.1037/int0000036.

Buckley, L., Broadley, M., & Cascio, C. N. (2019). Socio-economic status and the developing brain in adolescence: A systematic review. *Child Neuropsychology, 25*(7), 859-884. https://doi.org/10.1080/09297049.2018.1549209

Campbel, D. & Stanley, J. (1995). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social.* Amorrortu Editores.

Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: The current evidence base. *Journal of Family Therapy, 41*(2), 153-213.

Carr, A., Hartnett, D., Brosnan, E., & Sharry, J. (2017). Parents plus systemic, solution-focused parent training programs: Description, review of the evidence base, and meta-analysis. *Family Process, 56*(3), 652-668.

Carroll, L. (2002). *Alicia en el País de las Maravillas*. Traducción de Gabriel López Guix. Ediciones B.

Castellanos, C. (2006). Implementación de un taller de entrenamiento en habilidades comunicativas para padres con hijos adolescentes basado en los cinco principios de la entrevista motivacional. *Típica.* 2 (2), 1-23.

Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C., & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research, 25*(3), 365-382.

Chapman, A., Gratz, K., & Tull, M. (2011). *The dialectical behavior therapy skills workbook for anxiety: Breaking free from worry, panic, PTSD, and other anxiety symptom*s. New Harbinger Publications.

Chapman, A. L., & Gratz, K. L. (2015). *The dialectical behavior therapy skills workbook for anger: using DBT mindfulness and emotion regulation skills to manage anger*. New Harbinger Publications.

Christ, C., Schouten, M. J., Blankers, M., van Schaik, D. J., Beekman, A. T., Wisman, M. A., Stikkelbroek, Y. A., & Dekker, J. J. (2020). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research, 22*(9), e17831. https://doi.org/10.2196/17831

Christner, R. W., Mennuti, R. B., Heim, M., Gipe, K., & Rubenstein, J. S. (2011). Facilitating mental health services in schools: universal, selected, and targeted interventions. In T. Lionetti, E. Snyder, & R. Christner (Eds.), *A practical guide to building professional competencies in school psychology* (pp. 175-191). Springer.

Cicchetti, D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: A multilevel perspective. *World Psychiatry, 9*(3), 145–154.

Cloninger, S. C. (2002). *Teorías de la personalidad*. Pearson Educación.

Coleman, J., Hendry, L., & Kloep, M. (2008). *Adolescencia y salud*. Manual Moderno

Compas, B. & Gotlib, I. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica*. Mc Graw-Hill.

Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2020). *Índice de marginación (carencias poblacionales) por localidad, municipio y entidad*. https://datos.gob.mx/busca/dataset/indice-de-marginacion-carencias-poblacionales-por-localidad-municipio-y-entidad

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL] (2019). *Diagnóstico del avance en monitoreo y evaluación en las entidades federativas 2019*. https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Diagnostico_2019/Diagnostico_ME_2019_Documento.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL] (2024). *Líneas de Pobreza por Ingresos, enero 2024*. https://www.coneval.org.mx/Medicion/Documents/Lineas_de_Pobreza_por_Ingresos/Lineas_de_Pobreza_por_Ingresos_ene_2024.pdf

Corcoran, J. (2012). Review of outcomes with children and adolescents with externalizing behaviour problems. En C. Franklin, T. S. Trepper, W. Gingerich, & E. McCollum (Eds.), *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp.121-129). Oxford University Press.

Correa-Castelán, M. (2023). *Intervención breve virtual a un grupo de adolescentes con sintomatología ansiosa*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional BIDI-UNAM https://hdl.handle.net/20.500.14330/TES01000837784

Correa-Castelán, M., Barcelata-Eguiarte, B., & Montalvo-Ocampo, L. (febrero, 2023,). Estrategias centradas en soluciones para la intervención en adolescentes con sintomatología ansiosa [Mesa Temática]. *V Congreso Internacional de Psicología de la FES*. Zaragoza, Ciudad de México.

Curran, G. M., Mukherjee, S., Allee, E., & Owen, R. R. (2008). A process for developing an implementation intervention: QUERI Series. *Implementation Science, 3*(1), 1-11.

Czyz, E. K., King, C. A., & Biermann, B. J. (2019). Motivational interviewing-enhanced safety planning for adolescents at high suicide risk: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 48*(2), 250-262.

De Jong, Peter & Insoo-Kim, B. (2008). *Interviewing for Solutions.* (3rd Ed). Thompson Brooks

De León-Casillas, C., Bermonti-Pérez, M., & Moreno-Torres, M. (2020). Guía metodológica para una revisión de literatura sistemática. *Revista Salud y Conducta Humana, 7*(1), 24-38.

De Shazer, S. (1982). *Patterns of brief family therapy. An ecosystemic approach*. Norton.

De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. Norton.

De Shazer, S. (1996). *Pautas de terapia familiar breve*. Paidós.

Ding, X., & Yao, J. (2020). Peducation intervention on adolescents' anxiety, depression, and sleep disorder during the COVID-19 pandemic. *Psychiatria Danubina, 32*(3-4), 527–535. https://doi.org/10.24869/psyd.2020.527

Distefano, R., & Meuwissen, A. S. (2022). Parenting in context: A systematic review of the correlates of autonomy support. *Journal of Family Theory & Review,* 14(4), 571-585. http://doi.org/10.1111/jftr.12465

Dollard, J. & Miller, N. (1974). ¿Cómo se aprenden los síntomas? En T. Millon (Ed.). *Psicopatología y personalidad* (pp. 429-438) Interamericana.

Dunst, C. J. (2021). Family strengths, the circumplex model of family systems, and personal and family functioning: A meta-analysis of the relationships among study measures. *Journal of Behavior, Health & Social Issues,* 13(2), 1-16.

Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., & Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 19*(3), 247-256.

Ehrenreich, J. T., Goldstein, C. R., Wright, L. R., & Barlow, D. H. (2009). Development of a unified protocol for the treatment of emotional disorders in youth. *Child & Family Behavior Therapy, 31*(1), 20-37.

Elías, M., Barcelata, B. & Montalvo, L. (2021, febrero). Intervención psicológica en línea con adolescentes durante la pandemia por COVID-19. *Libro de Resúmenes 4to Congreso Internacional de Psicología de FES Zaragoza y 1er Congreso*. Modalidad Virtual. https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/Licenciaturas/psicologia/4CongresoPsicologia/Documentos/LIBRO_RESUMENES-4CIP.pdf

Ellis, A. (2002). *Overcoming resistance: A rational emotive behavior therapy integrated approach*. Springer Publishing Company.

Ellis, A. & Bernad, M. (1990). ¿Qué es la terapia racional emotiva (RET)? En A. Ellis y M. Bernard (Dirs.), *Aplicaciones clínicas de la terapia racional-emotiva* (pp. 19-48). Desclée de Browerr

Eriksen, M. B., & Frandsen, T. F. (2018). The impact of patient, intervention, comparison, outcome (PICO) as a search strategy tool on literature search quality: a systematic review. *Journal of the Medical Library Association: JMLA, 106*(4), 420-431.

Erickson, S. J., Gerstle, M., & Feldstein, S. W. (2005). Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health care settings: a review. *Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine, 159*(12), 1173-1180.

Erskine, R. G., & Moursund, J. P. (2014). *La psicoterapia integrativa en acción*. Desclée de Brouwer.

Eskin, M., Ertekin, K., & Demir, H. (2008). Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. *Cognitive Therapy and Research, 32*, 227-245.

Essau, C. A. (2004). Risk-taking behaviour among German adolescents. *Journal of Youth Studies, 7*(4), 499-512. https://doi.org/10.1080/1367626042000315248

Ewing, S. W. F., Apodaca, T. R., & Gaume, J. (2016). Ambivalence: Prerequisite for success in motivational interviewing with adolescents? *Addiction, 111*(11), 1900-1907.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza [FES-Z] (2023). *Salud, Adolescencia y Familia*. https://www.facebook.com/p/Adolescencia-Familia-y-Salud-100068504954779/

Felner, R. & DeVries, M. (2013) Poverty in childhood and adolescence: A Transactional–Ecological Approach to understanding and enhancing resilience in contexts of disadvantage and developmental risk. In S. Goldstein & R. Brooks (Eds.). *Handbook of resilience in children* (pp. 105-126). Springer.

Fernández, M. E., Ten Hoor, G. A., Van Lieshout, S., Rodriguez, S. A., Beidas, R. S., Parcel, G., ... & Kok, G. (2019). Implementation mapping: using intervention mapping to develop implementation strategies. *Frontiers in Public Health, 7*, 158 http://doi: 10.3389/fpubh.2019.00158

Fisch, R., Weakland, J.H. & Segal, L. (1988). La táctica del cambio. Editorial Herder.

Flórez-Alarcón, L., & Vélez-Botero, H. (2010). Efecto de la sensibilización pretest en una intervención de prevención selectiva del abuso alcohólico. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 21-35.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF- (2021). *Estado Mundial de la Infancia 2011*. Recuperado de: http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2021.pdf

Frick, P., Bary, C. & Kamphaus, R. W. (2010). *Clinical Assessment of Child and Adolescent Personality and Behavior*. Springer

Gantiva C.A & Florez-Alarcón, L. (2006). Evaluación del impacto de un programa de entrevista motivacional en formato grupal e individual para consumidores abusivos de alcohol. *Típica*, 2(2), 1-7.

Gantiva, C.A. (2007). Evaluación y diseminación de un programa motivacional breve para consumidores abusivos de alcohol. En: S.L. Echeverría, V.C. Carrascoza, & M.L. Reidl (Comps.). *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas* (pp. 237-272). UNAM.

García, L.A. (2021). *Estrategias de regulación emocional y dureza emocional en adolescentes escolarizados de la Ciudad de México*. (Tesis inédita de licenciatura). FES Zaragoza, UNAM, México

Garzón, E. & Torres, K. (2020). *La ciberadicción y su relación con la inteligencia emocional en adolescentes* [Tesis de Grado, Universidad de Pamplona] http://repositoriodspace.unipamplona.edu.co/jspui/handle/20.500.12744/5056

Gil, L. & Barcelata, B. (2023). Examining the factorial validity of the child behavior checklist 1.5-5 in Mexican mothers of preschool children. *Know & Share Psychology, 4*(1), 57-74. https://doi.org/10.1007/s10578-020-01015-3

Gingerich, W. J., & Peterson, L. T. (2013). Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Research on Social Work Practice, 23*(3), 266-283.

Gobierno de México (2018). *Salud mental entre los jóvenes*. https://www.gob.mx/salud/articulos/salud-mental-fundamental-entre-los-jovenes

Goldfried, M.R. & Davison, G.C. (1981). *Técnicas terapéuticas conductistas.* Paidós.

González-Arratia, I., Torres, M., & Ruiz, A. (2020). Estresores cotidianos, clima social familiar y resiliencia. En J. Gaxiola & N. Ruvalcaba (Coords.), *Estudios iberoamericanos del comportamiento positivo en adolescentes* (pp. 12-38). Editorial Universidad de Guadalajara.

Gordon, T. & Sterling, E. (1997). *Making the patient your partner. Communication skills for doctors en other caregivers.* Greenwood Publishing Group

Haft, S. L., & Hoeft, F. (2017). Poverty's impact on children's executive functions: Global considerations. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2017(158), 69-79.

Harris, J., Shukla, N., & Ivey, A. (2019). *Integrative psychotherapy with culturally diverse clients*. In J. Norcross & Goldfried, M. (Eds.), Handbook of Psychotherapy Integration (3rd. Ed. pp. 325-343). Oxford Academic Press. https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190690465.003.0015

Heard, H. L., & Linehan, M. M. (2005). Integrative therapy for borderline personality disorder. In J. Norcross & M. Goldfried (Eds.). *Handbook of Psychotherapy Integration (2nd. Ed.* pp. 299-320). Oxford University Press

Heard, H. L., & Linehan, M. M. (2019). Dialectical Behavior Therapy for borderline personality disorder. In J. Norcross & M. Goldfried (Eds.). *Handbook of Psychotherapy Integration* (3rd. Ed. pp. 299-320). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190690465.001.0001

Hettema, J., Steele, J. & Miller, W. R. (2008). Entrevista motivacional. *Revista de Taxonomías*, *52*, 3-21.

Hill, N. E., Bromell, L., Tyson, D. F., & Flint, R. (2007). Developmental commentary: Ecological perspectives on parental influences during adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*(3), 367-377.

Hughes, S. J. (2018). Philosophy of science as it applies to clinical psychology. In S. C. Hayes & S. G. Hofmann (Eds.). *Process Based CBT. The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 23-44). Context Press. New Harbinger Publications.

Ibañez, M.A., Barcelata, B. & Granados, A. (febrero, 2021a). Relación entre conducta autolesiva y riesgo suicida en adolescentes de una muestra comunitaria *Libro de Resúmenes del 4o. Congreso Internacional de Psicología.* FES Zaragoza, UNAM. https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/Licenciaturas/psicologia/4CongresoPsicologia/Documentos/LIBRO_RESUMENES-4CIP.pdf

Ibañez, M.A., Barcelata, B. & Granados, A. (octubre, 2021b). Correlatos entre dinámica familiar y riesgo suicida en adolescentes escolares [Mesa Temática]. *7º. Congreso Regional de la WFMH. Buenos Aires, Argentina*

Inguglia, C., Ingoglia, S., Liga, F., Lo Coco, A., & Lo Cricchio, M. G. (2015). Autonomy and relatedness in adolescence and emerging adulthood: Relationships with parental support and psychological distress. *Journal of Adult Development, 22*(1), 1-13.

Instituto Mexicano para la Competitividad [IMCO] (2022). *Salud mental para los más jóvenes*. https://imco.org.mx/salud-mental-para-los-mas-jovenes/

Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2021). *En México somos 126 014 024 habitantes: censo de población y vivienda 202*0 http://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Nal.pdf

Kanfer, F. H., & Saslow, G. (1965). Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry, 12*(6), 529-538.

Kanine, R. M., Bush, M. L., Davis, M., Jones, J. D., Sbrilli, M. D., & Young, J. F. (2023). Depression Prevention in Pediatric Primary Care: Implementation and Outcomes of Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training. *Child Psychiatry and Human Development, 54*(1), 96–108. https://doi.org/10.1007/s10578-021-01222-6

Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. Prentice Hall.

Kazdin, A. (2008). Evidence-Based Treatment and Practice. New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, *63*, 146-159.

Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 62*(4), 445-458.

Kendall, P. C., & Frank, H. E. (2018). Implementing evidence-based treatment protocols: Flexibility within fidelity. *Clinical Psychology: Science and Practice, 25*(4), 40.

Kerr, M., Stattin, H., Biesecker, G. & Ferrer-Wreder, L. (2003). Relationships with parents and peers in adolescence In R. Lerner M. A., Easterbrooks & J. Mistry (Eds.) *Handbook of psychology developmental psychology. Vol 6.* (pp. 395-421). John Wiley & Sons, Inc.

Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M., ... & Helsinki Psychotherapy Study Group. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine, 38*(5), 689-703.

Kohlberg, L. (2016). Revisions in the theory and practice of moral development. In. R. Lerner & Javanovik, J. (Eds), *cognitive and moral development and academic achievement in adolescence* (pp. 53-58). Routledge

Kwok, S. Y., Gu, M., & Tam, N. W. (2022). A multiple component positive psychology intervention to reduce anxiety and increase happiness in adolescents: the mediating roles of gratitude and emotional intelligence. *Journal of Happiness Studies, 23*(5), 2039-2058.

Kwon, S. J., & Telzer, E. H. (2022). Social contextual risk taking in adolescence. *Nature Reviews Psychology, 1*(7), 393-406. https://doi.org/10.1038/s44159-022-00060-0

Labrador, F. J., Vallejo, M. Á., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A., y Fernández-Montalvo, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *INFOCOP, 84*, 1-15.

Lazarus, A.A. (2006). *Brief but comprehensive psychotherapy: The multimodal way*. Springer Publishing Company.

Lazarus, A.A., Beutler, L.E., & Norcross, J.C. (1992). The future of technical eclecticism. *Psychotherapy, 29*, 11-20.

Le Grange, D., Crosby, R. D., Rathouz, P. J., & Leventhal, B. L. (2007). A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 64*(9), 1049-1056.

Lebowitz, E. (2019). *Addressing parental accommodation when treating anxiety in children*. Oxford Academic Press.

Lerner, R. M. (2018). Character development among youth: Linking lives in time and place. *International Journal of Behavioral Development, 42(*2), 267-277.

Lerner, R. M., Bowers, E. P., Geldhof, G. J., Gestsdóttir, S., & DeSouza, L. (2012). Promoting positive youth development in the face of contextual changes and challenges: The roles of individual strengths and ecological assets. *New Directions for Youth Development, 2* (135), 119-128. https://doi.org/10.1002/yd.20034

Lerner, R. M., Lerner, J. V., P. Bowers, E., & John Geldhof, G. (2015). Positive youth development and relational-developmental-systems. In W. F. Overton & P. C. Molenaar (Eds.). *Handbook of child psychology and developmental science* (7th ed. pp. 607–651). Wiley & Sons.

Li, C. X., Noreen, S., Zhang, L. X., Saeed, M., Wu, P. F., Ijaz, M., ... & Li, J. H. (2022). A critical analysis of SARS-CoV-2 (COVID-19) complexities, emerging variants, and therapeutic interventions and vaccination strategies. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, *146*, 112550.

Lim, K.S., Wong, C.H., McIntyre, R.S., Wang, J., Zhang, Z., Tran, B.X., Tan, W., Ho, C.S., Ho, R.C., (2019). Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis. *International Journal Environment Research Public Health. 16*, 4581. https://doi.org/10.3390/ijerph16224581

Lipchik, E. & De Shazer, S. (1986). The purposeful interview. *Journal of Strategic & Systemic Therapies, 5*, 88-99.

Lipchik, E., Derks, J., Lacourt, M., & Nunnally E. (2012). The evolution of solution-focused brief therapy. En C. Franklin, T. S. Trepper, W. Gingerich, & E.E. McCollum (Eds.), *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp. 3-19). Oxford University Press.

Lizarraga, M. & Ayarra, M. (2001). Entrevista Motivacional. *Anales,* 24 (2), 43-53.

López, A.F., Rondón, J.M., Cellerino, C., & Alfano, S.M. (2010). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Theodore Millon. *Ciencias Psicológicas, 4*(2), 239-271.

Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia Constructiva.* Paidós.

Mahoney, M. J., & Freeman, A. (1988). *Cognición y psicoterapia.* Paidós.

Mahoney, A.E., & McEvoy, P.M. (2012). Changes in intolerance of uncertainty during cognitive behavior group therapy for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 43*(2), 849-854.

Malaquias, S., Crespo, C., & Francisco, R. (2015). How do adolescents benefit from family rituals? Links to social connectedness, depression and anxiety. *Journal of Child and Family Studies, 24*, 3009-3017.

Mariotti, E.C., Bolden, J., & Finn, M. (2021). Tratamiento unificador para la ansiedad y depresión leve en la preadolescencia. *Psicoterapia, 58* (1), 121-132. https://doi.org/10.1037/pst0000350

Márquez, M.E., Sánchez, L., & Itzamna, I. (2015). Resiliencia: implicaciones clínicas, políticas de atención y programas de intervención. En B. Barcelata (Ed.). *Adolescentes en riesgo, Una mirada a partir de la resiliencia* (pp. 121-142). Manual Moderno- UNAM.

Masley, S. A., Gillanders, D.T., Simpson, S.G., & Taylor, M. A. (2012). A systematic review of the evidence base for Schema Therapy. *Cognitive Behavioral Therapy, 41(*3), 185-202. http://org. doi/10.1080/16506073.2011.614274

Masten, A. S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development, 85(*1), 6-20. http://doi:10.1007/s10567-013-0150-2

Masten, A. S. (2018). Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *Journal of Family Theory & Review, 10*(1), 12–31. https://doi.org/10.1111/jftr.12255

Masten, A. S. (2021). Resilience in Developmental Systems principles, pathways, and protective processes in research and practice. In M. Ungar (Ed.). *Multisystemic resilience adaptation and transformation in contexts of change* (pp. 113-134). Oxford University Press.

Matalí, J., García, S., Martín, M., & Pardo, M. (2015). Adicción a las nuevas tecnologías: definición, etiología y tratamiento. En G. Roca (Ed.), *Las nuevas tecnologías en niños y adolescentes Guía para educar saludablemente en una sociedad digital* (*pp. 111-120)*. Faros Sant Joan de Déu.

McGoldrick, M., Carter, B. & Garcia-Preto, N. (2016). *The expanded family life cycle individual, family, social perspectives*. 5th. Ed. Pearson Education Limited.

McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments. A review of current efforts. *The American Psychologist, 65*(2), 73-84

McHugh, R. K., & Weiss, R. D. (2019). Alcohol use disorder and depressive disorders. *Alcohol Research, 40*(1), 3-10.

McKay, M., Wood, J. C., & Brantley, J. (2019). *The dialectical behavior therapy skills workbook: Practical DBT exercises for learning* mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation, and distress tolerance. New Harbinger Publications.

McLeod, J., & Elliott, R. (2011). Systematic case study research: A practice-oriented introduction to building an evidence base for counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research, 11*(1), 1-10.

Medina, C. L. R., & Bernal, G. (2008). La medición en el cambio psicoterapéutico: Hacia una práctica psicológica basada en la evidencia y la medición. *Revista Puertorriqueña de Psicología, 19*, 223-244.

Miller, W. R., & Rollnick, W. (1999). *Entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas.* Ediciones Paidós Ibérica.

Miller, W. R., & Rollnick, W. (2002). *Motivational interviewing. Preparing people for change*. Guilford Press.

Miller, W. R., & Rollnick, W. (2004). Talking oneself into change: Motivational interviewing, stages of change, and therapeutic process. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 18*(4), 299-308.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(2), 129-140Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd. Ed.). Guilford press.

Millon, T. (1974). Un método del aprendizaje biosocial. En T. Millon (Ed.), *Psicopatología y personalidad* (pp.429-438). Interamericana.

Minuchin, S. (1989) *Familias y terapia familiar*. Gedisa.

Minuchin, S., & Fishman, C. (2004). *Técnicas de Terapia Familiar.* 1ª Ed. Paidós.

Montalvo, M. (enero, 2023). Acomodación familiar ante el trastorno obsesivo-compulsivo en madres de adolescentes. Resultados preliminares [Mesa temática]. *XVI Congreso de Posgrado en Psicología.* UNAM, Ciudad de México, México.

Montalvo, M. & Barcelata, B. (november, 2022). Differences among anxiety sensitivity and coping skills in samples of parents of adolescents with and without psychological disorder [Simposium]. *8th Inernational Congress of Clinical and Health Psychology in Children and Adolescents*. *AITANA* Elche, Spain.

Moreno, E., & García, F. (2017). *Metodología para la elaboración de guías de intervención basadas en la evidencia en psicología y salud mental: procedimientos del NICE.* Universidad de Córdoba.

Moretti, L., & Basler, H. (2016). Introducción a las practicas en salud basadas en la evidencia. Decisiones clínicas fundadas en pruebas científicas. En L. A. Medrano & L. S. Moretti (Eds). *Prácticas basadas en la evidencia: ciencia y profesión en el campo de la salud* (pp. 9-24). Editorial Brujas.

Moriana, J. A., & Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 16*(2), 81-100.

Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders frontiers for preventive intervention research*. National Academy of Sciences Press

Naar-King, S. (2011). Motivational interviewing in adolescent treatment. *The Canadian Journal Of Psychiatry, 56*(11), 651-657.

Nares, P. & Barcelata, B. (2021). Construcción y validación de contenido de un instrumento de apoyo familiar en madres adolescentes. *Libro de Resúmenes 4º. Congreso Internacional de Psicología Contribución de la psicología ante los desafíos de un desarrollo sustentable* (pp. 227-227). FES Zaragoza, UNAM.

Nares, P. & Barcelata, B. (2022). Validez de constructo de la escala de expectativas de futuro en la adolescencia EEFA en madres adolescentes [Memoria en extenso]. *IX congreso Internacional del ALFEPSI.* Michoacán, México.

National Institute for Health and Clinical Excellence-NICE (2009). http://www.nice.org.uk

Nidecker, M., DiClemente, C. C., Bennett, M. E., & Bellack, A. S. (2008). Application of the transtheoretical model of change: Psychometric properties of leading measures in patients with co-occurring drug abuse and severe mental illness. *Addictive Behaviors, 33*(8), 1021-1030.

Norcross, J. & Alexander, E. (2019). A primer on psychotherapy integration. In J. Norcross & M. Goldfried (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration* (3rd. ed. pp. 3-23). Oxford University Press https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190690465.001.0001

Norcross, J., & Goldfried. M. (2005). Preface. In J. Norcross & M. Goldfried (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration*. 3rd. Ed. Oxford University Press.

Odgers, K., Dargue, N., Creswell, C., Jones, M. P., & Hudson, J. L. (2020). The limited effect of mindfulness-based interventions on anxiety in children and adolescents: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review, 23*, 407-426.

O'Hanlon, B. & Weiner-Davis, M. (1999). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Paidós.

Organización Mundial de la Salud (2021). *Salud mental del adolescente* Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

Organización Mundial de la Salud (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Organización Panamericana de la Salud (2018). *Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030*. Recuperado de https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-para-salud-mujer-nino-nina-adolescentes-2018-2030

Osborn, L., Rodríguez, M., Wasil, A., Venturo-Conerly, K., Gan, J., Alemu, R., Roe, E., Arango G., Otieno, H., Wasanga, C., Shingleton, R., & Weisz, J. (2020). Single-session digital intervention for adolescent depression, anxiety, and well-being: Outcomes of a randomized controlled trial with Kenyan adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*(7), 657-668. http://doi.org/10.1037/ccp0000505

O'Shea, G., Spence, S.H., & Donovan, C.L. (2015). Group versus individual interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 43*(1), 1-19.

Ozeylem, F., de la Torre-Luque, A., & Essau, C. A. (2021). Factors related to substance use among adolescents from six low and middle-income countries. *Addictive Behaviors Reports, 14*, e100370. https://doi.org/10.1016/j.abrep.2021.100370

Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T,, Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, e., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E.,Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L., Stewart, L., Thomas, J., Tricco, A., Welch, V., Whiting, P., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLoS Medicine, 18*(3), e1003583. https://doi.org/10.1371/journal. pmed.10035

Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2010). *Psicología del desarrollo: De la infancia a la adolescencia*. McGraw-Hill.

Paauw, C., de Roos, C., Tummers, J., de Jongh, A., & Dingemans, A. (2019). Effectiveness of trauma-focused treatment for adolescents with major depressive disorder. *European*

*Journal of Psychotraumatology, 10*(1), 1682931.

Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo, 40*(1), 1-14.

Pinsof, W. (2005). Integrative Problem-Centered Therapy. In J. Norcross & M. Goldfried (Eds.). *Handbook of Psychotherapy Integration*, (2nd. Ed. pp. 382-402). Oxford University Press

Prochaska, J.O. (2020). Transtheoretical Model of Behavior Change. In M.D. Gellman (Ed.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 2266-2270). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-39903-0_70

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Dorsey Press.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (2019). The transtheoretical approach. In J. Norcross & M. Goldfried (Eds.). *Handbook of Psychotherapy Integration* (3rd. ed. pp. 140-171). Oxford University Press.

Prochaska, J. M., Paiva, A. L., Padula, J. A., Prochaska, J. O., Montgomery, J. E., Hageman, L., & Bergart, A. M. (2005). Assessing emotional readiness for adoption using the transtheoretical model. *Children and Youth Services Review*, *27*(2), 135-152.

Prochaska, J.O. & Velicer, W. (1997). Transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion, 12*(1), 38-48.

Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G., & Waite, P. (2021). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry, 30*(2), 183-211.

Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G. & Waite, P. (2021). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *European Child and Adolescent Psychiatry, 30*(2), 183-211. https://doi.org/10.1007/s00787-019-01469-4

Ranney M.L., Pittman, S.K, Dunsiger S, Guthrie, K.M., Spirito, A., Boyer, E.W. & Cunningham, R.M. (2018) Emergency department text messaging for adolescent violence and depression prevention: A pilot randomized controlled trial. *Psychology*

*Services. 15*(4),419-428. http://doi: 10.1037/ser0000193. PMID: 30382737; PMCID: PMC6600822.

Rasing, S.P., Creemers, D.H., Janssens, J. M., & Scholte, R.H. (2017). Depression and anxiety prevention based on cognitive behavioral therapy for at-risk adolescents: a meta-analytic review. *Frontiers in Psychology, 8,* 1066. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01066

Reinholt, N., Aharoni, R., Winding, C., Rosenberg, N., Rosenbaum, B., & Arnfred, S. (2017). Transdiagnostic group CBT for anxiety disorders: the unified protocol in mental health services. *Cognitive Behaviour Therapy, 46*(1), 29-43.

Rejaän, Z., van der Valk, I. E., & Branje, S. (2022). The role of sense of belonging and family structure in adolescent adjustment. *Journal of Research on Adolescence, 32(*4), 1354-1368.

Roberts, D., Henriksen, L. & Foehr, U. (2004). Adolescents and media. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 487-522). John Wiley & Sons.

Rodríguez, R., & Barcelata, B. (2020). Development, factorial structure, and reliability of the Multidimensional Scale of Emotional Regulation for Adolescents (MSERA): Preliminary analysis. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 7*(2), 32–41. https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.2.4

Rodríguez, R. & Barcelata, B. E. (2022). Indicadores de estrés y resiliencia en padres de niños y adolescentes de primaria durante la pandemia. [Memorias en extenso]. *IX Congreso Internacional ALFEPSI 2022*. Michoacán, México. https://www.alfepsi.org/category/congresos-alfepsi/

Rodríguez, R., Barcelata, B. E., García, M., Bermúdez, M., & González-Arratia, N. I. (2021a). Examining the mediating role of coping and emotion regulation in stress models in adolescents. *Journal of Psychology and Mental Health Care, 5*(1), 1–10. https://doi.org/10.31579/2637-8892/107

Rodríguez, R., Barcelata, B. E., & Granados, A. (abril, 2021b). Bienestar psicológico y afrontamiento adolescente en el retorno a actividades presenciales en tiempos de pandemia. [Ponencia]. *XLVIII Congreso Nacional de Psicologia CNEIP 2021*, México.

Rodríguez, R., Barcelata, B., & Lucio, E. (2020). The role of personality traits and emotion regulation in predicting adolescent coping strategies. In K. Moore & P. Buchwald (Eds.), *Stress and anxiety. Theory, practice and measuremen*t (pp. 75–84). Logos Verlag.

Rodriguez, R., Barcelata, B., & Rivera, J. (november, 2022). The role of resilience resources on callous-unemotional traits and internalizing behaviours in adolescents. [Simposio]. *8th Inernational Congress of clinical and health Psychology in Children and Adolescents*. *AITANA* Elche, Spain.

Rogers, C. R. (2004). *El proceso de convertirse en persona.* Paidos.

Rousseau, D. M., & Gunia, B. C. (2016). Evidence-based practice: The psychology of EBP implementation. *Annual Review of Psychology,* 67, 667-692.

Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en Psicología Clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 16(*3), 261-269.

Ruvalcaba, N., Gallegos, J., Villegas, D. & Lorenzo, M. (2013). Influencia de las habilidades socioemocionales, los estilos de comunicación y los estilos parentales sobre el clima familiar. *Revista de Investigación y Divulgación en Psicología y Logopedia*, 3(2), 2-7

Sameroff, A. (2013). Psychosocial constraints on the development of resilience. *Annuary of New York Academy Science,* 116-124.

Sánchez, D. & Barcelata, B. (2020). Exploración de la validez de constructo de la escala short-EMBU para adolescentes mexicanos En Asociación Española de Psicología Conductual (Comps.) *Memoria 13th International Congress of Clinical Psychology.* Asociación Española de Psicología Conductual https://es.scribd.com/document/652907422/Libro-de-Abstracts

Santomauro, D., Sheffield, J., & Sofronoff, K. (2016). Depression in adolescents with ASD: A pilot RCT of a group intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 46,* 572-588.

Schade, N., Torres, P. & Beyebach, M. (2011). Cost-efficiency of a brief family intervention for somatoform patients in primary care. *Journal of Family Systems and Health, 29*, 197-205.

Schleider, J. L., & Weisz, J. R. (2016). Reducing risk for anxiety and depression in adolescents: Effects of a single-session intervention teaching that personality can change. *Behaviour Research and Therapy, 87*, 170-181.

Schmidt, V., Marconi, A., Messoulam, N., Maglio, A., Molina, F. & Gonzalez, M. A. (2007). La comunicación entre padres e hijos desde la percepción adolescente. Una aproximación etnopsicológica. *Revista de Psicología Social Aplicada*, *17*(1), 5-22.

Seiffge-Krenke, I., & Pakalniskiene, V. (2011). Who shapes whom in the family: Reciprocal links between autonomy support in the family and parents' and adolescents' coping behaviors. *Journal of Youth and Adolescence, 40,* 983-995.

Selekman, M. (1993). *Pathways to change: Brief therapy solutions with difficult adolescents*. Guilford Press.

Selekman, M. (2015). *Abrir caminos para el cambio: soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Editorial Gedisa.

Seligman, M. E. (1974). *Depression and learned helplessness*. John Wiley & Sons.

Shifflet-Chila, E. D., Harold, R. D., Fitton, V. A., & Ahmedani, B. K. (2016). Adolescent and family development: Autonomy and identity in the digital age. *Children and Youth Services Review, 70*, 364-368.

Sibley, M. H., Graziano, P. A., Kuriyan, A. B., Coxe, S., Pelham, W. E., Rodriguez, L., & Ward, A. (2016). Parent-teen behavior therapy+ motivational interviewing for adolescents with ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(8), 699-712.

Siraj, R., Najam, B., & Ghazal, S. (2021). Sensation seeking, peer influence, and risk-taking behavior in adolescents. *Education Research International, 2021* (1), e 8403024. https://doi.org/10.1155/2021/8403024

Spence, S. H., O'Shea, G., & Donovan, C. L. (2016). Improvements in interpersonal functioning following interpersonal psychotherapy (IPT) with adolescents and their association with change in depression. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy, 44*(3), 257-272.

Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. N., & Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(3), 486-503.

Stricker. G. & Gold, J. (2005). *Assimilative Psychodynamic Psychotherapy. In* In J. Norcross & M. Goldfried (Eds.). *Handbook of Psychotherapy Integration,* (2nd. ed. pp. 221-240). Oxford University Press.

Suárez, Á. G. (2010). Los sistemas sexo/género en distintas sociedades: modelos analógicos y digitales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (Reis), 130*(1), 61-96.

Suarez, K. & Kazdin, A. (2023). Salud mental infantil y la brecha de tratamiento en México. *Psicología y Salud, 33*(1), 5-18. https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.276833

Tasca, G. A., Sylvestre, J., Balfour, L., Chyurlia, L., Evans, J., Fortin-Langelier, B., ... & Wilson, B. (2015). What clinicians want: Findings from a psychotherapy practice research network survey. *Psychotherapy, 52*(1), 1-11. http://doi.org/10.1037/a00382521.

Tomm, K. (1987). Interventive interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. *Family Process, 26*(1), 3-13.

Tomm, K. (1988). La Entrevista como Intervención: Las preguntas reflexivas como forma de posibilitar la curación. En M. Beyebach & J.L. Rodríguez (Comp). *Terapia Familiar* (pp. 22-50). Universidad Pontificia de Salamanca.

Uslu, F., & Gizir, S. (2017). School Belonging of Adolescents: The Role of Teacher-Student Relationships, Peer Relationships and Family Involvement. *Educational Sciences: Theory and Practice, 17*(1), 63-82.

UNICEF (2015). *Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes*. Recuperado de https://www.unicef.org/mexico/sobrepeso-y-obesidad-en-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y-adolescentes

UNICEF (2019). *Más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales*. https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/m%C3%A1s-del-20-de-los-adolescentes-de-todo-el-mundo-sufren-trastornos-mentales

UNICEF (2021). *6 efectos de la pandemia en la salud mental de adolescentes y jóvenes*. https://www.unicef.org/lac/6-efectos-de-la-pandemia-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y-jovenes

Ungar, M. (2021). Modelling multisystemic resilience: connecting biological, psychological, social, and ecological adaptation in contexts of adversity. In M. Ungar (Ed.). *Multisystemic Resilience Adaptation and Transformation in Contexts of Change* (pp. 6-34). Oxford University Press.

Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica, 135*(11), 507-511.

Van-Der Kaap-Deeder, J., Soenens, B., Mabbe, E., Dieleman, L., Mouratidis, A., Campbell, R., & Vansteenkiste, M. (2019). From daily need experiences to autonomy-supportive

and psychologically controlling parenting via psychological availability and stress. *Parenting, 19,* 177-202.

Vega, V. (2012). *La entrevista Motivacional: una valiosa herramienta de Promoción de la Salud*. [Tesis inédita de maestría]. Universidad de Cantabria, España

Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Rossi, J. S., Redding, C. A., Laforge, R. G., & Robbins, M. L. (2000). Using the transtheoretical model for population-based approaches to health promotion and disease prevention. *HOMEOSTASIS-PRAHA-, 40*(5), 174-195.

Villegas de la Lama, C. (2014). *La entrevista clínica y motivacional: su aplicación en adolescentes*. [Tesis inédita de maestría]. Universidad de Cantabria, España.

Virués-Ortega, J., & Haynes, S. N. (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*(3), 567-587.

Von der Embse, N., Barterian, J., & Segool, N. (2013). Test anxiety interventions for children and adolescents: A systematic review of treatment studies from 2000–2010. *Psychology in the Schools, 50*(1), 57-71. 4152313428729045

Walsh, F. (2021). Family resilience: A dynamic systemic framework. In M. Ungar (Ed.). *Multisystemic resilience: Adaptation and transformation in contexts of change* (pp. 255-270). Oxford University Press.

Walsh, F. (2016). Family resilience: A developmental systems framework. *European Journal of Developmental Psychology, 13*(3), 313-324. https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1154035

Wampold, B. (2017). What should we practice? A contextual model for how psychotherapy works. In T. G. Rousmaniere, R.K. Goodyear, S.D. Miller, & B.E. Wamplold (Eds,). *The cycle of excellence: Training, supervision, and deliberate practice* (pp. 49-65). Wiley.

Wampold, B. & Ulvenes, P. (2019). Integration of common factors and specific ingredients. In J. Norcross & M. Goldfried (Eds.). *Handbook of Psychotherapy Integration* (3th. ed. pp. 299-320). Oxford niversity Press

Weisz, J., Bearman, S. K., Santucci, L. C., & Jensen-Doss, A. (2017). Initial test of a principle-guided approach to transdiagnostic psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *46*(1), 44-58.

Wolberg, L. (1995). *The techinique of psychotherapy*. Janson Aronson

World Health Organization (2020). *Statement on the second meeting of the international health regulations. Emergency committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV).* https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)

World Health Organization (2021). *Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimate.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643

World Health Organization (2024a). *International Classification of Health Interventions (ICHI)*. https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-health-interventions

World Health Organization (2024b). *Psychological interventions implementation manual: integrating evidence-based psychological interventions into existing services*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376208/9789240087149-eng.pdf?sequence=1

Yin, R. K. (2014). *Case Study Research: Design and Methods* (5th ed.). Thousand Oaks

Young, J. F., Mufson, L., & Gallop, R. (2020). Preventing depression: a randomized trial of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training. *Depression and Anxiety, 27*(5), 426–433. https://doi.org/10.1002/da.20664

Zarbo, C., Tasca, G. A., Cattafi, F., & Compare, A. (2016). Integrative psychotherapy works. *Frontiers in Psychology, 6*, 2021-2030.

Zhang, A. (2021). Solution-Focused Brief Therapy for Depression Among Adolescents and Young Adults Diagnosed With Cancer: An Open Pilot Trial. *Research on Social Work Practice, 32*(4), 388-401.

Zuckerman, M. & Kuhlman, D. (2000). Personality and Risk-Taking: common biosocial factors. *Journal of Personality, 68,* 999–1017.

# Anexo

**Cuadro 4.** Intervenciones con adolescentes para el tratamiento de la ansiedad y depresión.

| | | |
|---|---|---|
| **AUTORES AÑO PAIS** | Kanine, Bush, Davis, Jones, Sbrilli, & Young (2023). USA | Mariotti, Bolden & Finn (2021) USA |
| **MUESTRA** | 22 adolescentes de 13 a 17 años | 1 Niño de 12 años con síntomas de ansiedad, depresión y TDAH |
| **ENFOQUE / INTERVENCIÓN PROBLEMA** | Psicoterapia Interpersonal-Capacitación de Habilidades Adolescentes (IPT-AST) | Tratamiento trans-diagnóstico "Protocolo Unificado para Niños (UP-C)" |
| **OBJETIVO / ESCENARIO** | Investigar la fidelidad, viabilidad, aceptabilidad y resultados clínicos preliminares de IPT-AST cuando se entrega por miembros del equipo de investigación en una pediatría urbana | Examinar preliminarmente en un análisis de caso sistémico (a) la eficacia del UP-C para un paciente preadolescente con ansiedad/depresión leve, y (b) la utilidad clínica de evaluar resultados tanto nomotéticos como ideográficos |
| **DISEÑO** | Ensayo clínico abierto | Pretest-Postest series temporales |
| **INSTRUMENTOS O MEDIDAS** | Patient health questionnaire modified for adolescents (PHQ-9-M) | Inventario de depresión infantil, segunda edición, informe de los padres y autoinforme (CDI-2-PR). Escala de Ansiedad Manifestada Infantil Revisada, Segunda Edición (RCMAS-2) que mide la naturaleza y el grado de ansiedad presente en niños de 6 a 19 años.<br>Inventario de síntomas de niños y adolescentes, quinta edición (CASI-5) es una escala de calificación de trastornos emocionales y de conducta en niños y adolescentes de 5 a 18 años.<br>DSM-5 Medidas transversales de síntomas de nivel 2, calificadas por padres/tutores y calificadas por niños.<br>Escalas de trastorno por déficit de atención de Brown para niños: informe de los padres e informe del niño |
| **RESULTADOS** | Los resultados demostraron altos niveles de fidelidad, asistencia y aceptabilidad, a pesar de algunas diferencias con el reclutamiento. Adolescentes y cuidadores reportaron mejoras significativas en el funcionamiento. | Se informaron cambios significativos y confiables entre los síntomas depresivos totales y los problemas emocionales antes y después del tratamiento, ya que sus puntuaciones en ambos dominios disminuyeron durante el transcurso del tratamiento<br>Aumentar y diversificar el tamaño de la muestra para un estudio como este sería útil en términos de generalizar las afirmaciones sobre la efectividad de la utilización del UP-C para niños con angustia emocional subclínica |

**Cuadro 4.** Intervenciones con adolescentes para el tratamiento de la ansiedad y depresión.

| | | |
|---|---|---|
| **AUTORES AÑO PAIS** | Zhang (2021) China | Christ, Schouten, Blankers, van Schaik, Beekman, Wisman, Stikkelbroek, & Dekker (2020) USA |
| **MUESTRA** | 10 adultos y adultos jóvenes (AYA) con diagnóstico primario de sarcoma participaron en un piloto abierto de SFBT para su depresión entre enero y junio de 2019 impartido por pasantes de trabajo social capacitados | |
| **ENFOQUE / INTERVENCIÓN PROBLEMA** | Este estudio piloto tiene por objeto examinar la aceptabilidad y la eficacia (preliminar) del SFBT para la depresión entre los AYAs diagnosticados con cáncer | TCC |
| **OBJETIVO / ESCENARIO** | Este estudio piloto evalúa la aceptabilidad y eficacia preliminar de la terapia breve enfocada en soluciones (SFBT) para depresión, ansiedad y esperanza entre los adolescentes y adultos jóvenes (AYA) diagnosticados con cáncer. | Objetivo examinar los efectos posteriores al tratamiento y de seguimiento y explorar los moderadores de los efectos del tratamiento. |
| **DISEÑO** | Se utilizó un diseño de grupo único previo y posterior al ensayo para comparar resultados a lo largo del tiempo a través del tratamiento previo, posttratamiento inmediato y seguimiento de 1 mes. | Metanálisis de la eficacia de la TCCc en el tratamiento de la ansiedad y la depresión en adolescentes y adultos jóvenes en comparación con el tratamiento activo y los controles pasivos. El protocolo de revisión sistemática fue registrado en el Registro Prospectivo Internacional de Revisiones Sistemáticas (PROSPERO) |
| **INSTRUMENTOS O MEDIDAS** | Manual de tratamiento de terapia enfocada en soluciones para trabajar con individuos 2a versión Solution-Focused Brief Therapy Association | |
| **RESULTADOS** | Todos los participantes completaron cuatro sesiones planificadas y notificaron una fuerte aceptabilidad del SFBT. Estadísticamente significativo se observaron mejoras en las puntuaciones de depresión, ansiedad y niveles de esperanza antes y después del tratamiento. Estas mejoras se mantuvieron en el seguimiento de 1 mes, con patrones significativos de diferencia en la depresión de los participantes del estudio, ansiedad y niveles de esperanza en el tiempo.<br>El SFBT es un enfoque de intervención aceptable para la depresión (y la ansiedad) entre los AYAs diagnosticados con cáncer. SFBT ofrece un enfoque breve, para abordar las preocupaciones de salud mental entre jóvenes diagnosticado con cáncer. | La TCCc es beneficiosa para reducir la ansiedad postratamiento y los síntomas depresivos en adolescentes y adultos jóvenes en comparación con controles pasivos.En comparación con los controles de tratamiento activo, la TCCc produjo efectos similares con respecto a los síntomas de ansiedad. En cuanto a los síntomas depresivos, los resultados siguen sin estar claros. Se necesita más investigación que incluya controles activos y evaluaciones de seguimiento a largo plazo |

**Cuadro 4.** Intervenciones con adolescentes para el tratamiento de la ansiedad y depresión.

| | | |
|---|---|---|
| **AUTORES AÑO PAIS** | Ding & Yao (2020) China | Osborn, Rodríguez, Wasil, Venturo-Conerly, Gan, Alemu, Roe, Arango Otieno, Wasanga, Shingleton, & Weisz (2020) Kenya |
| **MUESTRA** | 1200 estudiantes de secundaria de ambos sexos de 12 a 18 años en las provincias de Hunan y Guangxi en China. | 103 adolescentes de 13 a 18 años |
| **ENFOQUE / INTERVENCIÓN PROBLEMA** | Modelo 328-basado en la intervención de educación entre pares | Intervención Shamiri-Digital. La intervención Shamiri-Digital consta de tres módulos: mentalidad de crecimiento, gratitud y afirmación de valor. |
| **OBJETIVO / ESCENARIO** | Se propone de forma innovadora el modelo 328 en este estudio y se combinó con la forma de apoyo psicológico de educación entre pares que es fácilmente aceptada por el grupo de adolescentes para intervenir en la ansiedad, depresión y problemas de sueño de los jóvenes durante la pandemia COVID-19. | Probar los efectos de la intervención Shamiri-Digital contra un grupo de control de habilidades de estudio digital activo |
| **DISEÑO** | Estudio de pretest-postest | Ensayo controlado aleatorio Pre-test-Postest y seguimiento |
| **INSTRUMENTOS O MEDIDAS** | Self-rating anxiety scale (SAS) . Self-rating depression scale (SDS). Pittsburgh sleep quality index (PSQI) y un Self-designed questionnaire | Patient Health Questionnaire– 8 (PHQ-8). Generalized Anxiety Disorder Screener–7 (GAD-7). Happiness and Optimism subscales of the Engagement, Perseverance, Optimism, Connectedness, and Happiness Measure of Adolescent Well-Being (EPOCH |
| **RESULTADOS** | La intervención basada en el modelo 328 puede reducir significativamente el nivel de ansiedad y depresión en los adolescentes y mejorar su calidad del sueño. | En comparación con el grupo control, Shamiri-Digital produjo una mayor reducción de los síntomas depresivos en adolescentes tanto en la muestra completa |

**Cuadro 4.** Intervenciones con adolescentes para el tratamiento de la ansiedad y depresión.

| | | |
|---|---|---|
| **AUTORES AÑO PAIS** | Ranney, Pittman, Dunsiger, Guthrie, Spirito, & Boyer (2018) USA | Weisz, Bearman, Santucci & Jensen-Doss (2017) USA |
| **MUESTRA** | 16 adolescentes de 13 a 17 años; contexto urbano de Estados Unidos. | Participaron 24 jóvenes que habían sido remitidos a una de las dos clínicas de salud mental comunitarias urbanas del noreste de los Estados Unidos para recibir tratamiento por las vías comunitarias normales.<br>La edad de los jóvenes oscilaba entre 7,11 y 15,17 años |
| **ENFOQUE / INTERVENCIÓN PROBLEMA** | iDOVE, "intervención breve para la prevención de la depresión y la violencia en el ED." iDOVE. | El protocolo FIRST resultante fue diseñado para la administración individual a jóvenes, cuidadores y combinaciones de jóvenes y cuidadores, como se indica. Los cinco principios son los siguientes: Sentir calma, Aumentar la motivación. Reparar pensamientos, Resolver problemas y Intentar lo contrario.<br>Integramos estos principios para crear un prototipo de manual inicial |
| **OBJETIVO / ESCENARIO** | Evaluar la aceptabilidad y viabilidad de una base teórica de dos partes de un programa de prevención de la depresión, "intervención para Depresión y Prevención de la violencia en el Servicio de Urgencias" (iDOVE), para adolescentes de alto riesgo | Para proporcionar evidencia sobre FIRST, se evaluó su viabilidad para su uso en la práctica clínica diaria (examinando el proceso de terapia, el compromiso del cliente y la adhesión del terapeuta y la competencia en el uso del protocolo), (b) su aceptabilidad (examinar la satisfacción de la alianza terapéutica y el tratamiento por parte de los jóvenes, los cuidadores y los terapeutas) y (c) su potencial para el beneficio clínico |
| **DISEÑO** | Método mixto de evaluaciones cualitativas y cuantitativas. | Diseño pre/postratamiento, se estructuró para evaluar cómo funcionaría FIRST en un contexto ambulatorio clínico comunitario, incluyendo su viabilidad y aceptabilidad, y si los cambios en las medidas clínicas de pre después del tratamiento podría sugerir un potencial beneficio clínico |
| **INSTRUMENTOS O MEDIDAS** | Basado en la Escala de Calificación de la Terapia Cognitiva y el Código de Integridad del Tratamiento | "FIRST" protocolo. El protocolo incluyó una visión general inicial de los cinco principios y su papel potencial en el tratamiento de la ansiedad, la depresión y los problemas de conducta de los jóvenes. |
| **RESULTADOS** | Esta intervención preventiva automatizada de mensajes de texto es aceptable y factible.<br>Los datos cualitativos destacan la importancia de crear herramientas de salud digital positivas, relevantes e interactivas para los adolescentes | El protocolo FIRST mostró evidencia de factibilidad, aceptabilidad y beneficio clínico cuando es usado por practicantes con jóvenes referidos tratados en clínicas comunitarias. Los hallazgos sugieren un potencial suficiente para justificar un ensayo controlado aleatorio completo de FIRST. |

**Cuadro 4.** Intervenciones con adolescentes para el tratamiento de la ansiedad y depresión.

| | | |
|---|---|---|
| **AUTORES AÑO PAIS** | Racing, Creemers, Janssens, & Scholte (2017) Países Bajos | Brunstein-Klomek, Kopelman-Rubin, Apter, Argintaru, & Mufson (2017) USA |
| **MUESTRA** | | 18 jóvenes de 10 a 17 años |
| **ENFOQUE / INTERVENCIÓN PROBLEMA** | Terapia Cognitivo Conductual | Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A) |
| **OBJETIVO / ESCENARIO** | Esta revisión tuvo como objetivo identificar y describir programas de prevención escolares y comunitarios basados en la terapia cognitivo-conductual con el objetivo principal de prevenir la depresión, la ansiedad o ambas en adolescentes con riesgo de desarrollar estos trastornos. Además, nuestro objetivo era determinar su eficacia para reducir los síntomas de depresión y ansiedad a corto y largo plazo. | Examinar la viabilidad y aceptabilidad del IPT-A adaptado para adolescentes diagnosticados con SLD, ADHD, o ambos con síntomas de depresión y ansiedad |
| **DISEÑO** | El diseño del estudio (metanálisis) se informará de acuerdo con la Declaración PRISMA para informar revisiones sistemáticas y metanálisis de estudios que evalúan intervenciones de atención médica | Pre test pot-test |
| **INSTRUMENTOS O MEDIDAS** | Se realizaron búsquedas electrónicas en las bases de datos Medline (desde 1946), PsycInfo (desde 1906), Embase (desde 1974) y Eric (desde 1965) en julio de 2013. Esta búsqueda se actualizó en febrero de 2017. Se utilizó el software Review Manager de la Colaboración Cochrane (RevMan versión 5.3) para realizar metanálisis | IPT-ALD es una intervención psicológica manual para adolescentes que han sido diagnosticados con SLD/ADHD y sufren de síntomas de depresión y ansiedad. |
| **RESULTADOS** | Los hallazgos actuales sugieren con cautela que los programas de prevención de la depresión y la ansiedad basados en la TCC podrían tener pequeños efectos sobre la salud mental de los adolescentes. Sin embargo, también indica que aún queda mucho por ganar en materia de programas de prevención. Se discuten los hallazgos actuales y las posibilidades para futuras investigaciones con el fin de mejorar aún más la eficacia de la prevención dirigida a los trastornos de internalización. | Los resultados del estudio sugieren que IPT-ALD es un tratamiento viable y que los jóvenes lo consideran con alta satisfacción |

**Cuadro 4.** Intervenciones con adolescentes para el tratamiento de la ansiedad y depresión.

| | | |
|---|---|---|
| **AUTORES AÑO PAIS** | Santomauro,Sheffield & Sofronoff (2016) Australia | O'Shea, Spence, & Donovan (2015) Australia |
| **MUESTRA** | 42 inicial final 20 participantes con ≥ 14 puntos en el Inventario de la Depresión de Beck | 39 adolescentes, de 13 a 19 años de edad, con un diagnóstico primario de trastorno depresivo mayor Aleatorización en bloques para recibir IPT en grupo o individualmente. Edad o menos y se le ha diagnosticado un MDD, distimia o síntomas depresivos |
| **ENFOQUE / INTERVENCIÓN PROBLEMA** | Intervención cognitiva conductual | Psicoterapia interpersonal (PTI) en adolescentes deprimidos |
| **OBJETIVO / ESCENARIO** | Este estudio tenía por objeto evaluar la viabilidad, aceptabilidad y eficacia preliminar de una intervención cognitiva conductual para la depresión en adolescentes con TEA. | Realizar un examen a pequeña escala de la eficacia a largo plazo de la administración grupal versus individual de PTI para adolescentes |
| **DISEÑO** | Serie de tiempos. Se realizaron una serie de correlaciones semiparciales. | Pretest- postest Seguimiento 12 meses |
| **INSTRUMENTOS O MEDIDAS** | Australian Scale for Autism Spectrum Conditions (ASASC). Beck Depression Inventory-II (BDI). Asperger Syndrome (and High-Functioning Autism) Diagnostic Interview (ASDI). Emotion Regulation Questionnaire (ERQ). Depression Anxiety Stress Scale (DASS). Reading the Minds in the Eyes Task (RMET). Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI). | The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia in School-Age Children Epidemiological Version– K-SADS-E; P Beck Depression Inventory– II Spence Children's Anxiety Scale (SCAS-C) Autoinforme para niños Children's Global Assessment Scale Youth Self-Report-Revised |
| **RESULTADOS** | A pesar del pequeño tamaño de la muestra (n = 20), hubo un efecto de tratamiento de tendencia medido por el Depresión Ansiedad Escala de estrés: Depresión | Mejoras en la terapia individual (ITT) indicaron mejoras significativas en la depresión, la ansiedad, los problemas de internalización informados por los jóvenes y el funcionamiento global desde antes hasta después del tratamiento para aquellos que recibieron IPT, sin diferencias significativas en los resultados entre los formatos de tratamiento grupal e individual. |

**Cuadro 4.** Intervenciones con adolescentes para el tratamiento de la ansiedad y depresión.

| **AUTORES AÑO PAIS** | Spence, O´Shea, & Donovan (2016) Australia | Young, Mufson, & Gallop (2010) USA |
|---|---|---|
| **MUESTRA** | 39 adolescentes, de 13 a 19 años de edad, con un diagnóstico | Cincuenta y siete adolescentes con síntomas elevados de depresión fueron asignados al azar |
| **ENFOQUE / INTERVENCIÓN PROBLEMA** | Psicoterapia interpersonal (PTI) en adolescentes depresión mayor | Psicoterapia interpersonal-entrenamiento en habilidades para adolescentes (IPT-AST) o asesoramiento escolar (SC). |
| **OBJETIVO / ESCENARIO** | Determinar si la terapia interpersonal cambia la depresión en jóvenes | Comparar IPT-AST y SC. Se presume que habría tasas de cambio significativamente diferentes en los síntomas depresivos y el funcionamiento general entre los adolescentes en IPT-AST y aquellos en SC. Se anticipan diferentes tasas de trastornos depresivos en las condiciones de intervención. Como objetivo complementario, se evalúa la viabilidad de involucrar a los padres en IPT-AST. |
| **DISEÑO** | Pretest- postest Seguimiento 12 meses | Pre-Post-Seguimiento Se implementó un modelo lineal por partes, que examinó el cambio durante la intervención y el cambio durante el seguimiento. |
| **INSTRUMENTOS O MEDIDAS** | Cédula de trastornos afectivos y esquizofrenia en niños en edad escolar Versión epidemiológica - 5ª revisión (K-SADS-E). Inventario de Depresiòn de Beck. Escala de ansiedad en niños de Spence (SCAS-C) Autoinforme para niños y adolescentes/Autoreporte para Jóvenes (YSR) | Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos |
| **RESULTADOS** | Mejoras significativas en las habilidades sociales, en el funcionamiento social en general y la calidad de las relaciones adolescente-padres. Incremento en el apego seguro decremento en el inseguro. Beneficios a 12 meses. | Los adolescentes IPT-AST mostraron mayores reducciones en los síntomas de depresión y mayores mejoras en el funcionamiento general que los adolescentes SC después de la intervención. También informaron menos síntomas de depresión y un mejor funcionamiento general después de la intervención y a los 6 meses de seguimiento. la asistencia de los padres fue variable, particularmente en las dos últimas sesiones entre padres y adolescentes. Aunque los padres asistieron a casi dos tercios de las sesiones, esto a menudo requirió reprogramar las reuniones, lo que puede no ser factible en la práctica habitual. Nuestro diseño no nos permite sacar conclusiones definitivas sobre IPT-AST con y sin participación de los padres. |

**Cuadro 4.** Intervenciones con adolescentes para el tratamiento de la ansiedad y depresión.

| | |
|---|---|
| **AUTORES AÑO PAIS** | Eskin, Ertekin, & Demir (2008) USA |
| **MUESTRA** | Un total de 46 estudiantes de secundaria y universidad Autoreferido asignados aleatoriamente a una terapia de resolución de problemas (n = 27) y a una lista de espera de control (n = 19) completaron un ensayo controlado de tratamiento cognitivo conductual de resolución de problemas. |
| **ENFOQUE / INTERVENCIÓN PROBLEMA** | Terapia cognitivo-conductual de resolución de problemas (PST) estructurada y a corto plazo |
| **OBJETIVO / ESCENARIO** | El objetivo general de este estudio fue evaluar la eficacia de una terapia de resolución de problemas en el tratamiento de la depresión y la propensión al suicidio en adolescentes y adultos jóvenes. Un segundo objetivo fue evaluar si la PST conduce o no a mejoras en la capacidad autoevaluada de resolución de problemas. Un tercer objetivo fue investigar el impacto del PST en factores protectores como la autoestima y la asertividad. |
| **DISEÑO** | Se llevó a cabo un ensayo controlado aleatorio para comparar un tratamiento de resolución de problemas para la depresión mayor y el potencial suicida con una condición de control en lista de espera en un grupo de estudiantes de secundaria y universitarios. |
| **INSTRUMENTOS O MEDIDAS** | La evaluación con la Entrevista Clínica Estructurada-Versión Clínica (SCID-I/CV). De los participantes que recibieron un diagnóstico de depresión, 27 (escuela secundaria = 13; universidad = 14) fueron asignados aleatoriamente a una condición PST y 26 (escuela secundaria = 12; universidad = 14) fueron asignados aleatoriamente a la condición WLC. Durante el proceso terapéutico se utilizaron: La Escala de calificación de depresión de Hamilton, Inventario de depresión de beck, Escala de probabilidad de suicidio, Inventario de resolución de problemas, Escala de comportamiento interpersonal, Escala de autoestima de Rosenberg, Escala de Alianza Terapéutica |
| **RESULTADOS** | Los resultados mostraron que las puntuaciones de depresión y riesgo de suicidio post-tratamiento de los participantes dentro de la condición PST disminuyeron significativamente en comparación con las puntuaciones previas al tratamiento, pero las puntuaciones de depresión y riesgo de suicidio antes y después de la espera de los participantes dentro de la condición WLC se mantuvieron sin cambios. Del mismo modo, las puntuaciones de autoestima y asertividad post-tratamiento de los participantes dentro de la condición PST aumentaron significativamente en comparación con las puntuaciones previas al tratamiento, mientras que las puntuaciones de autoestima y asertividad post-espera y antes de la espera de los participantes dentro de la condición WLC se mantuvieron sin cambios. Después del tratamiento, el 77,8% de los participantes en el PST, pero sólo el 15,8% de los que estaban en la condición WLC lograron una recuperación total o parcial según las puntuaciones del BDI. De manera similar, el 96,3% de los participantes en el PST, pero solo el 21,1% de los que estaban en la condición WLC lograron una recuperación total o parcial según las puntuaciones de la HDRS. Las mejoras se mantuvieron a los 12 meses de seguimiento. Por lo tanto, se concluye que la terapia de resolución de problemas debe considerarse como una opción viable para el tratamiento de la depresión y el potencial suicida en adolescentes y adultos jóvenes. |

*Nota:* Cuadro elaborado con la participación de Tania Cercas González en la búsqueda y concentración de información bibliográfica.

# Sobre la Autora

Licenciada en Psicología; Maestra en Psicología Clínica; Doctora en Psicología y Salud por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Especializada en “Evaluación de Problemas Psicológicos” por el Instituto Nacional de Psiquiatría; en el “Manejo del Estrés en Problemas de Salud”, por la UNAM/Instituto Nacional de Nutrición. Certificada en Terapia Racional Emotiva por el Instituto Albert Ellis de New York.

Profesor de Carrera Titular "C" Definitivo de la FES Zaragoza, UNAM. Miembro del Programa de Apoyo a Profesores de Tiempo Completo (PRIDE D) de la DGAPA-UNAM. También profesora y tutora del Programa de Posgrado de Maestría y Doctorado en Psicología de la FES campus Zaragoza y campus Facultad de Psicología de la UNAM, en la Maestría en Terapia Familiar y en el Programa de Doctorado. Fundó el “Programa de Atención a Adolescentes y Familias” en la Clínica Universitaria de la FES Zaragoza orientado a brindar intervención psicológica a adolescentes y familias de la zona conurbada metropolitana de la Ciudad de México. Ganadora en dos ocasiones (2015, 2017), del Premio al Servicio Social Gustavo Baz Prada (UNAM) por el trabajo a la comunidad. Reconocimiento de la *Society for Research on Adolescence* con el *“Outstanding Scholarly Contribution to Adolescence in the Majority World Award”.*

Miembro del Sistema Nacional de Investigadores CONACyT-México. Ha sido líder y colaboradora de investigaciones a nivel nacional con financiamiento (PAPIIT, PAPIME, y CONACyT-México) y en proyectos internacionales, en la Universidad de Granada, España; en la Universidad Católica de Asunción, Paraguay (CONACyT 14-INV-424). Líder de la línea de investigación “Salud, Adolescencia y Familia”, LI-FESZ-250506 desde 2006 de la División de Investigación, FES Zaragoza, UNAM. Actualmente responsable del Proyecto PAPIIT IT300223 “Indicadores y procesos de riesgo-protección psicosocial individuales y familiares de adaptación en adolescentes de contextos adversos” DGAPA-UNAM. Miembro fundador de la Red Iberoamericana de Investigación en Indicadores Positivos de Salud Mental y Desarrollo Humano (UNAM, Universidad de Guadalajara, México. Pontificia Universidad Javeriana, Universidad de Granada, Universidad “La Laguna”, España). Miembro del Sistema Mexicano de Investigación en Psicología (SMIP). Miembro de la Red de Investigación “CUMEX” en la Red Desarrollo del Niño, del Adolescente, de la Red Infancia de AITANA y de la Stress, Trauma, Anxiety & Resilience Society Research.

# Modelo Ecológico-Sistémico de Intervención Integrativa para Adolescentes: Propuesta basada en evidencia

Blanca Estela Barcelata Eguiarte

La adolescencia es una etapa transicional entre la niñez y la adultez emergente caracterizada por cambios vertiginosos del neurodesarrollo vinculados con procesos psicológicos y sociales, lo que la hace ser un período especialmente sensible del desarrollo humano. Para la perspectiva ecológica-sistémica el desarrollo adolescente es el resultado de la interacción dinámica entre diferentes factores de riesgo y protección a lo largo de diversos niveles ecológicos, como la familia, la escuela, los grupos sociales, en los que transita el adolescente de los cuales la primera asume un rol central. Dependiendo de la combinación de dichos factores pueden surgir algunas dificultades o alteraciones en las trayectorias del desarrollo y en la adaptación, aunque gracias a la plasticidad que caracteriza esta etapa se puede intervenir de manera integral y redireccionar dichas trayectorias. En ese sentido es importante desarrollar modelos de intervención a partir de una visión ecológica sistémica de la adolescencia que incluya en primer lugar a la familia como parte de los procesos de cambio en los adolescentes, como lo recomienda la OMS (2023), de lo cual se hace referencia en el capítulo uno. Por tanto, el desarrollo de la intervención tendría que basarse en un marco conceptual-metodológico lo suficiente amplio y flexible, lo que ha llevado a la necesidad de integrar enfoques terapéuticos, con el fin de resolver problemas en la práctica, pero con limites epistemológicos y teóricos claros, con premisas e incluso técnicas afines, entre sí, enmarcados dentro de una perspectiva general compartida, aspectos que se revisan en el capítulo dos. Independientemente de cuál sea en enfoque general o específico de la intervención, ésta tendría que ser basada en evidencia, desarrollada de acuerdo a ciertos lineamientos y procedimientos, para lo cual existen guías propuestas por organismos como la NICE (2021), la APA (2012), entre otros, que orientan el proceso sistemático del desarrollo de intervenciones de tal forma que sean replicables y muestren de manera objetiva su utilidad (eficiencia, efectividad y eficacia), lo cual se presenta en el capítulo tres. Hechas estas consideraciones, en el capítulo cuatro, se presenta la propuesta de un modelo de intervención integrativa con base en una perspectiva ecológica-sistémica, así como los procedimientos que se siguieron para realizar una práctica psicológica basada en evidencia. Se muestra el modelo en general de intervención, premisas, así como los programas para adolescentes y padres, y ejemplos de protocolos de intervención específicos con sendos grupos esperando sean una guía útil para el desarrollo de intervenciones. El último capítulo comparte algunas consideraciones generales sobre lo que implica la adolescencia, los límites y bondades de los enfoques integrativos y de la importancia de desarrollar intervenciones basadas en evidencia. Se espera que el libro "Modelo Ecológico-Sistémico de Intervención Integrativa para Adolescentes: Propuesta basada en evidencia", represente un recurso que nutra la práctica de la psicología, principalmente, en los ámbitos clínico y educativo, de quienes trabajan y están interesados en promover, fortalecer y restablecer el bienestar integral de los adolescentes, pudiendo ser consultado por estudiantes, académicos y profesionales del campo de la psicología y salud.

FES ZARAGOZA

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**

9 786073 099387