



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

PROPUESTA DE PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

Alumno/a: **María Franco Ruiz**

Tutor/a: Prof. D. Luis Joaquín García López

Dpto.: Departamento de Psicología

Mayo, 2021

Índice

Resumen	2
Abstract.....	2
1. Introducción.....	3
1.1. Concepto de la depresión	3
1.2. Prevención. Definición y tipos	5
1.3. Revisión de programas de prevención universal.....	5
1.4. Limitaciones de los programas.....	9
2. Justificación.....	11
3. Objetivos.....	12
3.1. Objetivo general	12
3.2. Objetivos específicos.....	13
4. Diseño del programa.....	13
4.1. Destinatarios.....	13
4.2. Descripción del programa	13
4.3. Estructura del programa	14
4.3.1. Niveles de intervención	14
4.3.2. Módulos de intervención	14
4.4. Plan de acción.....	15
4.5. Cronograma.....	25
4.6. Evaluación.....	26
4.6.1. Evaluación inicial	26
4.6.2. Evaluación final	26
5. Conclusiones.....	27
6. Referencias bibliográficas	29
ANEXOS	35

Resumen:

La depresión es una de las principales enfermedades que padecen los adolescentes a nivel mundial. Por ello, y para dar visibilidad a esta problemática por las graves consecuencias que tiene en la vida de los jóvenes, surge la propuesta de este programa con el objetivo de prevenir la depresión en adolescentes. Este objetivo se pretende alcanzar con la aplicación de la propuesta (basada en prevención de tipo universal). Para la realización de la misma se ha procedido a una revisión sobre la problemática y de otros programas de prevención para detectar las limitaciones que presentaban. En base a esto, se ha estructurado el protocolo. Se encuentra dirigido a adolescentes de 10 a 12 años de edad. Las sesiones que lo conforman son ocho, fundamentadas en los objetivos que configuran el protocolo los cuales son entrenar en inteligencia emocional, potenciar la autoestima y enseñar técnicas de ayuda.

Palabras clave: depresión, prevención universal, adolescentes, intervención.

Abstract:

Depression is one of the leading illnesses among adolescents worldwide. For this reason, and in order to give visibility to this problem due to the serious consequences it has on the lives of young people, this programme is proposed with the aim of preventing depression in adolescents. This objective is intended to be achieved by the implementation of the proposal (based on universal prevention). A review of the problem and of other prevention programmes was carried out in order to detect their limitations. Based on this, the protocol has been structured. It is aimed at adolescents aged 10-12 years. There are eight sessions, based on the objectives of the protocol, which are to train in emotional intelligence, boost self-esteem and teach helping techniques.

Keywords: depression, universal prevention, adolescents, intervention.

1. Introducción

1.1. Concepto de la depresión

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es una etapa con diversos cambios emocionales, sociales y físicos los cuales hacen vulnerables a los jóvenes a padecer problemas de salud mental como pueden ser los trastornos depresivos, del comportamiento o de ansiedad (OMS, 2020).

Los trastornos depresivos incluyen un conjunto de entidades clínicas, como el trastorno de depresión mayor y el trastorno depresivo persistente (distimia). Dichos trastornos se caracterizan por su impacto en el estado de ánimo y el afecto de las personas ligados con cambios o problemas en otras áreas de su vida como puede ser: el apetito, sueño, irritabilidad, dificultades cognitivas, ideación suicida, impulsividad, fatiga o desesperanza, entre otras (González-Forteza et al., 2015).

Para diagnosticar depresión en adolescentes, algunos de los síntomas como el estado de ánimo deprimido/irritable o anhedonia deben de estar presentes durante al menos dos semanas para el trastorno de depresión mayor. Para el trastorno depresivo persistente, algunos de los síntomas tales como el estado de ánimo deprimido o baja autoestima deben de estar presentes durante el mínimo de un año (American Psychiatric Association, 2014).

Un aspecto importante es que la depresión en la adolescencia parece ser el resultado de complejas interacciones entre vulnerabilidades biológicas e influencias ambientales. Las vulnerabilidades biológicas pueden ser consecuencia de la herencia genética que poseen los jóvenes, y de factores prenatales. Las influencias ambientales incluyen las relaciones familiares de los niños y el estilo cognitivo (pensamientos negativos sobre sí mismos, el mundo o el futuro, que son conocidos como pensamientos automáticos); la depresión parental es el factor de riesgo que se replica más consistentemente en la descendencia. Asimismo, la falta de cuidados parentales y el rechazo también pueden ser relevantes (Rey et al., 2017, p. 6).

En esta misma línea hay varias explicaciones posibles para la relación entre la depresión de los padres y la depresión de los niños y adolescentes. La asociación entre la

depresión de los padres y la de los adolescentes se ve reforzada por estudios que evalúan la asociación entre la mejora de la depresión parental y la psicopatología de los hijos. Los resultados mostraron que los síntomas depresivos de los padres predecían la evolución del tratamiento de la depresión de los hijos, y que los hijos de padres que tenían niveles elevados de sintomatología depresiva iban peor en el tratamiento que los niños cuyos padres no tenían síntomas elevados de depresión; estos resultados sugieren que puede ser importante tener en cuenta los síntomas depresivos de los padres al tratar la depresión infantil (Eckshtain et al., 2018).

En esta dirección, existen otras características individuales y contextuales que de igual modo constituyen factores de riesgo que se relacionan con indicadores de depresión. Este factor de riesgo está constituido por los rasgos negativos de los amigos, así como por las características del contexto del vecindario y de la escuela (las cuales tienen un mayor impacto como factor de riesgo que los rasgos de los amigos), y, por otro lado, también por los sucesos estresantes de la vida que reportan los adolescentes (González Lugo et al., 2018).

En relación con la escuela, se ha visto que el bajo rendimiento escolar durante la adolescencia guarda relación con la depresión e incluso funciona como un predictor de la aparición de los trastornos depresivos en la primera etapa de la edad adulta (Sörber et al., 2019).

Otra variable que también parece influir en el desarrollo del trastorno y, por tanto, de importancia a destacar es el género; las chicas adolescentes puntúan más en depresión dado que las mismas tienen más retos durante la transición de la infancia a la edad adulta como pueden ser los cambios físicos, psicológicos y fisiológicos. Además, también influyen las prácticas culturales y las normas de género que establece la sociedad, por lo que pueden hacer que las chicas sean más vulnerables a la depresión (Mridha et al., 2021).

El estudio de este trastorno en la etapa de la adolescencia adquiere gran importancia por los efectos que esta patología tiene a corto, medio y largo plazo en el desarrollo de los individuos, y por la especial vulnerabilidad de esta etapa evolutiva (Jauregizar et al., 2015).

1.2. Prevención. Definición y tipos

Debido a los efectos de la depresión y sus graves consecuencias, se pone de manifiesto la necesidad de prevención en etapas tempranas, con la finalidad de frenar los síntomas depresivos iniciales que con posterioridad pueden desencadenar cuadros depresivos severos. Esta situación requiere que se identifiquen los síntomas tempranamente e implementar programas preventivos de los trastornos emocionales (Garaigordobil et al., 2019b).

Según Vázquez y Torres (2005) la prevención *“implica una acción de carácter anticipatorio. Aplicada al ámbito de la salud mental, prevención implica promover la salud, pero también diagnosticar y tratar adecuadamente la enfermedad, y disminuir el impacto de sus secuelas o complicaciones en la persona que la padece”*.

De acuerdo con Mrazek y Haggerty (1994), las intervenciones del tipo preventivo se clasifican en tres tipos según el tipo de población: prevención universal (dirigida a todos los miembros de una población, por ejemplo, de una etapa de desarrollo o zona geográfica); prevención dirigida (se centra en grupos particulares); y prevención indicada (se centra en individuos que manifiestan síntomas o signos de un trastorno) (citado en Sánchez-Hernández et al., 2014).

Por ello se ha visto que los programas de prevención de tipo universal pueden tener un gran impacto en la salud ya que logran alcanzar a un mayor número de personas, tienen un bajo coste por sujeto y reducen el estigma asociado a salud mental (Yap et al., 2018).

1.3. Revisión de programas de prevención universal

A continuación, se van a resumir algunos de los programas de prevención universal para adolescentes (Tabla 1).

Tabla 1. Programas de prevención universal

Denominación	<i>Resourceful Adolescent Program-Adolescents (RAP-A)</i>	<i>Problem Solving for Life Program (PSFL)</i>
---------------------	---	--

Autores	Shochet, Dadds, Holland, Whitefield, Harnett y Osgarby, 2001.	Spence, Sheffield y Donovan, 2003.
Edad de aplicación	Entre 12 y 15 años de edad.	Entre 12 y 14 años de edad.
Objetivos	Implementación y eficacia de un programa escolar universal para aminorar los síntomas depresivos en los adolescentes debido a los problemas que presentaban los programas de prevención indicada.	Prevenir la depresión de los adolescentes desarrollándose sus sesiones en el aula.
Sesiones	11 sesiones (de 40 a 50 minutos).	8 sesiones (de 45 a 50 minutos).
Contenido sesiones	Promoción de habilidades de autogestión, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, se aborda el riesgo interpersonal y los factores de protección en el desarrollo del trastorno.	Se basa en la reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades de resolución de problemas.
Resultados	Cuando era dirigido por psicólogos: mostraban una buena eficacia (baja tasa de deserción, buena adherencia al protocolo y reducción significativa de los niveles de sintomatología depresiva y desesperanza en los jóvenes que recibían tratamiento) en el seguimiento posterior y a los 10 meses. Sin embargo, al llevar a cabo el programa en una sola	A corto plazo los participantes de alto riesgo mostraron una reducción significativa de los síntomas depresivos y un aumento en las puntuaciones de resolución de problemas, sin embargo, las diferencias con el grupo control no se mantuvieron en los seguimientos posteriores.

	escuela se crearon las limitaciones metodológicas del estudio (había un potencial factor de confusión de cohorte y de tiempo).	
--	--	--

Denominación	<i>Penn Resiliency Program (PRP)</i>	<i>Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales en Adolescentes (UP-A) (versión española)</i>	<i>“Pozik-Bizi”</i>
Autores	Gillham et al., 2007.	García-Escalera et al., 2017.	Garaigordobil, Bernaras y Jaureguizar, 2019.
Edad de aplicación	Entre 12 y 13 años de edad.	Entre 15 y 16 años de edad.	De 8 a 10 años de edad.
Objetivos	Investigar la eficacia del PRP para la prevención de la depresión cuando es impartida en las escuelas por profesores.	Examinar si el UP-A adaptado era más eficaz que un grupo de control para reducir los síntomas de ansiedad y depresión después del tratamiento y en el seguimiento de 3 meses; llevar a cabo análisis exploratorios de la gravedad de los síntomas emocionales como factor de predicción; y evaluar la	Diseñar y evaluar los efectos de un programa universal de prevención de la depresión infantil (se hipotetiza que el programa fomentará una disminución en variables clínicas tales como síntomas depresivos, problemas emocionales y de conducta...).

		viabilidad y la aceptabilidad de la implementación de UP-A en un formato de grupo preventivo.	
Sesiones	12 sesiones (de 90 minutos).	9 sesiones (de 55 minutos).	18 sesiones (de 45 a 60 minutos).
Contenido sesiones	Enseñar habilidades cognitivo-conductuales y de resolución de problemas sociales. También, enseñar a los estudiantes a pensar de forma flexible y precisa.	Psicoeducación de las emociones y exposiciones situacionales a las mismas, aprender las sensaciones físicas asociadas a las emociones, habilidades de resolución de problemas y una revisión de las estrategias aprendidas en el programa.	Mejorar las relaciones del grupo-clase y reducir el estrés social; comprender y regular las emociones y pensamientos negativos y potenciar el pensamiento positivo; y desarrollar las habilidades del alumnado.
Resultados	En dos de las escuelas mostraron una reducción significativa de los síntomas depresivos, sin embargo, en la tercera escuela no evitó los síntomas depresivos.	Descenso inesperado en los niveles de ansiedad y depresión desde el pre hasta el postratamiento y el seguimiento en ambos grupos. Sin embargo, es posible que el contenido central del programa no fuera asimilado por los participantes.	Los grupos experimentales disminuyeron los síntomas de depresión autoevaluados, al igual que los problemas emocionales y de conducta (valorados por el profesorado); además aumentaron su nivel de ajuste

			personal. Hay que tomar estos datos con precaución puesto que hubo un bajo tamaño del efecto de todas las variables que fueron evaluadas.
--	--	--	---

Fuente: elaboración propia

1.4. Limitaciones de los programas

Teniendo en cuenta los programas revisados, siguen existiendo limitaciones en los siguientes aspectos:

La edad de los participantes. La edad promedio de los adolescentes que presentan depresión según la OMS es de los 15 a los 19 años (OMS, 2020), de modo que para que este tipo de prevención (universal) sea eficaz el rango debe disminuir. El UP-A trata adolescentes de 15 y 16 años, por lo que muchos de estos jóvenes pueden presentar ya la sintomatología propia de la depresión. Para superar esto, en este programa el rango de edad será de los 10 a los 12 años. De igual modo, el protocolo “Pozik-Bizi” abarca solamente hasta los 10 años, dirigido únicamente a población infantil, por ello en el presente programa para superar esa dificultad se va a abordar hasta los 12 años.

En cuanto al número de sesiones, la media para los programas universales suele ser de 8 a 10. Esto es un problema para programas como el PRP, el RAP-A o el “Pozik-Bizi”, los cuales superan la media con 12, 11 y 18 sesiones, respectivamente. Así pues, para abordar esta dificultad el presente trabajo reduce su número de sesiones a 8.

Respecto a los encargados de implementar los protocolos. Programas como el PSFL, “Pozik-Bizi” o el PRP son impartidos por profesores o estudiantes de psicología recién graduados. Para superar esta limitación, en el presente programa los líderes de grupo serán psicólogos puesto que los mismos están capacitados y poseen las destrezas clínicas para

poder solventar con facilidad los problemas de salud mental y promover comportamientos saludables y conductas más adaptativas.

Otro aspecto a tratar son los instrumentos de evaluación. En los programas revisados (RAP-A, PSFL, UP-A y “Pozik-Bizi”) los instrumentos utilizados son autoinformes cumplimentados por los adolescentes. Los mismos presentan problemas como puede ser la simulación y la obtención de información procedente de la misma fuente. En consecuencia, y para solventar esta cuestión, en este protocolo se van a incluir también entrevistas con los padres de los jóvenes para conseguir información más completa de los mismos y poder controlar los efectos mencionados.

En cuanto a los objetivos en los que se centran los programas. Programas como el RAP-A, PSFL o el PRP se centran en el entrenamiento de resolución de problemas o en reestructuración cognitiva para desafiar pensamientos negativos. Otros como el “Pozik-Bizi” en mejorar las relaciones entre los miembros del grupo para disminuir el estrés social. O como el UP-A que se centra en la psicoeducación de las emociones aprendiendo la conexión entre las emociones y las sensaciones físicas, y la resolución de problemas. En función de la revisión realizada, se ponen de manifiesto aspectos relevantes en depresión que no se han tratado o no se han trabajado de forma más profunda.

Estos aspectos son la autoestima y la inteligencia emocional. La autoestima se plantea como objetivo en esta propuesta ya que en la gran mayoría de los jóvenes con depresión uno de los síntomas principales es la baja autoestima. El significado que se le va a otorgar en este programa es el que le concede Rosenberg (1979) en su enfoque integral acerca de la formación de la autoestima, en el cual combina la psicología del desarrollo y la clínica con aportes de la sociología sobre la estructura social (citado en Simkin y Azzollini, 2015). El autor entiende la autoestima como un conjunto de sentimientos y pensamientos sobre uno mismo y se construye a través de la autoevaluación (citado en Rojas-Barahona et al., 2009). En base a estos datos, se propone el objetivo de potenciar la autoestima a través de la comprensión, valoración propia y valoración externa de la misma.

El otro objetivo a tratar es la inteligencia emocional puesto que el desarrollo de la misma garantiza el ajuste psicológico de los individuos frenando el desarrollo de psicopatología como la depresión (Cabello et al., 2016). Se va a integrar desde el modelo

de habilidad de Mayer y Salovey (1997). Para ellos la inteligencia emocional es la habilidad que incluye percepción emocional (identificar y reconocer los propios sentimientos y los de los demás); la asimilación/facilitación emocional (tener en cuenta los sentimientos cuando razonamos); comprensión emocional (etiquetar las emociones y reconocer en qué sentimientos se agrupan); y la regulación emocional (capacidad para estar abiertos a todo tipo de pensamientos, positivos y negativos) (Berrocal y Pacheco, 2005). En base a los datos proporcionados, se presenta como objetivo para este programa, y concretamente se va a profundizar en la percepción y la asimilación emocional.

Para finalizar, el último de los objetivos que incluye el programa es enseñar distintas técnicas de ayuda, proporcionándoles a los adolescentes una serie de recursos de apoyo para que puedan integrarlos y usarlos junto con las actividades de los demás objetivos.

2. Justificación

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017), la depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo, más de 300 millones de personas viven con depresión (OMS/OPS, 2017).

La mayoría de los adultos que padecen un trastorno depresivo recuerdan que su primer episodio se produjo en la adolescencia. De hecho, los primeros signos de depresión en muchos pacientes se observan durante la misma y la prevalencia acumulada de la depresión al final de esta etapa es de aproximadamente el 20%. Resulta llamativo el rápido aumento de la incidencia de la depresión en la adolescencia temprana (Straub et al., 2019).

Según la OMS, la depresión es una de las principales causas de enfermedad y discapacidad entre adolescentes a nivel mundial; es la cuarta causa principal de enfermedad entre los adolescentes de entre los 15 y los 19 años de edad, y la decimoquinta entre los de edades comprendidas entre los 10 y los 14 años (OMS, 2020).

Si extrapolamos a datos en España, un estudio realizado en 2018 mostró una prevalencia del trastorno depresivo mayor de un 1,6% en los adolescentes de 10 y 12 años de edad que participaron (Canals et al., 2018).

Tanto la falta de programas de prevención existentes en España (Moresco y Sans, 2018), como la prevalencia de la depresión y las consecuencias de la misma en los jóvenes, ponen de manifiesto la necesidad de implementar más programas preventivos en etapas tempranas (Garaigordobil et al., 2019a).

La siguiente propuesta de programa surge de esa necesidad. El tipo de prevención escogida es una prevención universal pues parece ser un tipo de prevención beneficiosa, sobre todo para aplicarla en el ámbito escolar. Una de las ventajas de este tipo de prevención es que la inclusión de todos los individuos en un grupo concreto, hace que sea posible que algunos miembros ya tengan las habilidades que el programa presenta y pueden servir como modelos; otra ventaja es que estas prevenciones pueden disipar los temores que los jóvenes puedan tener acerca del estigma asociado a la salud mental (Pössel et al., 2018).

En cuanto al rango de edad, se sitúa entre los 10 a los 12 años. El mismo se ha establecido que empiece a los 10 años, ya que la OMS (2020) fija que el periodo de la adolescencia es de los 10 a los 19 años, y que termine a los 12 puesto que el paso de primaria a secundaria suele ocasionar a los jóvenes dificultades de distinta naturaleza como pueden ser psicológicas, sociales o una mayor exigencia académica (Calvo Salvador y Manteca Cayón, 2016). De igual modo, se ha considerado oportuno este rango porque el hecho de que la prevención sea en edades tempranas, ha mostrado beneficios directos ya que se abordan los síntomas antes de que se transformen en conductas crónicas (Zúñiga-Fajuri y Zúñiga, 2020).

El contexto en el que se aplicaría sería el ámbito educativo facilitando el acceso de los menores a la salud mental, además de facilitar el reclutamiento (Estrada Cora, 2020).

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

El objetivo general que persigue el presente trabajo es el de elaborar una propuesta de programa de prevención para la depresión en adolescentes.

El tipo de prevención que va a guiar el desarrollo del programa es de tipo universal (dirigido a toda la población, sin que existan factores de riesgo o sintomatología asociada).

3.2. Objetivos específicos

Los objetivos concretos en los que se va a estructurar el programa y que van a conformar los módulos de intervención son los siguientes:

1. Entrenar en inteligencia emocional.
2. Potenciar la autoestima.
3. Enseñar técnicas de ayuda.

4. Diseño del programa

4.1. Destinatarios

El presente programa está dirigido a adolescentes de 10 a 12 años de edad. La razón por la que se han elegido estas edades es porque se encuentran en plena adolescencia y en la misma aumenta el riesgo de que los jóvenes padezcan depresión (García-Vera y Sanz, 2016).

En cuanto al número de personas para conformar el grupo será de 10 personas para poder trabajar en condiciones óptimas y con una atención más individualizada que si el grupo fuese más amplio, ya que un número reducido de personas podría beneficiar más a los participantes.

4.2. Descripción del programa

La implementación del programa la llevará a cabo un psicólogo clínico, puesto que un profesional de la salud mental puede abordar cualquier complicación que surja en el transcurso del programa.

El lugar para realizar el programa sería el centro en el que los jóvenes estudiaran, puesto que tendrían facilidades para acudir, estarían familiarizados con el entorno y no tendrían que desplazarse a otro punto que les dificulte la asistencia al programa. Por lo tanto, habría que contar con la autorización del centro en particular para que se pudiera desarrollar en el mismo.

Antes de comenzar el programa, se les ofrecerá una autorización (**Anexo 1**) a los padres de los jóvenes para que los chicos puedan participar en este programa. De igual modo, se les pasará a los adolescentes el inventario de depresión infantil (CDI) para ver si los síntomas se encuentran dentro de los límites normales, en el caso de que muestren sintomatología se les derivará a un psicólogo para que los pueda tratar. Asimismo, habrá una entrevista con los padres para obtener información sobre sus hijos y así subsanar uno de los grandes problemas de los programas mencionados anteriormente, el uso exclusivo de medidas autoinformadas por los jóvenes.

Después de esto, y una vez formado el grupo con el que se va a trabajar, se les proporcionará un papel informativo (**Anexo 2**), tanto a los padres como a los directores del centro educativo y a los jóvenes, que recoja los objetivos principales y fechas en las que se realizaría el programa. También se les ofrecerá otro papel informativo acerca de los servicios de los que pueden beneficiarse (**Anexo 3**).

4.3. Estructura del programa

4.3.1. Niveles de intervención

Se trabajarán, en general, todas las actividades de forma grupal, incluyendo a todos los jóvenes. Los chicos/as interactuarán dándose *feedback* entre ellos, realizando las actividades en parejas o con todo el grupo.

4.3.2. Módulos de intervención

Los módulos de intervención se basarán en los objetivos específicos descritos anteriormente:

- Para el objetivo 1: Psicoeducación de las emociones, identificar y asimilar las emociones.
- Para el objetivo 2: Qué es la autoestima, valoración individual y valoración de los demás.
- Para el objetivo 3: Aprender técnicas que los jóvenes puedan utilizar en su día a día.

4.4. Plan de acción

Se expone el programa, haciendo hincapié en la impartición de los diversos módulos y las actividades que conformarán cada uno de los mismos. El programa se compone de 8 sesiones repartidas en 3 módulos. Se ha visto adecuado que el número de sesiones sea ese, en base a los módulos y las actividades, y también respecto a la media de sesiones que suelen conformar los programas revisados de prevención universal para alcanzar sus objetivos.

Las sesiones se realizarían por la tarde y tendrían una duración aproximada de 45 minutos a 1 hora más o menos, empezando a desarrollarse en septiembre. La hora podrá ser acordada en consenso con los participantes. Se repartirán en dos clases semanales durante los meses de septiembre y octubre.

A continuación, se muestra una tabla resumen que con posterioridad se desarrollará detallando todos los aspectos que configuran el programa (Tabla 2).

Tabla 2. Aspectos que configuran el programa

<i>Objetivos específicos</i>	<i>Módulos de intervención</i>	<i>Sesiones</i>	<i>Niveles de intervención</i>	<i>Tiempo sesiones</i>
1. Entrenar en inteligencia emocional	Psicoeducación de las emociones, identificar y asimilar las emociones	1, 2 y 3	Grupal y por parejas	Sesión 1: 55 minutos Sesión 2: 45 minutos

				Sesión 3: 50 minutos
2. Potenciar la autoestima	Qué es la autoestima, valoración individual y valoración de los demás	4 y 5	Grupal, individual y por parejas	Sesión 4: 55 minutos Sesión 5: 1 hora
3. Enseñar técnicas que sirvan de ayuda a los jóvenes	Aprender técnicas que los jóvenes puedan utilizar en su día a día	6, 7 y 8	Grupal e individual	1 hora cada una

Fuente: elaboración propia

Ficha de las sesiones

- **Sesión 1, 2 y 3 (objetivo 1= entrenar en inteligencia emocional):**

Sesión 1 (duración 55 minutos):

Objetivo de la sesión: psicoeducación de las emociones.

Tiempo total: 55 minutos.

Material necesario: móviles para que los jóvenes puedan realizar el juego, un ordenador y un proyector.

Desarrollo:

-Se realizará una exposición con la ayuda de una presentación en *PowerPoint* (**Anexo 4**) (puede ser modificable por el psicólogo o psicóloga que dirija el programa) en la que se desarrollará qué son las emociones y los tipos que hay (duración 30 minutos).

-Después de la presentación se procederá a la realización de un *kahoot* con preguntas relacionadas con lo expuesto anteriormente para comprobar que los jóvenes han entendido el concepto de las emociones. El objetivo de usar este método de preguntas es que es una plataforma online, más atractiva que el hecho de responder a unas preguntas en un papel (duración 15 minutos).

Finalmente se concluirá la primera sesión con un debate acerca de lo expuesto en la sesión (duración 10 minutos).

Sesión 2 (duración 45 minutos):

Objetivo de la sesión: identificar las emociones.

Tiempo total: 45 minutos.

Material necesario: folios, sobres, proyector y ordenador.

Desarrollo:

-Actividad “**Un viaje por el mundo de las emociones**”. Basada en el *Programa INTEMO+: mejorar la Inteligencia Emocional de los adolescentes* (Cabello et al., 2016).

En primer lugar, se entrega a cada alumno un sobre cerrado que contiene papeles con el nombre de una emoción básica (alegría, enfado, tristeza, sorpresa, miedo y asco). A continuación, deben abrir el sobre y deben leer el papel sin que ningún compañero lo vea.

Tras esto, se van a presentar fotografías con las distintas emociones escritas en los papeles. Cuando se proyecte la fotografía expresando una emoción, los jóvenes cuyo sobre tenía el nombre de esa emoción se levantarán de sus asientos. Cuando esto ocurra, esos alumnos deberán de presentarse diciendo su nombre y pensar en voz alta algunas de las características generales y funciones de la expresión de la emoción que les haya tocado. Este procedimiento se repite hasta que todos los participantes hayan intervenido (duración 35 minutos).

Después se abrirá un debate con algunas cuestiones acerca de lo expuesto (duración 10 minutos).

Justificación: se ha seleccionado esta actividad ya que corresponde al módulo de percepción y expresión de las emociones. Los objetivos que persigue son conocer las emociones básicas y sus características; aprender a percibir las emociones básicas; y tomar contacto con las funciones principales de las emociones básicas (Cabello et al., 2016).

Sesión 3 (duración 50 minutos):

Objetivo de la sesión: asimilación emocional.

Tiempo total: 50 minutos.

Material necesario: tarjetas, bolígrafos y folios.

Desarrollo:

-Actividad **“El búnker”**. Basada en el *Programa INTEMO+: mejorar la Inteligencia Emocional de los adolescentes* (Cabello et al., 2016).

La clase se divide en parejas y el psicólogo les explica la historia (**Anexo 5**). Se les reparten unas tarjetas en las que hay diversas emociones (ansiedad/estrés, tristeza, optimismo, envidia, pasividad y enfado) y durante los primeros minutos (duración 10 minutos) el psicólogo les ayuda a crear argumentos de acuerdo con la emoción de las tarjetas. Los integrantes deberán de llegar a un acuerdo para resolver el problema (pensando en base a la emoción que les ha tocado, como si sólo experimentaran esa emoción) y un integrante deberá de escribir los argumentos que les hacen pensar así para describirlos al resto de compañeros (duración 10 minutos). Una vez se ha encontrado la solución al problema, se hace una puesta en común de la decisión que han tomado (duración 10 minutos).

El resto de parejas deberán de averiguar cuál es la emoción con la que actuaban, y el representante de la pareja anotará las respuestas del resto de sus compañeros. Gana la pareja que más emociones del resto de compañeros haya averiguado y la que

mejor haya representado el papel de la emoción que les había tocado (duración 10 minutos).

Para finalizar la sesión se dejarán unos minutos para que los chicos puedan abrir un debate acerca de lo que les ha parecido la sesión y poder preguntar alguna duda que les haya surgido (duración 10 minutos).

Justificación: esta actividad se ha visto adecuada puesto que pertenece al módulo de asimilación emocional y los objetivos que persigue son aprender a reflexionar sobre cómo influyen las emociones en nuestros pensamientos y forma de actuar (Cabello et al., 2016).

- **Sesión 4 y 5 (objetivo 2= potenciar la autoestima):**

Sesión 4 (duración 55 minutos):

Objetivo de la sesión: qué es la autoestima y valoración individual.

Tiempo total: 55 minutos.

Material necesario: ordenador, proyector, escala de Rosenberg, folios y bolígrafos.

Desarrollo:

-Este objetivo se iniciará con una exposición con la ayuda de un PowerPoint, sobre qué es la autoestima (**Anexo 6**) (puede ser modificable por el psicólogo o psicóloga que dirija el programa) (duración 5 minutos).

-Más tarde los jóvenes responderán la *Escala de Autoestima de Rosenberg* con el objetivo de explorar su autoestima, y después se procederá a la corrección de la misma (duración 15 minutos). Una vez corregida, se comentarán los aspectos que más les hayan llamado la atención acerca de sus propias respuestas (10 minutos).

-A continuación, se va a realizar la actividad “**Lo que me gusta de mí mismo(a)**”. Basada en el *Programa de desarrollo de la autoestima: confiar en uno mismo* (Haeussler y Milicic, 2017).

Primero los jóvenes deben pensar y escribir dos características que les gusten de sí mismos. Tras esto, deben contarle al compañero del lado lo que escribieron y por qué. Después los chicos tienen que presentarse al grupo, cada uno debe de decir su nombre y una o dos características personales que le gusten de sí mismo (“Lo bueno que yo tengo”...) (duración 20 minutos). Es importante trabajar el sentimiento de vergüenza que supone reconocer y decir cosas positivas sobre uno mismo, aparte, esto tiene consecuencias favorables para la autoestima.

Para finalizar la sesión, se dejará un tiempo para que los chicos puedan comentar cualquier duda que les haya surgido (duración 5 minutos).

Justificación: se ha escogido este ejercicio ya que los objetivos que persigue la unidad en la que se encuentra la actividad son la capacidad para identificar y expresar a los demás aspectos positivos que cada uno posee; detectar los aspectos que el resto de compañeros valoran de ellos mismos; y además valorar la importancia de los sucesos positivos (Haeussler y Milicic, 2017).

Sesión 5 (duración 1 hora):

Objetivo de la sesión: valoración individual y valoración de los demás.

Tiempo total: 1 hora.

Material necesario: folios y bolígrafos.

Desarrollo:

-Actividad “**Soy bueno para...**”. Basada en el *Programa de desarrollo de la autoestima: confiar en uno mismo* (Haeussler y Milicic, 2017).

Los chicos deben pensar en cuatro cosas que sepan hacer bien, y las escriban y/o dibujen. Posteriormente se anima a los alumnos para que compartan su experiencia con el resto del grupo. Finalmente, se analizará con ellos la dificultad que tenemos para encontrar cosas buenas en nosotros mismos y lo positivo que resulta reconocer nuestras habilidades (duración 25 minutos).

Justificación: esta actividad se ha elegido porque los objetivos que persigue la unidad en la que se encuadra es la capacidad de poder desarrollar aceptación y poder valorarnos a nosotros mismos además de que los chicos pueden valorar sus propias capacidades (Haeussler y Milicic, 2017).

-Para finalizar este objetivo, los chicos realizarán la actividad **“En doce años más yo te veo”**. Basada en el *Programa de desarrollo de la autoestima: confiar en uno mismo* (Haeussler y Milicic, 2017).

A cada alumno se le asignará al azar el nombre de otro compañero. Una vez sabiendo el nombre, deben de imaginar en forma positiva, qué cosas creen que podrían estar haciendo sus compañeros dentro de doce años. Cada uno escribe lo que imaginó en un papel. Tras esto, y el coordinador haber revisado que las afirmaciones son positivas, se les entrega a los compañeros que le tocaron, su opinión por escrito. Finalmente, los chicos comentarán con el resto qué les ha parecido el escrito que han recibido (duración 30 minutos).

Para cerrar la sesión se dejarán unos minutos para que los jóvenes puedan preguntar cualquier duda que les haya surgido (duración 5 minutos).

Justificación: el motivo por el cual se ha seleccionado este ejercicio es porque la unidad en la que se encuentra persigue saber la consideración y valoración que tienen los demás sobre uno; aumentar la percepción sobre nosotros a través del feedback del grupo; y recibir feedback sobre la impresión que los demás tienen del propio futuro (Haeussler y Milicic, 2017).

- **Sesión 6, 7 y 8 (objetivo 3= enseñar técnicas de ayuda a los jóvenes):**

Sesión 6 (duración 1 hora):

Objetivo de la sesión: aprender técnicas que los jóvenes puedan utilizar a diario.

Tiempo total: 1 hora.

Material necesario: folios y bolígrafos.

Desarrollo:

Como es conocido, la irritabilidad también puede aparecer en un joven deprimido, por lo que un ejercicio que ayude a controlarla podría ser beneficioso para que los chicos/as puedan reducir su estado de agitación si la llegan a experimentar en un futuro.

-Una actividad que van a realizar para aprender a controlar su sentimiento de ira es **“Lista de pros y contras”**. Adaptada de la actividad “lista de actividades agradables” del programa *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes* (García-Escalera et al., 2017, 2020).

Los jóvenes deberán de pensar en una situación que les enfade y que realmente les haga sentirse molestos. Una vez pensada, escribirán los pros y los contras de enfurecerse y explotar, además puntuarán del 1 al 10 los pros de explotar (duración 15 minutos).

Cuando hayan acabado la lista, los jóvenes dirán al resto cuál es la situación que les hace enfadar y los pros que han encontrado para enfadarse, diciendo además la puntuación que les han dado a cada uno de los pros y el por qué (duración 40 minutos).

De esta forma, los jóvenes al puntuar del 1 al 10 el por qué sería eficaz explotar, hacen una reflexión sobre las consecuencias de sus actos pudiendo reducir las probabilidades de que se llevasen a cabo. Como consecuencia de esta reflexión, otras alternativas como el diálogo podrían sustituir los actos promovidos por la ira.

Para finalizar la sesión se dejarán unos minutos (duración 5 minutos) para dudas que les hayan podido surgir en el transcurso de la sesión.

Justificación: se ha visto oportuno adaptar la actividad de la lista de actividades agradables del módulo 3 puesto que permite a los jóvenes reflexionar y emprender acciones contrarias a la tristeza (García-Escalera et al., 2017, 2020). En este caso se ha querido adaptar para reflexionar y emprender acciones contrarias a la ira.

Sesión 7 (duración 1 hora):

Objetivo de la sesión: aprender técnicas que los jóvenes puedan utilizar a diario.

Tiempo total: 1 hora.

Material necesario: folios y bolígrafos.

Desarrollo:

-Actividad **“La rutina”**. Adaptada de la actividad “planificador de actividades semanales” del programa *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes* (García-Escalera et al., 2017, 2020).

Se les ofrecerá un papel con una tabla (**Anexo 7**). Deberán de pensar cómo les ha ido el día e ir anotándolo en la tabla (duración 20 minutos). La misma se les enviará por correo para que puedan usarla y escribir en ella todos los días, convirtiéndolo en un hábito.

Cumplimentarán la tabla con las siguientes preguntas: ¿Cuántas horas dormí anoche? (para ir controlando si tienen hipersomnia o insomnio); ¿Cómo me he sentido hoy del 1 al 10? (para que puedan reflexionar sobre su estado de ánimo); ¿Qué cosas productivas he hecho hoy? (para combatir el sentimiento de inutilidad); Pensamientos negativos que he tenido hoy (si estos a lo largo de los días se encuentran en mayor cantidad que los positivos, pueden ser un indicador de que algo no está funcionando bien); Pensamientos positivos que he tenido hoy (para que lo último que escriban aquí sea algo positivo y se queden con un buen sabor de boca).

Cuando hayan finalizado el ejercicio, pondrán en común cuáles han sido los pensamientos negativos que han tenido y se darán feedback entre ellos para cambiar los pensamientos negativos por los positivos (duración 40 minutos).

Justificación: se ha elegido y modificado esta actividad del módulo 3 (experimentos conductuales centrados en las emociones) ya que planificar y programar las actividades que los chicos deben de hacer pueden servir de ayuda para regular su estado de ánimo (García-Escalera et al., 2017, 2020).

Sesión 8 (duración 1 hora):

Objetivo de la sesión: aprender técnicas que los jóvenes puedan utilizar a diario.

Tiempo total: 1 hora.

Material necesario: ordenador, proyector, altavoces y esterillas.

Desarrollo:

El mindfulness ha mostrado ser eficaz en la prevención de depresión y en la reducción de síntomas depresivos (Shanok et al., 2020). Por lo que es interesante introducir un ejercicio de mindfulness en este programa.

-Para iniciar la sesión se realizará una exposición con la ayuda de un PowerPoint para explicar qué es el mindfulness (**Anexo 8**) (puede ser modificable por el psicólogo o psicóloga que dirija el programa) (duración 15 minutos).

-Con posterioridad, el psicólogo o psicóloga va a enseñar a los jóvenes un ejercicio de respiración diafragmática, para que cuando estén realizando el ejercicio de mindfulness no tengan problemas con la respiración (duración 10 minutos). Además de que pueden usarla como otra técnica más, aparte del mindfulness, cuando se sientan emocionalmente mal o estresados.

-Ejercicio de “**Mindfulness**”. Adaptado del que se realizó en el programa *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes* (García-Escalera et al., 2017, 2020). Se adaptará y se realizará con la visualización de un vídeo de *YouTube*.

Los jóvenes se situarán sentados en círculo en el suelo y se reproducirá un vídeo de YouTube (<https://www.youtube.com/watch?v=DE6HqNA2rik>) que deberán de ir siguiendo (duración 10 minutos). Cuando haya finalizado el vídeo, todos los jóvenes comentarán cómo se han sentido cada uno de ellos en el transcurso del mismo y qué pensamientos tenían (duración 20 minutos).

Para finalizar la sesión se dejarán unos 5 minutos para que puedan comentar si tienen alguna duda que les haya podido surgir (duración 5 minutos).

Justificación: se ha visto oportuno introducir esta técnica del módulo 6 puesto que puede ayudar a los jóvenes a reducir la velocidad de sus pensamientos a causa del estrés cotidiano, del mismo modo que les va a hacer más conscientes de los sucesos que ocurren en su interior y exterior (García-Escalera et al., 2017, 2020).

4.5. Cronograma

		SEPTIEMBRE 2022						OCTUBRE 2022	
		DÍAS						DÍAS	
SESIONES	OBJETIVOS	L 12	V 16	L 19	V 23	L 26	V 30	L 3	V 7
Sesión 1, 2 y 3	1	S1	S2	S3					
Sesión 4 y 5	2				S4	S5			
Sesión 6, 7 y 8	3						S6	S7	S8

Fuente: elaboración propia

LEYENDA

L: LUNES
V: VIERNES
S: SESIÓN

4.6. Evaluación

La evaluación del programa se llevará a cabo tanto al inicio como al final, para poder detectar deficiencias del mismo, con el objetivo de eliminarlas y sustituirlas por otras más eficaces.

4.6.1. *Evaluación inicial*

- Inventario de depresión infantil (CDI; Kovacs, 1992): cuya adaptación al español fue realizada por Del Barrio y Carrasco (2004). Es uno de los instrumentos que más se utilizan para evaluar depresión. Este instrumento puede ser aplicado a niños y adolescentes de entre 7 y 17 años. El tiempo de aplicación es de unos 10 a 25 minutos según las habilidades lectoras y consta de 27 ítems. El punto de corte es de 19, si se supera ya se considera que hay presencia de sintomatología. Por lo tanto, el CDI se va a usar al principio para ver si los jóvenes se encuentran dentro de los límites normales.
- Entrevista semiestructurada: usada para superar una de las limitaciones de otros programas que eran las medidas autoinformadas. Se ha visto oportuno que el tipo de entrevista sea semiestructurada puesto que con este tipo de entrevistas se parte de un guion previo, pero se pueden introducir nuevas preguntas acerca de temas que puedan parecerle interesantes al psicólogo. Se citará a los padres de los diez jóvenes para poder tener una entrevista con ellos y obtener información sobre sus hijos y si han presentado conductas preocupantes, relaciones familiares y sociales que mantienen, si han notado aspectos alarmantes, situación académica o el tipo de ocio del que disfrutaban sus hijos.

4.6.2. *Evaluación final*

Para la evaluación final se usará de nuevo el CDI para ver si la puntuación, aunque se encuentre dentro de los límites normales, desciende tras la realización del programa.

De igual modo se volverá a realizar una entrevista con los padres para ver el cambio que han notado en sus hijos.

Y finalmente, se les pasará a los jóvenes un cuestionario acerca de lo satisfactorio y enriquecedor que les ha parecido el programa (**Anexo 9**).

De igual modo, a los seis meses y al año se hará un seguimiento (entrevistas a los padres y los cuestionarios de evaluación final y otra entrevista para los jóvenes) para ver los efectos del programa a más largo plazo.

5. Conclusiones

Los adolescentes en el tránsito de la niñez a la edad adulta pasan por distintos procesos y dificultades emocionales que los pueden hacer vulnerables a padecer un trastorno depresivo.

Por ello es necesaria la aplicación de programas preventivos que disminuyan la probabilidad de que los jóvenes puedan padecer depresión en esta etapa o con posterioridad. Así pues, se ha visto necesaria la creación del presente programa con el objetivo de dar visibilidad e importancia a la problemática por el impacto que la misma tiene en la vida de los jóvenes.

El presente trabajo pretende la prevención de la depresión en los jóvenes y mejorar la calidad de vida de los mismos tratando aspectos que pueden beneficiar su desarrollo vital. Trabajando las emociones, potenciando su autoestima y enseñando técnicas que los pueden proteger frente a las dificultades que atraviesan en esta etapa. Para su consecución, las actividades y ejercicios que estructuran las sesiones se han basado en otros programas como puede ser el INTEMO+, UP-A o el programa de desarrollo de la autoestima. A través de la realización de las actividades se espera que los jóvenes integren los distintos objetivos que persigue el programa, con el objetivo final de que todas ellas por sus características conlleven a la prevención de la depresión.

Una cuestión a destacar también de este programa es que los padres de los jóvenes son participantes, en el sentido de que tienen entrevistas con el psicólogo que imparte el programa. Aunque esto se utiliza para obtener información más completa de los jóvenes, puede resultar beneficioso ya que los padres tienen información de sus hijos y de una forma u otra los hace partícipes de este programa.

Un aspecto a trabajar en futuros programas sería el número de participantes. En este programa, como bien se exponía, se vio oportuno que el número de personas que conformasen el grupo de trabajo fuera de diez con el objetivo de una atención más individualizada. Sería recomendable que futuras propuestas aumentasen el número de jóvenes participantes para la generalización de los efectos del programa.

6. Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Editorial Médica panamericana.

Berrocal, P. F., y Pacheco, N. E. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado*, 19(3), 63-93.
<https://www.redalyc.org/pdf/274/27411927005.pdf>

Cabello, R., Castillo, R., Rueda, P., y Fernández-Berrocal, P. (2016). *Programa INTEMO+: mejorar la Inteligencia Emocional de los adolescentes*. Pirámide.

Calvo Salvador, A., y Manteca Cayón, F. (2016). Barreras y Ayudas Percibidas por los Estudiantes en la Transición entre la Educación Primaria y Secundaria. *REICE. Revista Iberoamericana Sobre Calidad, Eficacia Y Cambio En Educación*, 14(1).
<http://dx.doi.org/10.15366/reice2016.14.1.003>

Canals-Sans, J., Hernández-Martínez, C., Sáez-Carles, M., y Arija-Val, V. (2018). Prevalence of DSM-5 depressive disorders and comorbidity in spanish early adolescents: Has there been an increase in the last 20 years? *Psychiatry Research*, 268, 328-334.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.023>

Del Barrio, V. y Carrasco, M. A. (2004). *Adaptación del CDI, Inventario de depresión infantil de Maria Kovacs*. TEA.

Eckshtain, D., Marchette, L.K., Schleider, J. *et al.* Parental Depressive Symptoms as a Predictor of Outcome in the Treatment of Child Depression. *J Abnorm Child Psychol* 46, 825–837 (2018). <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0323-4>

Estrada Cora, B. (2020). *Adaptación de intervención cognitiva-conductual para el manejo de la ansiedad: Programa de prevención universal para escuelas* (Order No. 27997886). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (2424091966).

<https://search.proquest.com/dissertations-theses/adaptación-de-intervención-cognitiva-conductual/docview/2424091966/se-2?accountid=14555>

Garaigordobil, M., Bernaras, E., y Jaureguizar, J. (2019a). Evaluación de un programa universal de prevención de la depresión en niños y niñas de educación primaria. *Revista de psicología y educación*, 14(2), 87-98. <https://doi.org/10.23923/rpye2019.01.174>

Garaigordobil, M., Jaureguizar, J., y Bernarás, E. (2019b). Evaluation of the effects of a childhood depression prevention program. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 153(2), 127-140. <http://dx.doi.org/10.1080/00223980.2018.1502741>

García-Escalera, J., Valiente, R. M., Chorot, P., Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., y Sandín, B. (2017). The Spanish Version of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP-A) Adapted as a School-Based Anxiety and Depression Prevention Program: Study Protocol for a Cluster Randomized Controlled Trial. *JMIR research protocols*, 6(8), e149. <https://doi.org/10.2196/resprot.7934>

García-Escalera, J., Valiente, R. M., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., Prieto, A., y Chorot, P. (2020). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents (UP-A) adapted as a school-based anxiety and depression prevention program: An initial cluster randomized wait-list-controlled trial. *Behavior Therapy*, 51(3), 461-473. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.08.003>

García-Escalera, J., Valiente, R. M., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., y Chorot, P. (2020). Los efectos de un programa de prevención de la ansiedad y la depresión para adolescentes en variables educativas y de bienestar. *Revista de psicodidáctica*, 25(2), 143-149. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psicod.2020.05.001>

García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2016). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes: de la investigación a la consulta*. Pirámide.

Gillham, J. E., Reivich, K. J., Freres, D. R., Chaplin, T. M., Shatté, A. J., Samuels, B., Elkon, A. G. L., Litzinger, S., Lascher, M., Gallop, R., y Seligman, M. E. P. (2007). School-based prevention of depressive symptoms: A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the penn resiliency program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 9–19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.1.9>

González Lugo, S., Pineda Domínguez, A., y Gaxiola Romero, J. C. (2018). Depresión adolescente: Factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1-11. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.dafr>

González-Forteza, C., Hermosillo, A. E., Vacio-Muro, M. A., Peralta, R., y Wagner, F. A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.05.006>

Haeussler, A. y Milicic, N. (2017). *Confiar en un mismo: Programa de desarrollo de la autoestima*. Catalonia.

Jaureguizar, J., Bernaras, E., Soroa, M., Sarasa, M., y Garaigordobil, M. (2015). Sintomatología depresiva en adolescentes y variables asociadas al contexto escolar y clínico. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23(2). <https://search.proquest.com/scholarly-journals/sintomatología-depresiva-en-adolescentes-y/docview/1712851346/se-2?accountid=14555>

Kovacs, M. (1992). Children's Depression Inventory CDI Manual. Multi-Health Systems.

Moreso, N. V., y Sans, J. C. (2018). La depresión en la adolescencia: ¿Un problema enmascarado? *Revista de Estudios de Juventud*, (121), 25-43. <http://www.injuve.es/gl/observatorio/salud-y-sexualidad/revista-de-estudios-de-juventud-121-promocion-de-la-salud-y-bienestar-emocional-en-los-adolescentes>

Mridha, M. K., Hossain, M. M., Ali Khan, M. S., Abu Abdullah, M. H., Hasan, M., Mitra, D., . . . Abu, A. S. (2021). Prevalence and associated factors of depression among adolescent boys and girls in bangladesh: Findings from a nationwide survey. *BMJ Open*, 11(1). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038954>

Organización Mundial de la Salud (2020). *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017). "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Organización Panamericana de la Salud. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es

Pössel, P., Smith, E., y Alexander, O. (2018). LARS&LISA: A universal school-based cognitive-behavioral program to prevent adolescent depression. *Psicologia, Reflexão E Crítica*, 31(1), 23-21. <http://dx.doi.org/10.1186/s41155-018-0104-1>

Rey, J., Bella-Awusah, T., y Liu, J. (2017). Depresión en niños y adolescentes. *Manual de salud mental infantil y adolescente de la IACAPAP* (p. 6).

Rojas-Barahona, C. A., Zegers, B., y Förster, C. E. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 137(6), 791-800. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000600009>

Sánchez-Hernández, Ó. S., Méndez, F. X., y Garber, J. (2014). Prevención de la depresión en niños y adolescentes: Revisión y reflexión. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(1), 63-76. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.1.2014.12983>

Shanok, N. A., Reive, C., Mize, K. D., y Jones, N. A. (2020). Mindfulness meditation intervention alters neurophysiological symptoms of anxiety and depression in

preadolescents. *Journal of Psychophysiology*, 34(3), 159-170.
<http://dx.doi.org/10.1027/0269-8803/a000244>

Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. H., y Osgarby, S. M. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 30(3), 303-315.
http://dx.doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_3

Simkin, H., y Azzollini, S. (2015). Personality, self-esteem, spirituality and religiosity within the five-factor model and theory. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana De Ciencia Psicológica*, 7(2), 339-361. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5169699>

Sörberg Wallin, A., Koupil, I., Gustafsson, J.E. et al. Academic performance, externalizing disorders and depression: 26,000 adolescents followed into adulthood. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 54, 977–986 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01668-z>

Spence, S. H., Sheffield, J. K., y Donovan, C. L. (2003). Preventing adolescent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 3-13.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.1.3>

Straub, J., Brown, R., Malejko, K., Bonenberger, M., Grön, G., Plener, P. L., y Abler, B. (2019). Adolescent depression and brain development: Evidence from voxel-based morphometry. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 44(4), 237-245.
<http://dx.doi.org/10.1503/jpn.170233>

Yap, M., Mahtani, S., Rapee, R. M., Nicolas, C., Lawrence, K. A., Mackinnon, A., y Jorm, A. F. (2018). A Tailored Web-Based Intervention to Improve Parenting Risk and Protective Factors for Adolescent Depression and Anxiety Problems: Postintervention Findings From a Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 20(1), e17. <https://doi.org/10.2196/jmir.9139>

Zúñiga-Fajuri, A., y Zúñiga, M. (2020). Propuestas para ampliar la cobertura de salud mental infantil en Chile. *Acta bioethica*, 26(1), 73-80. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2020000100073>

ANEXOS

Anexo 1: Fuente elaboración propia

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo de esta información es ayudarlo a tomar la decisión de colaborar en nuestro programa relacionado con la depresión en adolescentes.

La información aquí presente será tratada de manera confidencial.

Su participación es totalmente voluntaria. Asimismo, puede plantear todas sus dudas respecto al programa antes, durante y después de su participación.

Toda la información que se trate servirá de ayuda a los jóvenes para que puedan desarrollarse en un entorno que les proporcione herramientas que puedan servirle de soporte en su día a día.

Nombre del padre/ madre/ tutor legal, con DNI:

Autorizo a participar en este programa a (Nombre del alumno/a):

Firma del padre/ madre/ tutor lega

Anexo 2: Fuente elaboración propia

		SEPTIEMBRE 2022						OCTUBRE 2022	
		DÍAS						DÍAS	
SESIONES	OBJETIVOS	L 12	V 16	L 19	V 23	L 26	V 30	L 3	V 7
Sesión 1, 2 y 3	1	S1	S2	S3					
Sesión 4 y 5	2				S4	S5			
Sesión 6, 7 y 8	3						S6	S7	S8

SERVICIOS Y CENTROS DE AYUDA

¿Qué debo de hacer si creo necesitar ayuda psicológica?

Si buscas ayuda, primero de todo felicitarte, el primer paso para sanarse es pedir ayuda y comunicarlo con el resto de personas. Decirte que no estás solo/a, tienes a gente a tu alrededor que va a estar apoyándote.

Comunícale a tus padres tu situación, expresar el sentimiento de que no te encuentras bien, es el primer paso.

✓ Algunos de los **servicios** a los que puedes acudir son:

-SER ATENDIDO POR PSICÓLOGOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL. Podrás **acudir a tu médico de atención primaria y el mismo te derivará a un psicólogo especialista en psicología clínica**, también valorarán la idea de que te puedan **derivar a un médico especialista en psiquiatría**.

✓ También existen otros medios como pueden ser:

-Avance Psicólogos, se trata de un centro de psicología en Madrid. Tratan a pacientes de todas las edades, incluidos adolescentes. Además de ofrecer terapia adolescente presencial también ofrecen terapia adolescente online (<https://www.avancepsicologos.com/servicios-y-tarifas/>).

-North, Mi psicólogo online. Formado por psicólogas sanitarias. Se tratan de sesiones online que se realizan por videollamada. La primera sesión es gratis (https://www.mipsicologonline.es/?gclid=EAIaIQobChMIm9mjkLKc7wIVIUiRBR13WAFcEAAAYASAAEgL6ZPD_BwE).

-Holamente. El equipo de Holamente está formado por psicólogos y psicólogas sanitarios. Las sesiones se realizan por llamada, chat o videollamada. Tratan distintos trastornos y problemas,

entre ellos la depresión. La primera sesión es gratis.

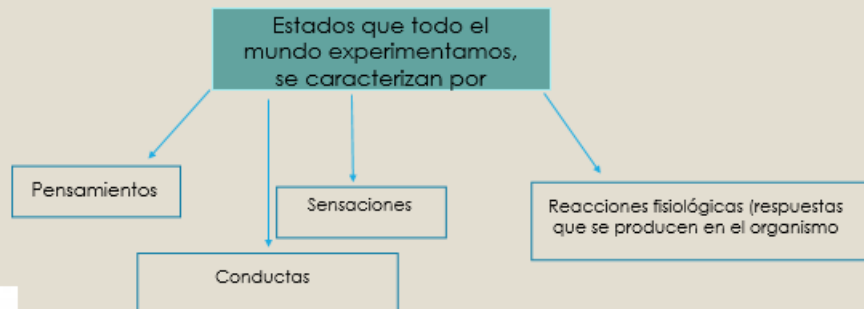
(https://www.holamente.com/precios?gclid=EAIaIQobChMI5aW0y9Ce7wIVFrTVCh0qbABMEAAAYAiAAEgJTlfD_BwE).

-Psicología gratis en Madrid. El equipo está formado por psicólogos senior que dirigen y supervisan los tratamientos psicológicos gratuitos que ofrecen, y los psicólogos junior que dan forma a la intervención psicológica que será semanalmente. Las sesiones pueden ser presenciales o vía Skype si deseas que sea online. La Fundación Instituto Centta-Carmen Valle revisará el caso y teniendo en cuenta los factores económicos y sociales, la fundación emitirá el tipo de tratamiento al que tendrá acceso: psicólogo gratis, psicólogo subvencionado al 80% o al 60%. (<http://psicologiagratismadrid.es/>).

Anexo 4: Fuente elaboración propia



¿QUÉ SON LAS EMOCIONES?



FUNCIONES DE LAS EMOCIONES

Función adaptativa

→ Preparamos para dar una respuesta apropiada

Función social

→ Los demás pueden conocer nuestro comportamiento a través de la expresión de las emociones

¿CÓMO SON LAS EMOCIONES?

EMOCIONES POSITIVAS

Se relacionan con sentimientos que nos resultan agradables (ejemplo: alegría)



EMOCIONES NEGATIVAS

Hacen referencia a emociones que nos resultan desagradables. Nos avisan de situaciones que pueden ser perjudiciales (ejemplo: miedo)



AMBAS SON NORMALES Y NECESARIAS. SIN EMBARGO, LAS POSITIVAS CONLLEVAN A UNA VIDA MÁS FELIZ

LAS EMOCIONES BÁSICAS



ALEGRÍA



IRA



ASCO



MIEDO



TRISTEZA



SORPRESA



Anexo 5: Fuente programa INTEMO+

Bueno chicos vamos a hacer un ejercicio. Tenéis que sacar los actores que lleváis dentro y vais a imaginaros que sois un miembro de la ONU dispuesto a salvar a una serie de personas durante la Tercera Guerra Mundial. Cada grupo va a representar un miembro de la ONU diferente y lo que os diferenciará es la emoción que sentís. Cada grupo va a tomar sus decisiones influido por una emoción, pero el resto de grupos no sabrán de qué emoción se trata.

Por tanto vuestra tarea va a consistir en:

- Actuar muy bien, para que consigáis representar qué emoción os ha tocado experimentar.
- Adivinar la emoción por la que están influenciados el resto de grupos.

Ésta es la historia:

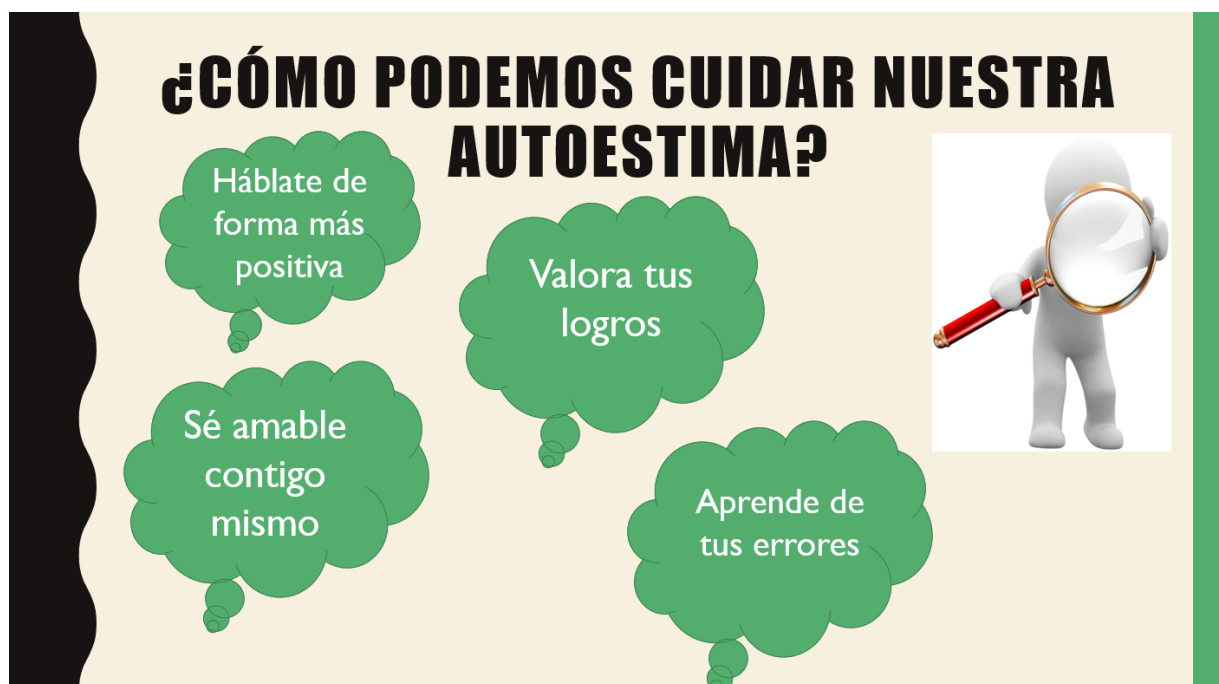
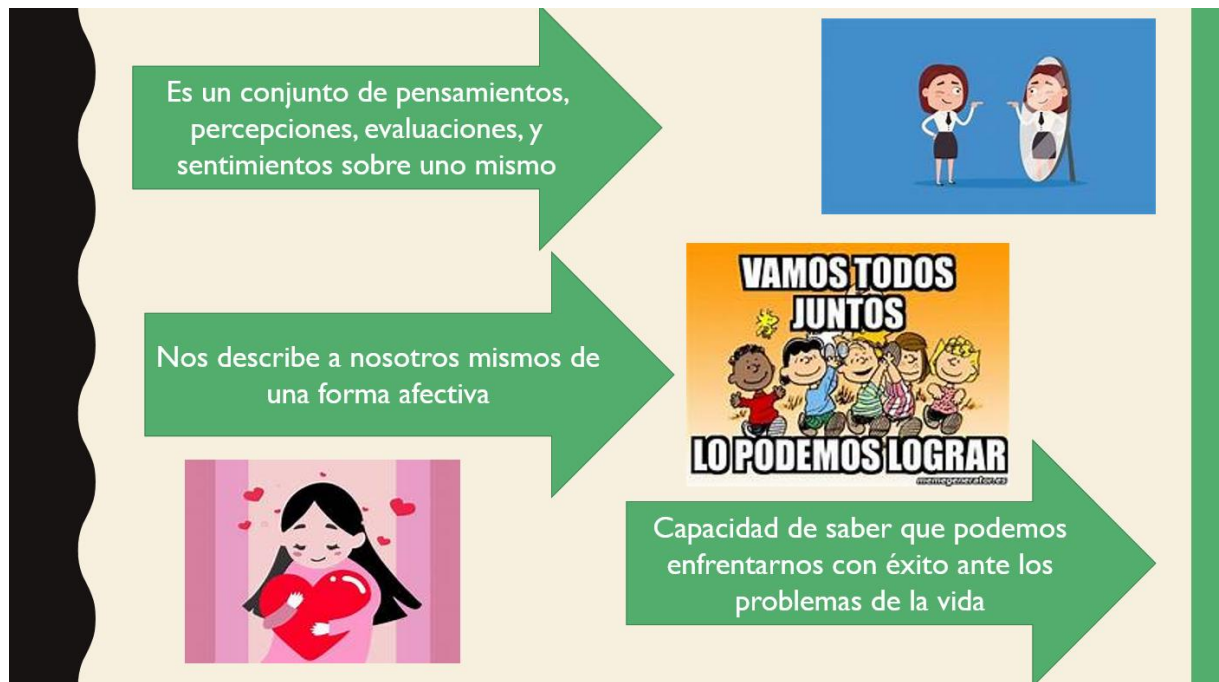
Ha habido una guerra nuclear y en el único refugio que queda disponible en el planeta para salvarse, llamado «El último búnker», ya no hay espacio para más personas, sólo una más puede pasar. El problema es que fuera quedan aún tres personas. Como miembros de la ONU que sois, es vuestra obligación decidir quién de ellos pasará dentro del búnker, y, por tanto, se salvará, mientras que los que queden fuera morirán. Las personas que quedan fuera son:

- Una actriz y monologuista cómica, muy conocida por su belleza, su simpatía y su gracia.
- Un policía con fama de ser autoritario y de conducta intachable.
- Un médico muy respetado, con gran experiencia y conocimientos médicos.

Anexo 6: Fuente elaboración propia



**QUÉ ES LA
AUTOESTIMA**



LA RUTINA

	¿Cuántas horas dormí anoche?	¿Cómo me he sentido de ánimo hoy del 1 al 10?	¿Qué cosas productivas he hecho hoy?	Pensamiento negativos que he tenido hoy	Pensamientos positivos que he tenido hoy
Día					
Día					
Día					

Día					
Día					
Día					
Día					



¿QUÉ OBJETIVO TIENE?

Lograr un profundo estado de conciencia libre de juicios sobre nuestras sensaciones, sentimientos o pensamientos



Debemos prestar atención a lo que sucede en nuestro interior en todo momento

BENEFICIOS DEL MINDFULNESS



Mejora la capacidad de concentración y atención



Muy positivo para manejar el estrés



Reduce los niveles de ansiedad y depresión



Anexo 9: Fuente elaboración propia

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA

1= totalmente en desacuerdo

2= parcialmente en desacuerdo

3= parcialmente de acuerdo

4= totalmente de acuerdo

	1	2	3	4
Pienso que el programa ha sido eficaz				
Considero que el programa puede ayudar a los adolescentes				
El contenido del programa ha cumplido mis expectativas				
Creo que el programa ha cumplido con los objetivos que presentaba				
Las actividades que estructuran el programa me han parecido dinámicas (entretenidas)				
Las técnicas y actividades del programa realmente me han servido de ayuda				
Con el programa he aprendido cosas que antes desconocía				
Me han parecido útiles las técnicas y ejercicios del programa y creo que las llevaré a cabo				
Las sesiones me han parecido entretenidas				
La calidad y la cantidad de la documentación han sido idóneas (adecuadas)				
Comentarios:				