



**CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

**TESIS
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE BULLYING**

**PRESENTA
Míriam Anahí Salazar García
PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORA EN PSICOLOGÍA**

**TUTOR
Dr. Francisco Javier Pedroza Cabrera**

**COMITÉ TUTORAL
Dra. Cecilia Colunga Rodríguez
Dra. Alicia Edith Hermosillo de la Torre**

Aguascalientes, Ags. 27 de noviembre de 2020

MTRA. C.S. Y H. MARÍA ZAPOPAN TEJEDA CALDERA
DECANA DEL CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
PRESENTE

Por medio del presente como **Miembros del Comité Tutorial** designado de la estudiante **MÍRIAM ANAHÍ SALAZAR GARCÍA** con ID 233257 quien realizó la tesis titulada: **DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE BULLYING**, un trabajo propio, innovador, relevante e inédito y con fundamento en el Artículo 175, Apartado II del Reglamento General de Docencia damos nuestro consentimiento de que la versión final del documento ha sido revisada y las correcciones se han incorporado apropiadamente, por lo que nos permitimos emitir el **VOTO APROBATORIO**, para que ella pueda proceder a imprimirla así como continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Ponemos lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, le enviamos un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"Se Lumen Proferre"
Aguascalientes, Ags., a 27 de noviembre de 2020.



Dr. Francisco Javier Pedroza Cabrera
Tutor de tesis



Dra. Alicia Edith Hermosillo de la Torre
Asesor de tesis



Dra. Cecilia Colunga Rodríguez
Asesor de tesis

c.c.p.- Interesado
c.c.p.- Secretaría Técnica del Programa de Posgrado

Elaborado por: Depto. Apoyo al Posgrado.
Revisado por: Depto. Control Escolar/Depto. Gestión de Calidad.
Aprobado por: Depto. Control Escolar/ Depto. Apoyo al Posgrado.

Código: DO-SEE-FO-16
Actualización: 00
Emisión: 17/05/19



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO



Fecha de dictaminación dd/mm/aaaa: 30/11/2020

NOMBRE: Miriam Anahí Salazar García **ID** 233257

PROGRAMA: Doctorado Interinstitucional en Psicología **LGAC (del posgrado):** Psicología de la Salud

TIPO DE TRABAJO: () Tesis () Trabajo Práctico

TÍTULO: DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE BULLYING

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): A través de esta investigación se logró desarrollar una intervención efectiva para reducir la sintomatología depresiva en los adolescentes, utilizando la modalidad de telepsicología, lo que la hace más accesible a adolescentes que tienen alguna dificultad para asistir a tratamientos presenciales.

INDICAR SI NO N.A. (NO APLICA) SEGÚN CORRESPONDA:

<i>Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:</i>	
SI	El trabajo es congruente con las LGAC del programa de posgrado
SI	La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI	Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI	Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI	Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI	El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI	Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
N.A.	Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI	Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)
<i>El egresado cumple con lo siguiente:</i>	
SI	Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
SI	Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, predoctoral, etc)
SI	Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
N.A.	Cuenta con la carta de satisfacción del Usuario
SI	Coincide con el título y objetivo registrado
SI	Tiene congruencia con cuerpos académicos
SI	Tiene el CVU del Conacyt actualizado
SI	Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales (en caso que proceda)
<i>En caso de Tesis por artículos científicos publicados</i>	
	Aceptación o Publicación de los artículos según el nivel del programa
	El estudiante es el primer autor
	El autor de correspondencia es el Tutor del Núcleo Académico Básico
	En los artículos se ven reflejados los objetivos de la tesis, ya que son producto de este trabajo de investigación.
	Los artículos integran los capítulos de la tesis y se presentan en el idioma en que fueron publicados
	La aceptación o publicación de los artículos en revistas indexadas de alto impacto

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado: Sí X
No

FIRMAS

Elaboró:
 Dra. Marina Liliana González Torres
 * NOMBRE Y FIRMA DEL CONSEJERO SEGÚN LA LGAC DE ADSCRIPCIÓN:
 Dra. Marina Liliana González Torres
 NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO TÉCNICO:
 * En caso de conflicto de intereses, firmará un revisor miembro del NAB de la LGAC correspondiente distinto al tutor o miembro del comité tutorial, asignado por el Decano
Revisó:
 Dr. En H. Alfredo López Ferreira
 NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:
Autorizó:
 Mtra. C.S. y H. María Zapopan Tejeda Caldera
 NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado
 En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ... Guiar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

Elaborado por: D. Apoyo al Posg.
 Revisado por: D. Control Escolar/D. Gestión de Calidad.
 Aprobado por: D. Control Escolar/D. Apoyo al Posg.

Código: DO-SEE-FO-15
 Actualización: 01
 Emisión: 28/04/20

ISSN-2007-1930

Revista educ@rnos

Nueva época, Año 9, núm. 35, Octubre-diciembre 2019

JÓVENES Y ADOLESCENCIAS HOY

**Reflexiones sobre la identidad
y las culturas juveniles**

**El formato generacional de las nuevas
adolescencias al interior
de un mundo turbulento**

**Jóvenes y educación.
Pensar en la sublimación hoy**

**Prácticas desencantadas de las
juventudes contemporáneas**

Colaboran

Marisol Aceves Chavoya • Irene Aguado Herrera • Raúl Enrique Anzaldúa Arce
• Cecilia Colunga Rodríguez • Ofelia Contreras Gutiérrez • Norma Lidia Díaz
García • Alberto Farias Ochoa • Alicia Edith Hermosillo de la Torre • María Luisa
Murga Meler • Francisco Javier Pedroza Cabrera • Miguel Ángel Pérez Reynoso
• Alicia Míriam Anahí Salazar García • Ismael Torres Maestro • América Vera
Lara • Jorge Viquez Rodríguez • Marcelo Urresti •

Directorio

Directora María Candelaria Ornelas Márquez
Coordinador Editorial Jaime Navarro Saras
Diseño Educ@mos editorial

Consejo editorial

Universidad de Cádiz	Víctor Manuel Amar Rodríguez
Universidad de Guadalajara	José Claudio Carrillo Navarro
Instituto Mexicano del Seguro Social	Cecilia Colunga Rodríguez
Colectivo para el Desarrollo Educativo	Silvia Lourdes Conde Flores
Universidad Autónoma de Barcelona	María Jesús Comellas Carbó
UNED	Juan Antonio Delval Merino
Universidad Nacional Autónoma de México	Rose Eisenberg Wieder
ByC Escuela Normal de Jalisco	Adriana Piedad García Herrera
Universidad de Granada	Francisco Javier Hinojo Lucena
Universidad de Guadalajara	Gizelle Guadalupe Macías González
Junta de Andalucía	Carmen Martínez Sevilla
Universidad de Guadalajara	Luis Rodolfo Morán Quiroz
UPN/Guadalajara	Miguel Ángel Pérez Reynoso
Universidad de Barcelona	Enric Prats Gil
Universidad de Guadalajara	Silvia Lizette Ramos de Robles
UPN/Ajusco	Miguel Ángel Vértiz Galván
Cips/SEJ	Mayela Eugenia Villalpando Aguilar

Revista educ@rnos, Año 9, núm. 35, Octubre-diciembre de 2019, es una publicación trimestral editada por Jaime Navarro Saras, Av. Vallarta núm. 1020-7, Col. Americana, C. P. 44100, Guadalajara, Jalisco, Tel. 52 (33) 34776032, pagina electrónica: <http://revistaeducarnos.com/sites/default/files/educ@rnos.pdf>, correo electrónico: revistaeducarnos@hotmail.com. Editor responsable: Jaime Navarro Saras. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo núm. 04-2014-052912253800-203, ISSN 2007-1930, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Certificado de licitud y contenido: en trámite otorgado por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Fecha de la última modificación 30 de septiembre de 2019. Diseño educ@rnos editorial.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Se autoriza la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Revista educ@rnos siempre y cuando se cite la fuente.



Sumario	Pág.
Editorial	7
Presentación	9
Jóvenes y adolescencias hoy	
Reflexiones sobre la identidad y las culturas juveniles Raúl Enrique Anzaldúa Arce	11
El formato generacional de las nuevas adolescencias al interior de un mundo turbulento Miguel Ángel Pérez Reynoso	37
Etiquetas, juventud y escuela secundaria, reflexiones en torno al papel docente Norma Lidia Díaz García y Alicia Marisol Aceves Chavoya	57
Bullying y depresión en adolescentes: revisión sistemática Míriam Anahí Salazar García, Francisco Javier Pedroza Cabrera, Cecilia Colunga Rodríguez y Alicia Edith Hermosillo de la Torre	69
Régimen académico y trayectorias escolares de adolescentes en el bachillerato Irene Aguado Herrera, Ofelia Contreras Gutiérrez y Jorge Víquez Rodríguez	81
Prácticas desencantadas de las juventudes contemporáneas Ismael Torres Maestro	105
Experiencias de radio comunitaria, aprendizajes y ciudadanía en mujeres adolescentes indígenas purépechas de Michoacán Alberto Farias Ochoa	131
Jóvenes y educación. Pensar en la sublimación hoy María Luisa Murga Meler	151

BULLYING Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Miriam Anahí Salazar García*, Francisco Javier Pedroza Cabrera**, Cecilia Colunga Rodríguez*** y Alicia Edith Hermosillo de la Torre****

*Maestra en Terapias Breves y estudiante del Doctorado Interinstitucional en Psicología de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. psic.miriamsg@gmail.com

**Doctor en Psicología. Docente e Investigador de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. francisco_pedroza@hotmail.com

***Doctora en Ciencias de la Salud Pública. Docente e Investigadora de la Escuela Normal Superior de Jalisco, integrante de la unidad de Investigación Médica UMAE Hospital de Pediatría C.M.N.O. IMSS. cecilia.colunga@academicos.udg.mx

****Doctora en Psicología. Docente e Investigadora de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. aehermo@yahoo.com.mx

Recibido: 17 de mayo 2019

Aceptado: 31 de julio 2019

Resumen

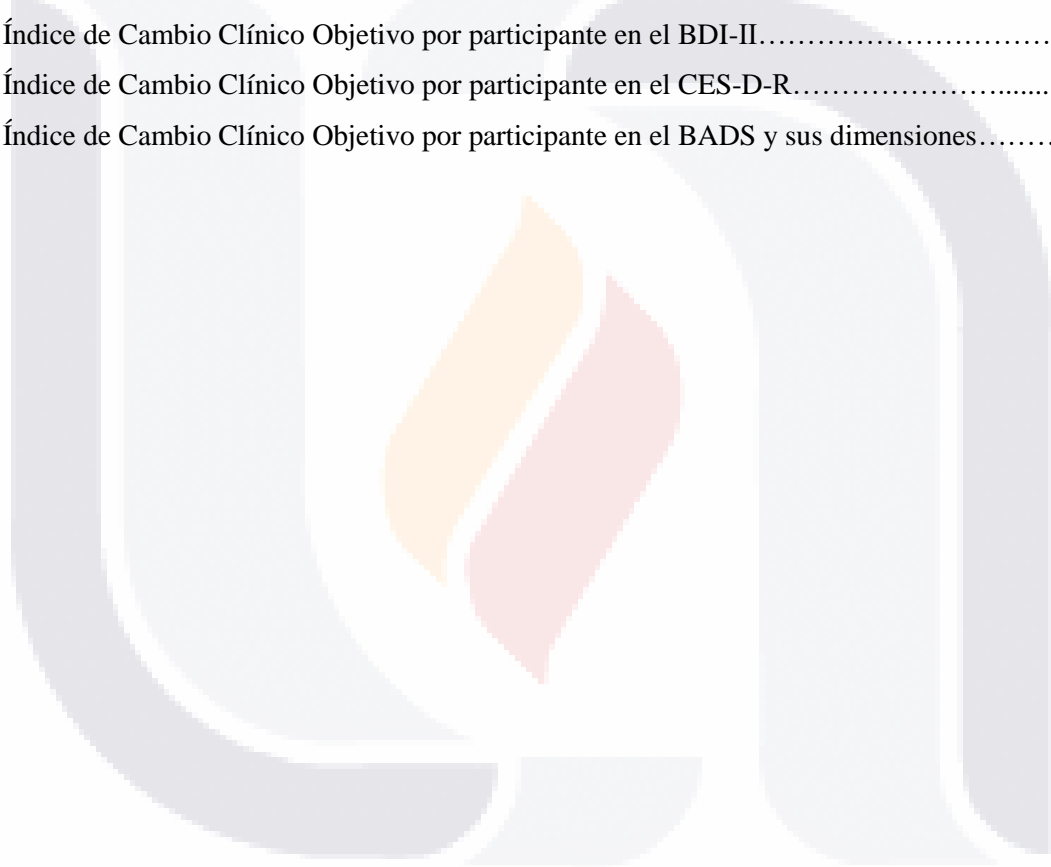
El bullying se manifiesta frecuentemente con importantes repercusiones negativas en el desarrollo social, emocional y académico de los involucrados. Entre estas consecuencias se puede encontrar la depresión. Se llevó a cabo una revisión de literatura con la finalidad de integrar los

Índice

Índice de Tablas.....	2
Índice de Figuras.....	3
Resumen.....	4
Abstract.....	5
Introducción.....	6
Capítulo 1. La depresión en adolescentes.....	8
Capítulo 2. La depresión desde la perspectiva de la Activación Conductual.....	11
Capítulo 3. Activación Conductual para el tratamiento de la depresión en adolescentes.....	15
Capítulo 4. Tratamientos telepsicológicos para la depresión.....	20
Justificación.....	24
Objetivos.....	26
Capítulo 5. Método.....	27
Capítulo 6. Resultados.....	36
Capítulo 7. Discusión.....	45
Conclusiones.....	50
Referencias.....	51
Anexos.....	61

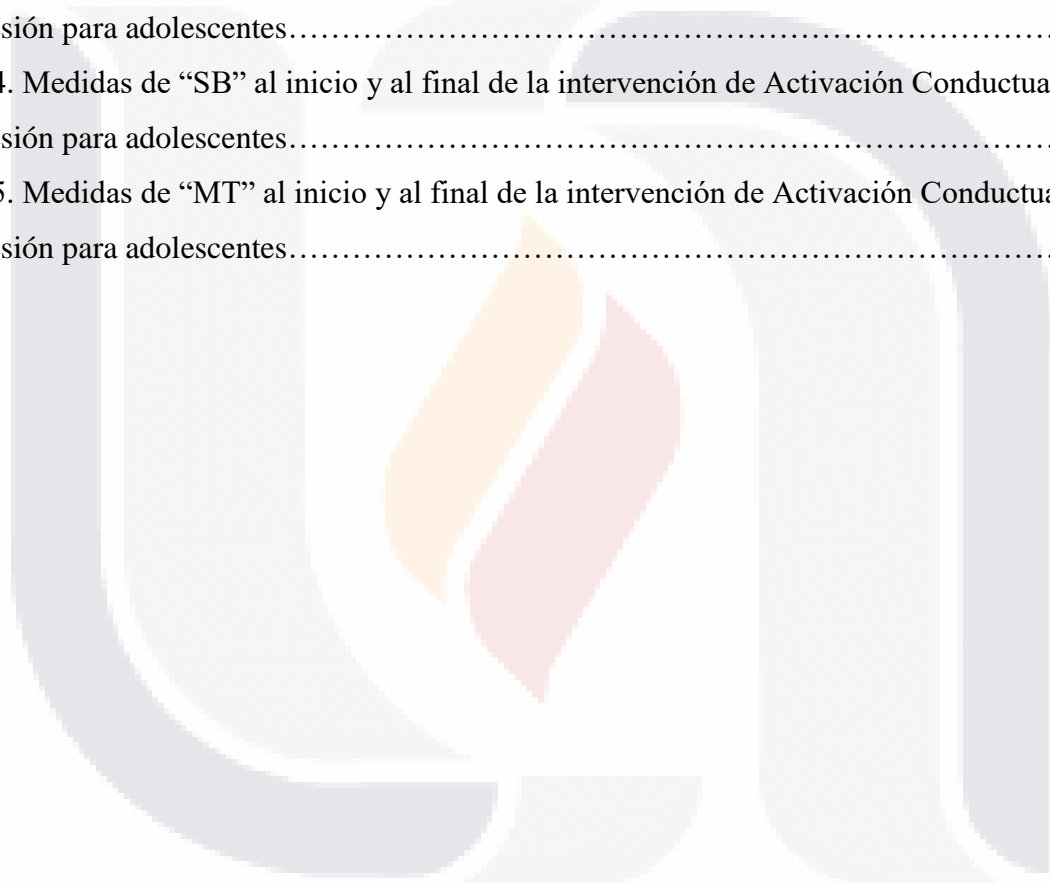
Índice de Tablas

Tabla 1. Intervenciones de Activación Conductual implementadas con adolescentes.....	15
Tabla 2. Componentes utilizados en intervenciones de Activación Conductual con adolescentes.....	28
Tabla 3. Estructura de la intervención de acuerdo a los principales componentes de la Activación Conductual.....	36
Tabla 4. Características sociodemográficas de las participantes y puntajes obtenidos al inicio y al final de la intervención.....	37
Tabla 5. Índice de Cambio Clínico Objetivo por participante en el BDI-II.....	42
Tabla 6. Índice de Cambio Clínico Objetivo por participante en el CES-D-R.....	43
Tabla 7. Índice de Cambio Clínico Objetivo por participante en el BADS y sus dimensiones.....	43



Índice de Figuras

Figura 1. Medidas de “AA” al inicio y al final de la intervención de Activación Conductual para la depresión para adolescentes.....	38
Figura 2. Medidas de “MT” al inicio y al final de la intervención de Activación Conductual para la depresión para adolescentes.....	39
Figura 3. Medidas de “GG” al inicio y al final de la intervención de Activación Conductual para la depresión para adolescentes.....	40
Figura 4. Medidas de “SB” al inicio y al final de la intervención de Activación Conductual para la depresión para adolescentes.....	41
Figura 5. Medidas de “MT” al inicio y al final de la intervención de Activación Conductual para la depresión para adolescentes.....	42



Resumen

La depresión en adolescentes se manifiesta frecuentemente con importantes repercusiones negativas en su desarrollo social, emocional y académico. Desde la perspectiva de la activación conductual, al estar deprimidos, es posible que los adolescentes se desvinculen de sus rutinas y se retiren de su entorno, perdiendo oportunidades para ser reforzados positivamente a través de experiencias placenteras. La activación conductual busca aumentar el contacto de los adolescentes con fuentes de recompensa, ayudándolos a ser más activos y mejorar el contexto de su vida. El objetivo de esta investigación fue desarrollar una intervención telepsicológica, basada en los principales componentes de la Activación Conductual, para adolescentes que presentan sintomatología depresiva de leve a severa. Además, se realizó una aplicación con cinco adolescentes de bachillerato de la ciudad de Aguascalientes, México para contrastar los cambios en los puntajes de sintomatología depresiva entre el inicio y el término de la intervención. Los resultados reflejaron un aumento en las actividades reforzantes que realizaban los adolescentes, así como una disminución de los síntomas depresivos reportados al inicio de la intervención. Se recomienda realizar evaluaciones adicionales para establecer su eficacia en comparación con los tratamientos telepsicológicos basados en la evidencia existentes para la depresión adolescente en México.

Palabras clave: depresión, adolescentes, Activación Conductual, telepsicología

Abstract

Depression in adolescents frequently manifests itself with significant negative repercussions on their social, emotional, and academic development. From the perspective of behavioral activation, when depressed, adolescents may disengage from their routines and withdraw from their environment, missing opportunities to be positively reinforced through pleasant experiences. Behavioral activation seeks to increase adolescents' contact with sources of reward, helping them to be more active and improve the context of their life. The objective of this research was to develop a telepsychology intervention, based on the main components of Behavioral Activation, for adolescents with mild to severe depressive symptoms. Also, an application was implemented with five high school adolescents from the city of Aguascalientes, Mexico to contrast the changes in the depressive symptomatology scores between the beginning and the end of the intervention. The results reflected an increase in the reinforcing activities performed by the adolescents, as well as a decrease in the depressive symptoms reported at the beginning of the intervention. Further evaluations are recommended to establish its efficacy compared to existing evidence-based telepsychology treatments for adolescent depression in Mexico.

Keywords: depression, adolescents, Behavioral Activation, telepsychology

Introducción

La depresión es uno de los problemas en salud mental más prevalentes, se calcula que actualmente más de 300 millones de personas la padecen (Organización Mundial de la Salud [OMS, 2020a]). Además, es la cuarta causa principal de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de 15 a 19 años (OMS, 2020b). Esto da lugar a que la salud mental de los adolescentes se reconozca como una prioridad mundial por lo que se requieren urgentemente intervenciones efectivas y fáciles de implementar para abordar su salud mental (Martin y Oliver, 2018).

Los trastornos depresivos impactan directamente en el estado de ánimo y el afecto de los adolescentes, lo que puede generar problemas y tener consecuencias negativas en diferentes áreas de la vida (González-Forteza, Hermosillo, Vacio-Muro, Peralta y Wagner, 2015). Cabe aclarar que no todos los adolescentes se encuentran susceptibles a manifestar síntomas depresivos o depresión, sin embargo, hay algunos que pueden encontrarse en mayor riesgo de presentarla.

A pesar de que existen tratamientos eficaces para la depresión, gran parte de los adolescentes afectados no reciben ningún tipo de tratamiento (OMS, 2020a). En una revisión de investigaciones realizada por Tindall et al. (2017) encontraron que, a pesar de las altas tasas de trastornos depresivos, pocos adolescentes buscan ayuda y esta búsqueda de ayuda limitada puede estar influenciada por factores negativos asociados con los tratamientos, el estigma, actitudes negativas sobre la búsqueda de ayuda, poca accesibilidad y la renuencia de los adolescentes a comprometerse con un terapeuta. De los que sí buscan ayuda, pocos la reciben de los servicios especializados de salud mental, derivado en muchas ocasiones de la capacidad limitada de los psicoterapeutas y la disponibilidad de terapia eficaces.

A la fecha, se ha demostrado en diversos estudios que la depresión puede reducirse con programas de prevención (OMS, 2020a). Por ello, es importante identificar de manera temprana a los adolescentes que experimentan síntomas depresivos para que reciban de manera oportuna un tratamiento eficaz que reduzca sus síntomas, mejore su estado de ánimo y les permita tener una mejor calidad de vida (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013).

Entre los tratamientos que han demostrado ser eficaces para la depresión se encuentra la Activación Conductual (AC), la cual ha obtenido resultados de tratamiento prometedores con

adultos deprimidos y que en los últimos años se ha adaptado para el trabajo con adolescentes. Sin embargo, todavía se requieren evaluaciones adicionales para respaldar cualquier conclusión acerca de la eficacia de este tratamiento con los adolescentes (Chu, Hoffman, Johns, Reyes-Portillo y Hansford, 2015).

Además de los estudios para determinar qué tratamientos son más efectivos, recientemente también han aumentado las investigaciones enfocadas en evaluar los efectos de implementar los tratamientos en una modalidad distinta a la presencial. Este interés va de la mano con el desarrollo de las Tecnologías de la información y la comunicación (TICs), las cuales se han instalado en todas las áreas de la vida cotidiana, incluida la psicoterapia. El desafío actual radica entonces en identificar qué tipos de intervenciones son apropiadas para poner en práctica por este medio (Macías y Valero, 2018).

Por lo tanto, la finalidad de esta investigación se centra en desarrollar una intervención que disminuya la presencia de síntomas depresivos en adolescentes, tomando como base los componentes de la Activación Conductual y que pueda ser aplicada a través de medios tecnológicos.

Capítulo 1. La depresión en adolescentes

Aun cuando la depresión está presente en diferentes etapas del ciclo vital, generalmente se presenta por primera vez en edades tempranas, lo que reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas (Berenzon et al., 2013). En un meta-análisis realizado por Costello, Erkanli y Angold (2006) se sugirió que las tasas de prevalencia general de la depresión serían del 5.6% para los adolescentes entre los 13 y 18 años, y de manera específica, de 5.9% para las mujeres y 4.6% para los hombres. En México, la prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes se estima entre 14.78 y 16.8%, siendo igualmente más elevada en mujeres que en hombres (17.9 y 11.1%, respectivamente) (González-Forteza et al., 2011). De manera similar, un estudio realizado en una muestra de estudiantes de bachillerato del Estado de México reportó un mayor porcentaje de sintomatología depresiva en mujeres (21%) que en hombres (16.6%) (Veytia-López, González-Arratia, Andrade-Palos y Oudhof, 2012).

Por su parte, Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista y Zambrano-Ruiz (2004) reportaron que el 26% de los casos de depresión en adultos iniciaron antes de los 18 años y que este inicio temprano implica mayor probabilidad de presentar un episodio subsiguiente y mayor cantidad de episodios. Esto se corroboró en un estudio longitudinal posterior en el que encontraron que, entre los años de adolescencia a la adultez, el 37.9% experimentó la aparición de un nuevo trastorno psiquiátrico. Con respecto al tipo de trastorno, los trastornos del estado de ánimo tuvieron una incidencia del 14% y referente a los trastornos individuales la depresión mayor tuvo una incidencia del 12.9% y fueron las mujeres quienes tuvieron mayor incidencia que los hombres de depresión mayor. De aquellos que no habían buscado tratamiento previamente por problemas de salud mental, el 28.6% utilizó servicios con un mayor uso de incidentes para mujeres que hombres (Benjet et al., 2016).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de los Hogares (ENH) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2014 fueron entrevistados 12,761 adolescentes entre los 15 y los 18 años (51.5% hombres y 48.5% mujeres) de los cuales el 20.9% reportó haberse sentido deprimido en el último año. En los resultados del 2015, donde 16,782 adolescentes respondieron la encuesta (50.4% hombres y 49.6% mujeres) el porcentaje se redujo al 18.3% de adolescentes.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Sin embargo, para el 2017, en una muestra de 15,632 adolescentes (54.7% mujeres y 45.3% hombres) el porcentaje aumentó nuevamente a 21.5% (INEGI, 2014, 2015, 2017).

En el caso particular de Aguascalientes, la muestra del 2014 fue de 395 adolescentes (57% hombres y 43% mujeres) de los cuales el 9.6% manifestó haberse sentido deprimido. De manera similar a lo ocurrido en la muestra nacional, para el 2015 también hubo un descenso en el porcentaje de reportes de depresión, siendo este del 4.1% de 565 adolescentes encuestados (50.1% hombres y 49.9% mujeres). Finalmente, coincidiendo nuevamente con la tendencia nacional, en el 2017 de 558 adolescentes (54.7% mujeres y 45.3% hombres) el 10.6% reportó haberse sentido deprimido, lo que representa un aumento a lo reportado anteriormente. Cabe resaltar que, tanto a nivel nacional como en Aguascalientes, las mujeres fueron quienes reportaron haberse sentido deprimidas más frecuentemente y con mayor intensidad que los hombres (INEGI, 2014, 2015, 2017).

De manera similar, Rivera-Rivera, Rivera-Hernández, Pérez-Amezcuca, Leyva-López y de Castro (2015), con datos de la encuesta “Lucha contra la exclusión, intolerancia y violencia en las Escuelas de Educación Media Superior”, encontraron que 27% de los estudiantes presentaban sintomatología depresiva, siendo nuevamente las mujeres quienes se vieron afectadas en mayor proporción (34%) en comparación con un 18% de los hombres.

Rivera-Heredia, Enríquez y Salazar-García (2013) en su estudio para describir conductas problemáticas en estudiantes de bachillerato y licenciatura encontraron que la sintomatología depresiva aparece en un 6.76% de los estudiantes de bachillerato relacionada principalmente con el aislamiento social, la falta de participación en clases y el aletargamiento asociado con dormirse en clase. Aclarando que, aunque estos síntomas aislados no pueden en sí mismos identificar un cuadro de sintomatología depresiva como tal, sí aportan información respecto a una disminución en la participación social, la cual con frecuencia acompaña a los cuadros depresivos.

Es necesario resaltar que la presencia de trastornos depresivos en los adolescentes es un indicador de riesgo para diversos tipos de conductas problemáticas como violencia, consumo de drogas, trastornos alimentarios, ideación suicida, etc. por lo que identificar y reconocer su presencia es de suma importancia para generar propuestas de intervención (González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003).

Actualmente, en Aguascalientes se han realizado diversas investigaciones para el estudio de la depresión como problemática principal en distintas poblaciones como los pacientes hipertensos (Herrera, 2014), pacientes con tuberculosis pulmonar o diabetes mellitus tipo 2 (García, 2013; Carmona, 2013), pacientes cursando puerperio tardío (Torres-Cisneros, Barba-Valadez y Terrones-Saldívar, 2013), médicos residentes (Reyna, 2010), estudiantes de Enfermería, Nutrición, Médico Cirujano o Estomatología (Pineda-Pedraza y González-Flores, 2016; Terrones, Rosas y Reyes-Robles, 2014; Terrones, Ruíz, Rosas, Reyes-Robles y Prieto, 2014) y en distintos grupos de edad como pacientes con trastorno depresivo de entre 20 y 64 años (Ruvalcaba, 2016) y con adultos mayores (Barba, 2011). Sin embargo, no existen reportes que aborden la depresión en población adolescente, por lo que se requieren estudios que identifiquen la prevalencia de sintomatología depresiva en este grupo de edad, además de identificar cuáles son los tratamientos a los que pueden acceder.

Finalmente, se ha encontrado que los adolescentes con depresión no siempre acuden a solicitar ayuda (Cano, Salguero, Mae, Dongil y Latorre, 2012) por lo que resulta necesario detectar de manera temprana a los adolescentes que enfrentan estas problemáticas para brindarles atención oportuna que les permita transitar adecuadamente por esta etapa, hecho que les facilitará tener un óptimo desarrollo en su vida adulta (Rivera-Heredia et al., 2013).

Capítulo 2. La depresión desde la perspectiva de la Activación Conductual

El primer antecedente de la Activación Conductual puede encontrarse en el artículo publicado por Ferster (1973). En él explicaba, desde la perspectiva del análisis funcional, que la principal característica de una persona deprimida es la reducción de ciertos tipos de actividad junto con un aumento en conductas de evitación y escape, lo que da lugar a un estado depresivo. Debido a la percepción de la persona de que sus conductas no reciben reforzamiento positivo, se presenta una reducción de respuestas y se ignoran otras fuentes de reforzamiento, generando el estado de pasividad característico de las personas depresivas (Barraca, 2009).

En este mismo sentido, Lewinsohn también presentó su aportación, determinada a partir de un análisis conductual riguroso (Lewinsohn y Graf, 1973). Para él, una baja tasa de refuerzo positivo contingente a la respuesta constituye una condición antecedente para la aparición de la depresión. Por lo tanto, la mejora de los estados depresivos debe ir acompañada de un aumento de los refuerzos positivos, sobre todo aquellos que implican un refuerzo social. Por ello, propusieron la programación de actividades placenteras para incrementar los reforzadores positivos contingentes.

Es así que se reconoce a Ferster y Lewinsohn como los pioneros del análisis comportamental de los estados depresivos y sus propuestas fueron la base para considerar que los objetivos de un tratamiento para la depresión deben incluir el incremento de actividades reforzantes, el bloqueo de la evitación y la recuperación de interacciones sociales (Barraca, 2009). Los orígenes de la terapia de conducta están enmarcados en un enfoque contextual, en el que se enfatiza que las contingencias ambientales son las que determinan la conducta, incluyendo la conducta problemática. Sin embargo, este enfoque contextual se modificó a partir de la unión de la terapia de conducta con la terapia cognitiva, la cual enfoca sus objetivos en modificar aspectos mentales, como las percepciones, más que ambientales (Pérez-Álvarez, 2007).

Un claro ejemplo de este nuevo enfoque es la terapia cognitiva de la depresión de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) la cual, apoyada de su accesibilidad y de buenos resultados empíricos, logró incorporar las estrategias cognitivas en los tratamientos de corte conductual (Barraca, 2009) convirtiéndose en el enfoque de referencia para el tratamiento de la depresión, opacando a los enfoques conductuales originales (Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2010).

Además de la terapia cognitivo-conductual, la medicación también ha sido considerada un tratamiento eficaz contra la depresión, por lo que se asume que los tratamientos que incluyen técnicas cognitivo-conductuales acompañados de medicación antidepresiva, representan el mejor tratamiento que se puede ofrecer para la depresión (Barraca, 2009). Por ello, la terapia cognitivo-conductual (TCC) es el tratamiento con mayor evidencia empírica y experimental sobre su efectividad y eficacia, y es la principal referencia respecto de la que se evalúan otras terapias psicológicas que quieren respaldarse empíricamente, aunque siendo una terapia multicomponente, ha sido el objetivo de diversas investigaciones el identificar si todos sus componentes contribuyen por igual o si los mejores resultados se deben sólo a alguno de ellos (Barraca y Pérez-Álvarez, 2015).

Una de los primeros estudios en abordar estas cuestiones, fue el dirigido por Zeiss, Lewinsohn y Muñoz (1979) quienes evaluaron la aplicación de tratamientos centrados en tres diferentes componentes: uno en reestructuración cognitiva, otro en aprendizaje de habilidades interpersonales y el último en la programación de acontecimientos agradables. Al analizar los resultados descubrieron que los participantes con depresión mejoraban independientemente de los componentes específicos del tratamiento.

El estudio más influyente que aborda el análisis de los componentes activos de la TCC es el publicado en 1996 por Jacobson y sus colaboradores. Los adultos con depresión que participaron recibieron al azar a uno de los tres tratamientos: el componente de activación conductual, la activación conductual más la reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos, o la terapia cognitiva completa, que incluye la activación conductual, la reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos y la reestructuración cognitiva de opiniones fundamentales. Los resultados no mostraron evidencia de que el tratamiento completo produjera mejores resultados, ya sea al finalizar el tratamiento o al seguimiento de 6 meses, que cualquiera de los componentes del tratamiento (Jacobson et al., 1996). En un seguimiento realizado dos años después, los resultados mostraron nuevamente que el componente aislado de activación conductual tenía el mismo efecto que el protocolo integrado y, además, que los resultados se mantenían a largo plazo (Gortner, Gollan, Dobson y Jacobson, 1998).

Este análisis de componentes destacó la eficacia de utilizar un tratamiento puramente conductual, mostrando que el cambio en las contingencias era suficiente para conseguir el cambio

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y, desde un punto de vista pragmático, planteó la posibilidad de que la activación conductual sea un tratamiento más parsimonioso, susceptible de ser utilizado por terapeutas menos experimentados (Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001). A partir de estos datos, plantearon la recuperación de las técnicas comportamentales para formalizar una terapia para la depresión basada exclusivamente en los planteamientos funcionales de la terapia de conducta (Barraca, 2009). Esto dio lugar a considerar la propuesta de la activación conductual como una terapia por sí misma, replanteada como una terapia propiamente conductual, resituada en la perspectiva del análisis funcional de la depresión establecido por Ferster (Pérez-Álvarez, 2007).

Así, la activación conductual entiende la depresión como un conjunto de conductas que se dan en función de un contexto, siendo el medio ambiente y la historia personal elementos relevantes para su explicación (Pérez-Álvarez, 2007), es decir, cuando una persona se deprime es posible que se desvincule gradualmente de sus rutinas y se retire de su entorno. Con el tiempo, esta evitación exacerba el estado de ánimo deprimido, ya que pierde oportunidades para ser reforzada positivamente a través de experiencias placenteras, actividades sociales o experiencias de dominio. La activación conductual busca aumentar el contacto con las fuentes de recompensa ayudándola a ser más activa y, al hacerlo, mejorar el contexto personal (*American Psychology Association* [APA], 2015).

El surgimiento de este enfoque estuvo acompañado de la necesidad de encontrar evidencias experimentales para proponerlo como una alternativa a la TCC, dados los buenos resultados empíricos que esta última había demostrado (Barraca, 2009). Así, tras el desarrollo de las investigaciones que buscaban mostrar la efectividad de las intervenciones conductuales, con respecto a la terapia cognitivo-conductual, se observó que la activación conductual no era sólo un elemento dentro de la intervención, sino que constituía la estrategia fundamental de cambio (Jacobson et al., 1996).

Una investigación a gran escala fue la desarrollada por Dimidjian et al. (2006), la cual buscaba probar la eficacia de la activación conductual comparándola con la terapia cognitiva y la medicación antidepressiva en un diseño aleatorio controlado con placebo en adultos. Los resultados mostraron que la activación conductual es comparable con la eficacia de la medicación antidepressiva, y más eficaz que la terapia cognitiva. Además, los resultados resaltaron el valor del uso de estrategias conductuales simples en el tratamiento de la depresión, como el

establecimiento de metas, el autocontrol, la programación de actividades, la resolución de problemas y la asignación de tareas (Dimidjian et al., 2006).

En resumen, la activación conductual retoma las aportaciones Ferster (1973) y Lewinsohn (1973) y añade aportaciones importantes entre las que cabe destacar: una explicación teórica mejor elaborada para explicar tanto el origen como el mantenimiento de los estados depresivos; un enfoque en aspectos motivacionales para que el cliente se comprometa con la intervención; un protocolo de tratamiento bien desarrollado; una integración conductual de los aspectos cognitivos, abordando la rumia desde una perspectiva funcional; el desarrollo de algunos instrumentos de evaluación para valorar el efecto de la terapia; y una búsqueda de evidencia empírica para incluirse entre las terapias de probada eficacia para el tratamiento de la depresión y un análisis detallado sobre los casos en que ha sido eficaz (Barraca, 2009).

Las diversas investigaciones realizadas en los últimos años, han hecho explícita la necesidad de desarrollar estudios que evalúen la efectividad de la activación conductual y que permita establecer con mayor precisión las herramientas y formas de implementarla, que sean más eficientes en la intervención. Además, es recomendable desarrollar un mayor número de estudios con protocolos estándar que incrementen la evidencia de su efectividad para garantizar su validez social y la generalización de sus hallazgos (Bianchi y Muñoz-Martínez, 2014).

Capítulo 3. Activación Conductual para el tratamiento de la depresión en adolescentes

Se ha encontrado que la Activación Conductual (AC) trata de manera efectiva la depresión en adultos y la investigación sobre su aplicación en adolescentes está emergiendo (Martin y Oliver, 2018). En las revisiones sistemáticas recientemente publicadas por Tindall et al. (2017) y Martin y Oliver (2018) exploraron el alcance de los estudios, la evidencia actual de la efectividad y la forma en que se ha realizado y adaptado la intervención de la AC para tratar la depresión en adolescentes. Encontraron trece estudios de caso (p. ej. Chu, Hoffman, Johns, Reyes-Portillo y Hansford, 2015; Pass, Hodgson, Whitney y Reynolds, 2018; Riley y Gaynor, 2014), tres diseños piloto (Pass, Lejuez, y Reynolds, 2017; Ritschel, Ramirez, Cooley y Craighead, 2016; Ritschel, Ramirez, Jones y Craighead, 2011) y cinco ensayos controlados aleatorizados (p. ej. Chu et al., 2016; McCauley et al., 2016; Weersing et al., 2017) [ver tabla 1].

Tabla 1
Intervenciones de Activación Conductual implementadas con adolescentes

Estudio	Diseño	Problemática objetivo	País	Muestra
Ruggiero, Morris, Hopko & Lejuez, 2005	Estudio de caso	Depresión	Estados Unidos	1 mujer
Gaynor & Harris, 2008	Estudios de caso	Depresión	Estados Unidos	2 mujeres 1 hombre
Weersing, Gonzalez, Campo & Lucas, 2008	Estudios de caso	Depresión o ansiedad	Estados Unidos	2 mujeres
Chu, Colognori, Weissman & Bannon, 2009	Series de casos	Depresión y ansiedad	Estados Unidos	3 mujeres 2 hombres
McCauley, Schloretd, Gudmundsen, Martell & Dimidjian, 2011	Descripción ilustrativa de caso	Depresión - TDM	Estados Unidos	1 hombre
Wallis, Roeger, Milan, Walmsley & Allison, 2012	Series de casos	Depresión	Australia	5 mujeres
Jacob, Keeley, Ritschel & Craighead, 2013	Series de casos	Depresión - TDM	Estados Unidos	1 mujer 2 hombres
Riley & Gaynor, 2014	Series de casos	Depresión	Estados Unidos	2 mujeres 5 hombres

Chu, Hoffman, Johns, Reyes-Portillo & Hansford, 2015	Series de casos	Depresión relacionada a <i>bullying</i> y ansiedad	Estados Unidos	1 mujer 4 hombres
Pass, Brisco & Reynolds, 2015	Estudio de caso	Depresión	Reino Unido	1 mujer
Pass, Whitney & Reynolds, 2016	Estudio de caso	Depresión en contexto de riesgo	Reino Unido	1 mujer
Pass, Hodgson, Whitney & Reynolds, 2018	Estudio de caso	Depresión	Reino Unido	1 mujer
Ritschel, Ramirez, Jones & Craighead, 2011	A-B pre/post	Depresión - TDM	Estados Unidos	3 mujeres 3 hombres
Ritschel, Ramirez, Cooley & Craighead, 2016	Pre-post con seguimiento	Depresión - TDM	Estados Unidos	19 mujeres 9 hombres
Pass, Lejuez, & Reynolds, 2017	Pre-post	Depresión	Reino Unido	18 mujeres 2 hombres
Chu et al., 2016	ECA	Depresión o ansiedad o ambos	Estados Unidos	25 mujeres 10 hombres
McCauley et al., 2016	ECA	Depresión	Estados Unidos	22 mujeres 13 hombres
Takagaki, Okamoto, et al., 2016; Takagaki, Jinnin, et al., 2016; Mori et al., 2016	ECA	Depresión - umbral subclínico	Japón	24 mujeres 38 hombres
Weersing et al., 2017	ECA	Depresión o ansiedad	Estados Unidos	54 mujeres 41 hombres

Nota, adaptado de Martin y Oliver (2018). ECA=Ensayo Clínico Aleatorizado; TDM= Trastorno depresivo mayor

En cuanto a sus características, los estudios variaron enormemente con respecto al tamaño de la muestra, la configuración, la demografía de los participantes, y las intervenciones y comparadores empleados. Los estudios se han realizado únicamente en contextos de altos ingresos: 13 en los Estados Unidos, 4 en el Reino Unido, 1 en Japón (publicado en tres artículos) y 1 en Australia. En general, se incluyeron 313 participantes (58% mujeres y 42% hombres) con edades comprendidas entre 8 y 18 años (Martin y Oliver, 2018). En ambas revisiones informaron que la AC puede ser efectiva en el tratamiento de la depresión en adolescentes ya que se

encontraron beneficios clínicos incluyendo reducciones de los síntomas y una alta satisfacción con el tratamiento; sin embargo, se requiere precaución dadas sus limitaciones metodológicas.

La principal característica de comportamiento de la depresión que se observó en los adolescentes fue la baja frecuencia de exposición a las recompensas ambientales. Con las intervenciones se logró un aumento en la activación dirigida por el objetivo, las actividades programadas y las recompensas del medio ambiente, y una disminución en el deterioro funcional. Además, a lo largo del tratamiento, la adherencia de los adolescentes al tratamiento se asoció con un aumento en la tasa de refuerzo de eventos de la vida que coincidió con una disminución de los síntomas depresivos (Ruggiero et al., 2005; Takagaki et al., 2016).

En las adaptaciones a la intervención AC que se han realizado, se incluyen la flexibilidad en la entrega de contenido, materiales amigables para los adolescentes y la colaboración y el compromiso de los padres (Martin y Oliver, 2018). De igual manera, Barraca y Pérez-Álvarez (2015) mencionan que se requieren incluir métodos alternativos para la selección de las conductas a intervenir, incorporar desde el inicio el entrenamiento en habilidades de las que el adolescente pueda carecer y que resulten importantes para la consecución de los reforzadores, un trabajo más activo con la solución de problemas en el momento de aparecer la rumia depresiva y una mayor flexibilidad en la presentación de la terapia.

En este sentido, entre las diferencias que presenta cada adaptación, se identificaron seis componentes principales de la Activación Conductual para adolescentes: análisis funcional, monitoreo de actividades, identificación de valores y metas, programación de actividades, manejo de contingencias y el entrenamiento en habilidades para la resolución de problemas y contratos (Kanter et al., 2010) los cuales se describen brevemente a continuación de acuerdo a lo propuesto por Pass et al. (2015):

El análisis funcional será un modelo explicativo que justifique el trabajo a lo largo del resto de la terapia. A partir de ese análisis se transmite más fácilmente la racionalidad del tratamiento, pues se presenta la vinculación entre actividades y bienestar, al igual que la relación entre aislamiento o evitación y empeoramiento del estado anímico. Además, este análisis permitirá el establecimiento de objetivos terapéuticos.

El monitoreo de actividades está enmarcado como una herramienta de conocimiento y se utiliza de manera flexible para recopilar tanta información como el adolescente se sienta capaz de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

registrar. Se le pide al adolescente que registre sus actividades en un registro de actividades y luego las evalúe según el nivel de logro, la cercanía y/o el disfrute experimentado, y si la actividad fue importante para él o ella personalmente. Las sesiones se utilizan para revisar el impacto de las actividades en el estado de ánimo del adolescente.

En la identificación de valores y metas, los valores identificados se utilizan a lo largo de la intervención para ayudar a seleccionar conductas vinculadas a esos valores, que por lo tanto es más probable que refuercen al adolescente. La vinculación de las actividades con los valores también aumenta la probabilidad de que los adolescentes se involucren en comportamientos que no son gratificantes de inmediato, pero que se ven reforzados por consecuencias valiosas a largo plazo.

La programación de actividades se realiza durante las sesiones de la intervención, el adolescente y el terapeuta deciden en conjunto cómo programar actividades valiosas en la vida cotidiana del adolescente, a partir de los valores que haya identificado como importantes para él.

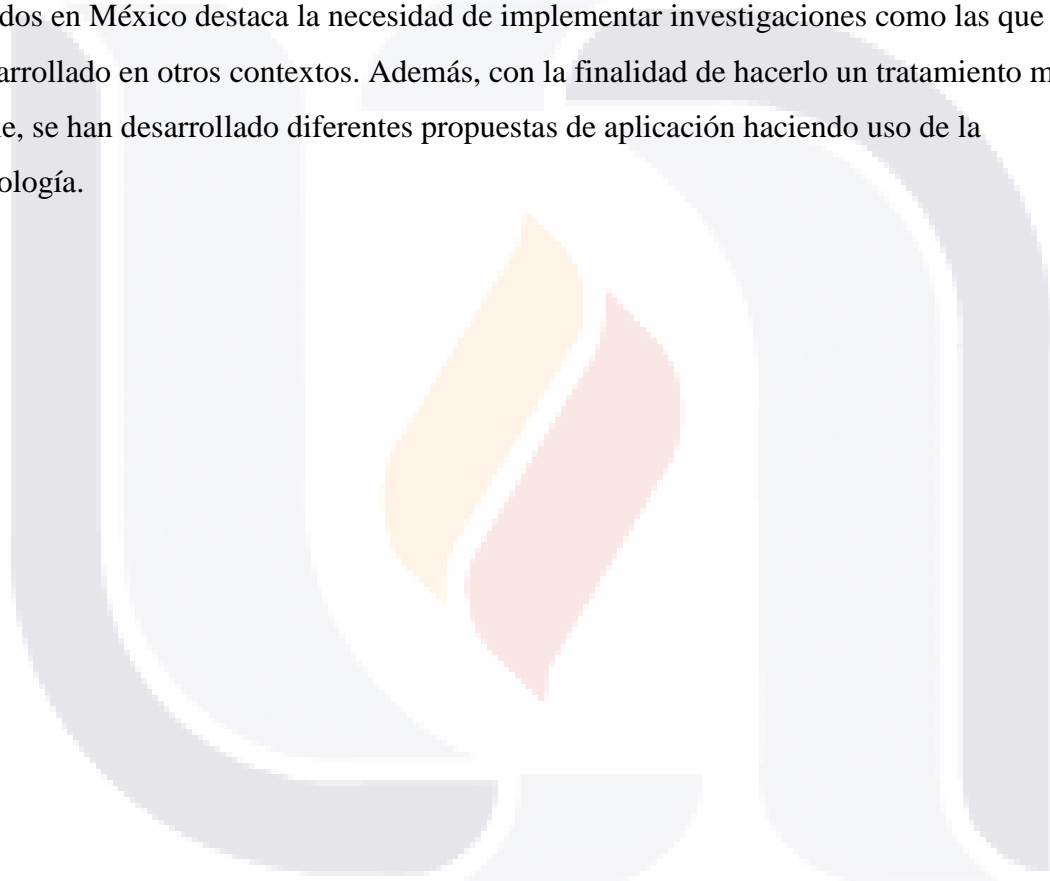
El manejo de contingencias, en el que el rol de los padres es apoyar al adolescente, proporcionar un refuerzo positivo en general (por ejemplo, a través de sonrisas, comportamientos no verbales, comentarios alentadores) y específicamente para actividades valiosas y comportamientos no depresivos.

Finalmente, el entrenamiento en habilidades para la resolución de problemas y contratos donde la participación de los padres se usa para manejar las diferencias de opinión sobre las actividades valoradas y para acordar formas estructuradas en que los padres pueden ayudar a sus hijos a participar en estas actividades. La resolución de problemas se puede utilizar para identificar posibles soluciones a los desacuerdos o conflictos entre el adolescente y los padres, así como considerar cómo incorporar actividades basadas en el valor en actividades obligatorias que no son valoradas por el adolescente y los contratos se utilizan para establecer acuerdos entre el adolescente y los padres.

Existen diversas razones para considerar la AC como un tratamiento prometedor para los adolescentes. Primero, la terapia cognitiva puede ser un desafío para muchos adolescentes deprimidos para quienes el desarrollo cognitivo está en marcha. En cambio, la AC no requiere intervención cognitiva. También es simple de explicar, fácil de entender y razonablemente sencillo de incorporar en la vida de un adolescente (Pass, Brisco & Reynolds, 2015).

En la AC, el enfoque en la activación es altamente compatible con las necesidades y habilidades de desarrollo de los adolescentes. Se centra exclusivamente en la activación para aumentar la probabilidad de exposición a experiencias gratificantes, la identificación y reducción de barreras para la activación y el reconocimiento de patrones de evitación junto con la generación de estrategias alternativas de afrontamiento que potencian la experiencia de recompensa para el adolescente (McCauley, Schloretd, Gudmundsen, Martell, Dimidjian, 2011).

La escasez de estudios acerca de la efectividad de la activación conductual para adolescentes deprimidos en México destaca la necesidad de implementar investigaciones como las que ya se han desarrollado en otros contextos. Además, con la finalidad de hacerlo un tratamiento más accesible, se han desarrollado diferentes propuestas de aplicación haciendo uso de la telepsicología.



Capítulo 4. Tratamientos telepsicológicos para la depresión

El desarrollo de las Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) y el Internet no solo han facilitado el acceso a la información y la comunicación con otras personas, su utilidad ha llegado hasta el área de la salud, específicamente de la psicología, abriendo la posibilidad de implementar de una manera distinta la psicoterapia, lo que ha tenido una repercusión importante en el alcance que tienen los servicios de salud mental (Macías y Valero, 2018). Debido a estos avances, algunos aspectos importantes de la psicología aplicada se han visto beneficiados, proporcionando nuevos modos de evaluación y tratamiento psicológico, así como nuevos desarrollos terapéuticos (Peñate, Roca y Del Pino, 2014).

La APA define a la telepsicología como la prestación de servicios psicológicos haciendo uso de las TICs. Esto representa nuevas oportunidades, pero también desafíos para la práctica clínica y existen consideraciones importantes que deben ser tomadas en cuenta para que su implementación resulte útil (APA, 2013). El desafío actual de la telepsicología radica en identificar qué intervenciones ofrecen buenos resultados al implementarse en esta modalidad y delimitar cuáles son las ventajas y desventajas de este formato, para considerarlo una manera efectiva de proveer servicios de salud mental a la población que lo necesita y que tiene dificultad para acceder a ellos por otros medios (Macías y Valero, 2018).

Un aspecto que distingue a estos procedimientos es que tratan de proporcionar ventajas frente a los procedimientos tradicionales, ya sea porque suponen una nueva técnica en el tratamiento de los trastornos psicológicos, o porque son una versión tecnológica de materiales usualmente utilizados en las terapias tradicionales, o porque constituyen una modificación en la forma de brindar el tratamiento, o porque, incluso, la aportación pueda significar un modo más sencillo o viable de llevar a cabo el tratamiento psicológico (Peñate et al., 2014).

El crecimiento de los tratamientos telepsicológicos tiene que verse acompañado por ensayos clínicos que demuestren su eficacia ya que el hecho de que estos recursos se basen en programas validados empíricamente no es razón suficiente para garantizar su validez (Frueh, Monnier, Elhai, Grubaugh y Knapp, 2004). En este sentido, en los últimos años, se han realizado revisiones y metaanálisis en los que se compararon estudios que buscaban identificar diferencias entre psicoterapia presencial y en línea, aunque se han presentado dificultades para compararlos debido

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

a las diferencias entre ellos: en las muestras, los trastornos abordados, el contenido y la duración de la terapia, el acceso al terapeuta, etc. (Peñate et al., 2014).

Aun con estas diferencias, los estudios sugieren que los tratamientos telepsicológicos pueden ser tan efectivos como los tratamientos presenciales, conducir a mejoras sostenidas, funcionar en condiciones clínicamente representativas y probablemente tengan mejor costo efectividad. A pesar de estos hallazgos, la telepsicología aún no se ha difundido lo suficiente, y los psicólogos deberían considerar el uso de las TICs como complemento de sus servicios para promover el acceso a los programas de tratamiento basados en evidencia (Andersson, 2016; Soucy, Provencher, Fortier y McFadden, 2018). Esto adquiere aún más relevancia si se considera el contexto donde se realiza esta investigación, ya que la evidencia mencionada proviene principalmente de países desarrollados y es necesario buscar la reducción de la brecha de tratamientos para la depresión para los adolescentes que viven en países en desarrollo y las intervenciones telepsicológicas pueden ser un recurso valioso para este propósito (Martínez, Rojas, Martínez, Lara y Pérez, 2018). La difusión de tratamientos respaldados empíricamente es entonces de gran importancia.

Respecto a los enfoques utilizados, tal como sucede con los tratamientos presenciales, se encontró que la terapia cognitivo conductual cuenta con más investigaciones disponibles en la literatura internacional como principal tipo de tratamiento (Macías y Valero, 2018). En cuanto a las evaluaciones enfocadas en la eficacia y eficiencia de intervenciones realizadas vía Internet para el tratamiento de la depresión en adultos se ha llegado a la conclusión de que la modalidad en línea obtuvo mejorías comparables a la terapia presencial y que estos tratamientos son prometedores para abordar la problemática de la depresión (Andersson y Cuijpers, 2009; Macías y Valero, 2018). Por su parte, Peñate et al. (2014) reportan que la eficacia de estos tratamientos es mayor si los programas tienen una mayor extensión, cuando el nivel del trastorno es de leve a moderado, en pacientes con más motivación, cuando el paciente puede tener algún tipo de contacto con el terapeuta y recibir retroalimentación y seguimiento del programa, y en programas para el tratamiento de la depresión, la ansiedad y las fobias.

Como se mencionó anteriormente, la mayor parte de las investigaciones en telepsicología son abordadas desde la terapia cognitivo conductual, sin embargo, como ha ocurrido con las

tesis tesis tesis tesis tesis

terapias presenciales, la activación conductual ha empezado a ser utilizada también en esta modalidad, aunque los recursos utilizados han sido muy variados.

Spates, Kalata, Ozeki, Stanton y Peters (2012) evaluaron el uso de un programa informático que implementaba una intervención psicológica basada en activación conductual (BA). El programa se titulaba "Construyendo una vida significativa a través de la activación conductual" y estaba dirigida a personas con depresión moderada a grave. Los resultados mostraron reducciones clínicas y estadísticamente significativas en la depresión, mayor calidad de vida y alta satisfacción del paciente.

Por su parte, Carlbring et al. (2013) desarrollaron y probaron los efectos de la activación conductual proporcionada por Internet frente a una condición de control de lista de espera. Además, incluyeron elementos de la terapia de aceptación y compromiso en la intervención. Los resultados revelaron diferencias significativas en la reducción de los síntomas de depresión en las comparaciones entre grupos.

De manera similar, Au et al. (2019) examinaron los efectos de una intervención administrada por teléfono para los cuidadores familiares de personas con demencia de Alzheimer. Al finalizar, los participantes informaron reducciones significativas en los síntomas depresivos y una mejora en la satisfacción con la relación cuidador-paciente.

Uno de los estudios más recientes fue el dirigido por Trombello et al. (2020) quienes evaluaron las trayectorias de reducción de síntomas depresivos en mujeres a lo largo de una intervención de teleterapia por videollamada. La intervención logró reducir la sintomatología depresiva en dos trayectorias distintas: un grupo que inicialmente mostró síntomas menos severos y experimentó una recuperación gradual, y un grupo que comenzó con síntomas más severos y experimentó una recuperación más pronunciada.

Respecto a las investigaciones realizadas en México, se encuentra la de Lara, Tiburcio, Aguilar y Sánchez-Solís (2014) quienes describieron los resultados de cuatro años de monitoreo del uso de "Ayuda para la depresión (ADep)", un programa de intervención cognitivo-conductual basado en la Web, psicoeducativo, de acceso abierto y gratuito, que consta de siete módulos de autoayuda que incluyen evaluaciones generadoras de retroalimentación de los síntomas depresivos, viñetas, mensajes grabados, un ejercicio de relajación, un libro de trabajo personal,

blogs y foros de discusión de usuarios. Del total de usuarios, el 97.1% reportó la presencia de síntomas depresivos al inicio, sin embargo, no se reporta si este porcentaje disminuyó al finalizar los módulos del programa.

En el caso de las intervenciones con adolescentes, Grist, Croker, Denne y Stallard (2018) realizaron una revisión y un metaanálisis de intervenciones tecnológicas para la depresión en adolescentes en diferentes modalidades entre las que se encontraban: programas de terapia cognitivo-conductual computarizados y vía Internet, programas de modificación del sesgo de atención proporcionados por computadora, programas de modificación del sesgo cognitivo, entre otras intervenciones. De acuerdo con los resultados de su análisis, las intervenciones cognitivo-conductuales produjeron un mayor efecto que las restantes. Respecto a la aplicación de intervenciones basadas en AC en esta modalidad, no se encontraron estudios realizados con adolescentes.

Los tratamientos telepsicológicos para los trastornos mentales comunes tienen varias ventajas sobre los tratamientos individuales tradicionales: son más baratos, ahorran tiempo de traslado y las personas con movilidad reducida, alejadas geográficamente o que deben permanecer en casa por alguna enfermedad pueden acceder más fácilmente a los tratamientos, reducen las listas de espera, pueden reducir el estigma y dar privacidad al tratamiento, estimulan la autogestión, y una ventaja adicional es económica, ya que el costo de estos programas suele ser más bajo que el de los tradicionales (Cuijpers y Riper, 2014; Peñate et al., 2014).

Sin embargo, también pueden presentarse posibles desventajas: no todos los tratamientos siguen un procedimiento riguroso y empíricamente validado, estas intervenciones aún no se han examinado lo suficiente en muestras clínicas, no está claro qué pacientes pueden beneficiarse y cuáles no, el control sobre la fiabilidad de las respuestas de los pacientes es reducido, no siempre hay control sobre el trabajo terapéutico (tareas, autorregistros), lo que significa que no hay un control real sobre la adhesión al tratamiento y, finalmente, pocos estudios incluyen evaluación postratamiento y seguimientos, por lo que la información sobre la consolidación de los cambios se ve limitada (Cuijpers y Riper, 2014; Peñate et al., 2014).

En resumen, el conjunto de resultados de las investigaciones realizadas hasta el momento, además de las ventajas enlistadas, apoyan el uso de la telepsicología como una modalidad adecuada para atender la salud mental, y en específico, la depresión en adolescentes.

Justificación

La depresión suele pasar desapercibida en los adolescentes ya que no buscan ayuda por sí mismos, por lo que se vuelve muy importante la identificación temprana de los síntomas depresivos, el afecto deprimido o la depresión y la implementación de estrategias de atención oportuna, promoción y mantenimiento de la salud mental (González-Forteza et al., 2015).

En la misma línea de lo planteado por Valdés, Yáñez y Carlos (2013) la relevancia de esta investigación radica en que la depresión se trata de una situación con evidentes consecuencias negativas en el desarrollo biopsicosocial de los adolescentes y es muy necesaria la implementación de programas de intervención adecuados para atender de manera oportuna a los adolescentes que presentan síntomas depresivos, para prevenir las consecuencias que esto conlleva en su desarrollo psicosocial y académico.

Con base a los efectos observados para los programas de Activación Conductual, Hetrick et al. (2016) recomiendan realizar más investigaciones para evaluar la efectividad de estos programas en poblaciones de adolescentes que ya presentan algunos síntomas de depresión, medir si el diagnóstico depresivo se previene a largo plazo y considerar si la intervención podría producir resultados perjudiciales.

Pasar de la investigación descriptiva a la aplicada compromete la identificación de los correlatos protectores y de riesgo pertinentes a cada población, pues si bien pueden guardar similitudes con otras poblaciones, también pueden presentar particularidades intrínsecas a su contexto sociocultural (González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003). Hasta ahora, los estudios para evaluar la eficacia de la Activación Conductual se han realizado en poblaciones estadounidenses o europeas y en entornos de altos ingresos por lo que se requiere realizar estudios en población mexicana de entornos de ingresos medios y/o bajos, y considerar los problemas de implementación que podrían presentarse teniendo en cuenta el contexto de aplicación.

Con este fin, a continuación, se describe el desarrollo de una intervención telepsicológica para el trabajo con estudiantes de bachillerato que presentan síntomas depresivos. Este programa está conformado por los principales componentes de la Activación Conductual para adultos que han sido adaptados para trabajar con población adolescente. Retomando los componentes que ya

han sido validados en estudios previos, se generó esta intervención enfocada a la realización de actividades valiosas y gratificantes para los adolescentes. Adicionalmente, se creó un manual donde se describe la justificación y el contenido de la intervención para facilitar la implementación del programa y la realización de las actividades.



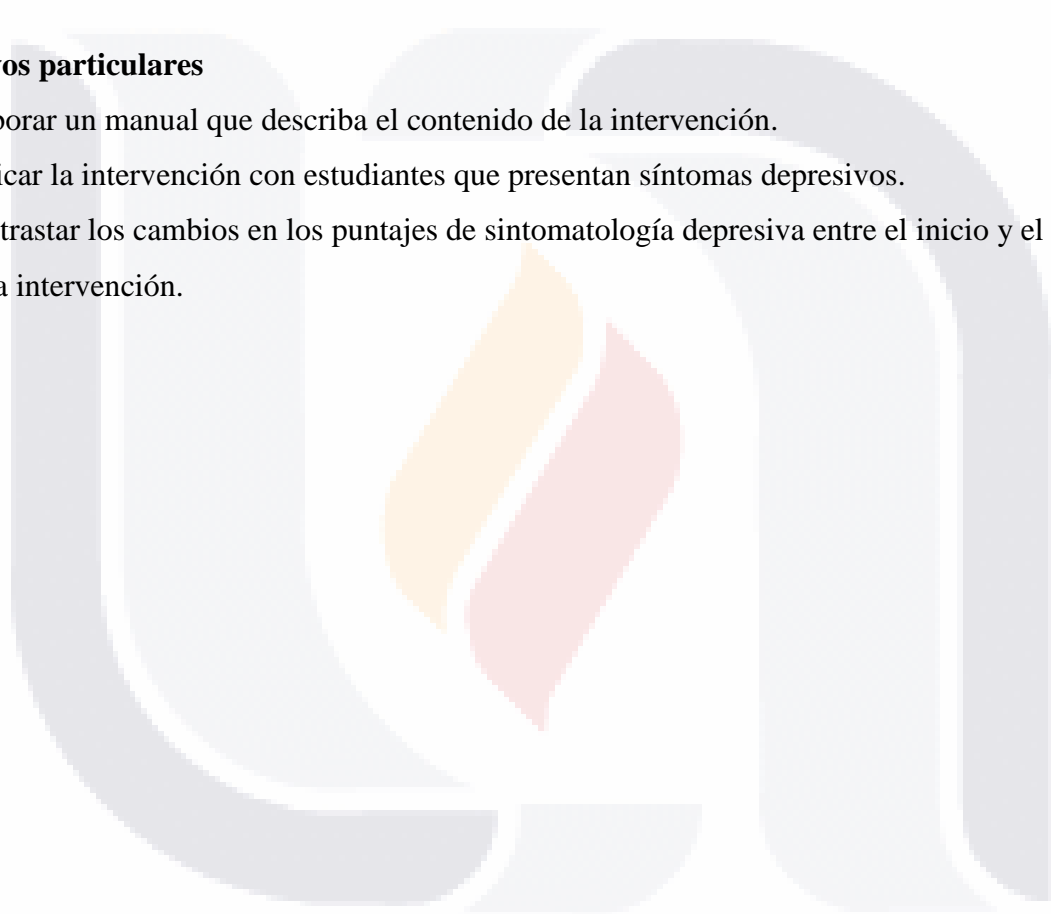
Objetivos

Objetivo general

Desarrollar una intervención telepsicológica, basada en los principales componentes de la Activación Conductual, para adolescentes que presentan sintomatología depresiva de leve a severa.

Objetivos particulares

1. Elaborar un manual que describa el contenido de la intervención.
2. Aplicar la intervención con estudiantes que presentan síntomas depresivos.
3. Contrastar los cambios en los puntajes de sintomatología depresiva entre el inicio y el término de la intervención.



Capítulo 5. Método

Población

La intervención fue desarrollada para estudiantes de bachillerato que presentan síntomas depresivos de leves a severos de la ciudad de Aguascalientes, México. Además, se eligió el contexto escolar por la facilidad de identificar a los adolescentes que presentan esta problemática.

Forma de implementar la intervención

Para facilitar el acceso a esta intervención, se desarrolló en la modalidad de telepsicología por videollamada. De esta manera es más factible que los adolescentes dispongan de una hora de su tiempo libre de las actividades escolares y del hogar para conectarse a las sesiones, sin necesidad de invertir tiempo extra en traslados. Esta modalidad también permite incluir a adolescentes que viven lejos del consultorio o que no tienen medios para transportarse fácilmente. Lo único que necesitan es un dispositivo con cámara (smartphone, computadora, laptop o tablet) y acceso a Internet.

Además de la interacción en la videollamada entre la terapeuta y el adolescente, la intervención contempló la realización de actividades semanales por parte del adolescente, por lo que le fueron enviados vía correo electrónico los formatos donde se describían las instrucciones de las actividades para que pudiera consultarlos durante la realización de las mismas.

Equipo de desarrollo de la intervención

La intervención fue desarrollada por una psicóloga con formación de Maestría en Terapias Breves, con la supervisión de tres investigadores psicólogos expertos en el desarrollo de intervenciones con diferentes poblaciones. Esto aseguró que habría experiencia relevante para desarrollar cuidadosamente una intervención apropiada y efectiva. Se cuidó que la intervención estuviera planteada a partir de intervenciones basadas en evidencia empírica, de manera específica, el equipo se aseguró de que la intervención incluyera los principales componentes de la Activación Conductual.

Entrenamiento para la implementación

Para implementar la intervención de manera adecuada, la psicóloga Míriam Salazar asistió al curso de capacitación “Terapia de Activación Conductual para el tratamiento de la depresión” que se llevó a cabo en el Instituto de Ciencia Conductual Contextual y Terapias Integrativas (Ciudad de México), impartido por el Dr. Jorge Barraca Mairal, quien es Especialista en Psicología Clínica y experto en Activación Conductual de la Universidad Camilo José Cela (Madrid, España).

Intervención

Para desarrollar la intervención, primeramente, se hizo una revisión de los componentes utilizados en las diferentes intervenciones que se han implementado previamente con adolescentes y la cantidad de sesiones propuestas en cada una de ellas de acuerdo a si estaban planteadas desde la AC (20-24 sesiones) o la BATD (10-12 sesiones). En la tabla 2 se presentan estos componentes y las intervenciones en las que fueron incluidos.

Tabla 2

Componentes utilizados en intervenciones de Activación Conductual con adolescentes

Estudio	MA	PA	MC	VM	EH	R	CV	E	PE	AF	PR	EM
Ruggiero, Morris, Hopko, & Lejuez, 2005	X	X		X						X		
Gaynor & Harris, 2008	X	X		X	X				X	X		
Weersing, González, Campo, & Lucas, 2008	X	X			X	X		X	X		X	
Chu, Colognori, Weissman, & Bannon, 2009	X	X		X	X			X		X		X
McCauley, Schloretd, Gudmundsen, Martell, & Dimidjian, 2011	X	X		X	X		X	X		X		X
Wallis, Roeger, Milan, Walmsley, & Allison, 2012	X	X		X					X			
Jacob, Keeley, Ritschel, & Craighead, 2013	X	X		X	X			X	X	X	X	
Riley & Gaynor, 2014		X	X		X							
Chu, Hoffman, Johns, Reyes-Portillo, & Hansford, 2015	X	X		X	X			X	X	X		X
Pass, Brisco, & Reynolds, 2015	X	X		X	X				X	X	X	
Pass, Whitney, & Reynolds, 2016	X	X		X	X				X	X	X	

Pass, Hodgson, Whitney, & Reynolds, 2018	X	X	X	X		X	X	X
Ritschel, Ramirez, Jones, & Craighead, 2011	X	X	X	X	X	X	X	X
Ritschel, Ramirez, Cooley, & Craighead, 2016	X	X	X	X	X	X	X	X
Pass, Lejuez, & Reynolds, 2017	X	X	X	X		X	X	X
Chu et al., 2016	X	X	X	X		X	X	X
McCauley et al., 2016	X	X	X	X	X	X	X	X
Takagaki, Okamoto, et al., 2016; Takagaki, Jinnin, et al., 2016; Mori et al., 2016		X	X	X	X	X	X	
Weersing et al., 2017	X	X		X	X	X	X	X

Nota, adaptado de Martin y Oliver (2018). MA= Monitoreo de actividades; PA= Planeación de actividades; MC= Manejo de contingencias; VM= Valores y metas; EH= Entrenamiento de habilidades; R= Relajación; CV= Comportamiento verbal; E= Evitación; PE= Psicoeducación; AF= Análisis funcional; PR= Prevención de recaídas; EM= Entrevista motivacional.

A partir de esta revisión, se definió que la intervención tendría una duración de 10 sesiones e incluiría los siguientes componentes: entrevista motivacional, psicoeducación, monitoreo de actividades, planeación de actividades de acuerdo a valores y metas, entrenamiento en habilidades (solución de problemas) y prevención de recaídas, los cuales son abordados durante las videollamadas y, algunos de ellos, a través de ejercicios para realizar en casa. Además, se tomó en cuenta como parte importante de la intervención la participación de los padres del adolescente en al menos tres de las sesiones. A continuación, se presenta una breve descripción de las sesiones.

Sesión 1. Esta sesión se realiza con el adolescente y sus padres y tiene una duración de 90 minutos. El principal objetivo de la sesión es conocer los antecedentes y consecuencias más importantes de la problemática del adolescente, así como identificar los comportamientos o actividades que mejoran su estado de ánimo y la frecuencia con la que se realizan actualmente. Además, se les da una breve explicación acerca de la depresión y cómo es conceptualizada desde la activación conductual para que quede más clara la relación entre la realización de actividades placenteras y la disminución de los síntomas depresivos. Para identificar estas actividades se le explica al adolescente que cada semana deberá llenar un formato de autorregistro con las actividades que realiza durante la semana. El autorregistro será una herramienta que le permita al

adolescente conocerse e identificar las actividades que disfruta más y que son importantes para él. Antes de terminar la sesión, se le pedirá al adolescente contestar el CES-D-R para hacer una evaluación de los cambios en la sintomatología depresiva al final de la intervención. Para cerrar la sesión se les explica la estructura del tratamiento y la importancia de que el adolescente asista a todas las sesiones y de que realice las tareas solicitadas para lograr cambios positivos.

Sesión 2. La duración de las sesiones a partir de este momento será de 60 minutos y solo se conecta el adolescente. Al inicio de la segunda sesión se revisará el formato de registro de las actividades que realizó el adolescente durante la semana. En esta revisión es importante resaltar las actividades que le resultaron más agradables e importantes, identificando la frecuencia con la que se realizaron. Se le preguntará al adolescente si presentó algún problema o dificultad para el llenado del registro y, de ser necesario, plantear opciones para que le sea más sencillo realizar la actividad. Para reforzar la importancia del autorregistro, se le recuerda al adolescente que el principal objetivo de la activación conductual es que aumente la realización de actividades importantes para él, las cuales influirán de manera positiva en su estado de ánimo. Antes de finalizar la sesión, se le pedirá al adolescente contestar el BADS para hacer una evaluación de los cambios en la actividad al final de la intervención. Como tarea se le pedirá que continúe con el registro de sus actividades.

Sesión 3. Para iniciar la sesión nuevamente se hace la revisión de las actividades que realizó el adolescente durante la semana, resaltando las más agradables e importantes, y la frecuencia con la que se realizaron. Se comenta con el adolescente si las actividades de la semana lo han hecho sentirse mejor o peor. Se concluye la revisión del autorregistro y se presenta el tema de los valores. Este tema es una parte fundamental de la intervención ya que permitirá al adolescente centrar su comportamiento en las cosas que más le importan y le ayudará a elegir las conductas meta de la intervención. Los valores se centrarán en 3 principales áreas: yo, las cosas que importan y las personas que importan. Como tarea se le pedirá que llene el formato de valores de acuerdo a las áreas revisadas y que continúe con el registro de actividades.

Sesión 4. Se inicia la sesión con una breve revisión de las actividades realizadas durante la semana identificando cuáles fueron las más agradables e importantes. Después, se revisa el formato de valores y se comentan con el adolescente los valores que identificó en cada una de las áreas. Si hubo dificultad para la identificación, se pueden comentar algunos ejemplos que le

faciliten la tarea. A partir de esta identificación, y tomando en cuenta los valores del adolescente, se pueden establecer las conductas meta de la intervención. Como tarea se le pedirá que continúe con el registro de sus actividades.

Sesión 5. Se inicia la sesión con una breve revisión de las actividades realizadas durante la semana. En este punto, el adolescente puede ya identificar si hay áreas de su vida en las que tiene muy pocas actividades importantes y/o agradables. Esta información ayudará con la selección y planificación de actividades. Retomando el registro de valores, se discute con el adolescente cómo pueden traducirse en actividades que sean observables y medibles, y se hace una planeación para que las lleve a cabo. Esta planeación es clave para la intervención. El adolescente elegirá una conducta meta que considere de poca dificultad y se elaborará un plan para llevarla a cabo, utilizando el formato de Registro de actividades para señalar en qué día y horario planea realizar cada actividad. Como tarea tendrá que realizar las actividades planeadas y continuar con el registro de actividades.

Sesión 6. En esta sesión se revisa el registro de actividades, enfocándose en si el adolescente realizó las actividades planeadas y el impacto que tuvieron en su estado de ánimo. Se le preguntará al adolescente si tuvo alguna dificultad para llevar a cabo dichas actividades. Si el adolescente tuvo problemas para realizarlas, se comentarán posibles soluciones o actividades alternativas relevantes que sean más fáciles de realizar. Después, se elegirán otras tres conductas meta en diferentes áreas que considere de poca dificultad y se elaborará el plan de actividades para cada una de ellas. Nuevamente se le pide al adolescente que señale en el registro de actividades en qué día y horario planea realizar cada actividad. También puede llevar a cabo actividades basadas en valores que no había enlistado, si estas surgen espontáneamente, y luego agregarlas a la lista. Como tarea se le pedirá completar las actividades de las tres conductas meta y continuar con el registro de actividades.

Sesión 7. Durante las sesiones restantes se revisará con el adolescente si realizó las actividades que se planearon y si tuvo alguna dificultad para llevarlas a cabo, planteando actividades diferentes o de menor dificultad en caso de ser necesario. Se realiza nuevamente la planeación de tres conductas meta señalando en el registro de actividades cuándo se llevarán a cabo. Al terminar la planeación se le informa al adolescente que se invitará a sus padres a la siguiente sesión para comentar el progreso que ha presentado durante la intervención y conocer la

opini3n de sus padres acerca del cambio en sus conductas. Respetando la confidencialidad del adolescente, se le da la oportunidad de decidir qu3 informaci3n quiere que sea compartida con sus padres. Como tarea deber3 completar las actividades planeadas y continuar con el registro de actividades.

Sesi3n 8. Si el adolescente estuvo de acuerdo, en esta sesi3n tambi3n participan los padres. Para comenzar se les preguntar3 a los padres si han podido observar cambios en las actividades del adolescente, as3 como en su estado de 3nimo. Adem3s, la participaci3n de los padres es importante en caso de que se hayan presentado diferencias de opini3n sobre las conductas meta del adolescente y para acordar formas en que pueden ayudarlo a realizar las actividades planeadas. En lo que resta de la sesi3n, se revisan las actividades de la semana y se planifican nuevas conductas meta. Como tarea se le pedir3 completar las actividades de las conductas meta y continuar con el registro de actividades.

Sesi3n 9. En esta sesi3n se realiza una revisi3n general de todos los formatos de registro y planeaci3n de actividades. Se discute con el adolescente cu3ntas de las actividades logr3 realizar, cu3les fueron m3s f3ciles o dif3ciles y si se siente mejor estando m3s activo. Si responde que s3, est3 teniendo un buen progreso. Se retomar3 la conceptualizaci3n de la activaci3n conductual y se le presentar3n al adolescente los cambios que ha tenido en su conducta y las consecuencias que han tenido en la disminuci3n de sus s3ntomas depresivos. Despu3s, elegir3 nuevamente tres conductas y elaborar3 el plan para realizarlas durante la semana. Al finalizar la planeaci3n, se le informa que para la sesi3n final nuevamente se invitar3 a sus padres a participar, para compartir con ellos los resultados de la intervenci3n. Como tarea deber3 completar las actividades planeadas y continuar con el registro de actividades.

Sesi3n 10. La sesi3n final tiene como objetivo comentar con los padres el progreso que tuvo el adolescente durante la intervenci3n. Se reconocer3 el trabajo que realiz3 el adolescente a lo largo de las sesiones y los logros que obtuvo, enfatizando las conductas que se modificaron. Es importante que el adolescente identifique las diferencias entre su patr3n de comportamiento al inicio y al final de la intervenci3n, y cu3l es el patr3n que debe seguir para mantener los cambios logrados ya que existe la posibilidad de que nuevamente se presenten s3ntomas depresivos si deja de realizar las conductas que le resultan valiosas. Se le recomienda que siga usando los formatos para monitorear y planificar, especialmente en las pr3ximas semanas. Para concluir, se le pedir3

contestar el CES-D-R, el BDI-II y el BADS para evaluar los cambios logrados con la intervención.

Manual de intervención

Para facilitar la implementación de la intervención se desarrolló un manual que incluye una breve introducción a la Activación Conductual y la descripción de los elementos que componen cada una de las sesiones:

- Objetivos: se indican los objetivos que se pretenden alcanzar durante la sesión.
- Participantes: se especifica quiénes participan en cada sesión.
- Tiempo: se menciona la duración total de la sesión, así como la duración aproximada de cada actividad.
- Descripción de las actividades: se explican las actividades que se deben realizar para cumplir con los objetivos.
- Materiales: se mencionan los formatos necesarios para realizar las actividades de la sesión y las tareas para hacer en casa.
- Tareas: se especifican las actividades que se deben realizar en casa.

Evaluación de la intervención

Una vez que se concluyó el desarrollo de la intervención y la elaboración del manual, se solicitó la autorización de las autoridades de un bachillerato de la ciudad de Aguascalientes para invitar a los adolescentes a participar en la intervención.

Participantes

Formaron parte de este estudio 5 mujeres de entre 15 y 17 años de edad (media de edad=16.4, DE=.894). Para participar en la intervención, los adolescentes debían cumplir con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Consentimiento informado para participar en la intervención firmado por el adolescente y sus padres.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Presentar sintomatología depresiva leve, moderada o severa de acuerdo a los puntajes del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

Criterios de exclusión

- No firmar el consentimiento informado para participar en la intervención.
- Reportar algún intento suicida.
- Estar tomando algún medicamento psiquiátrico.

Instrumentos

- Inventario de Depresión de Beck: (BDI-II; adaptado para adolescentes mexicanos por Hernández-Guzmán, 2012). Se trata de un auto-informe que consta de 21 reactivos que miden síntomas de depresión en adolescentes de 13 años en adelante y adultos. Cada reactivo está conformado por una escala descriptiva de cuatro opciones; a mayor puntuación, mayor gravedad de la sintomatología. El informante valora la gravedad de cada síntoma durante las dos semanas inmediatas previas. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 63 con los siguientes puntos de corte: 0-13 depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión severa. Cuenta con un alfa de Cronbach de $\alpha = 0.95$.

- Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-R; validada para estudiantes mexicanos por González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira y Wagner, 2008) es una escala de tamizaje, para detectar probables casos de depresión. Cuenta con 35 reactivos y brinda información sobre componentes de depresión en las últimas dos semanas, y cuenta con un alfa de Cronbach de $\alpha = 0.96$.

- Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS). Se empleó la versión española validada en población mexicana por Sánchez-Angulo, Barraca, Mora y Reyes-Ortega (2018). Esta escala consta de 25 ítems, que miden las 4 dimensiones. La primera es la activación, que se refiere a la actividad enfocada, dirigida a un objetivo y la finalización de las actividades programadas. La segunda es la evitación/rumiación y representa la evitación de estados negativos aversivos y de la rumiación en lugar de la solución activa de los problemas. El tercer factor se denomina deterioro laboral/formativo y describe las consecuencias de la inactividad y la pasividad en el trabajo y las responsabilidades escolares. Por último, el deterioro social, que se refiere a las consecuencias sociales y aislamiento social. Actualmente, el BADS no está validado

para adolescentes, sin embargo, se utilizó como una herramienta clínica para explorar el cambio de comportamiento. En esta muestra, el alfa de Cronbach del total de la escala fue de $\alpha = 0.83$. El de las subescalas fue $\alpha = 0.77$ (activación), $\alpha = 0.60$ (evitación/rumiación), $\alpha = 0.90$ (deterioro laboral o formativo) y $\alpha = 0.97$ (deterioro de la vida social).

Las adolescentes completaron el BDI-II antes de la primera sesión de la intervención, el CES-D-R y el BADS en la primera y segunda sesión, respectivamente, y respondieron nuevamente los tres instrumentos al final de la intervención.

Procedimiento y consideraciones éticas

Debido a que la evaluación de la intervención se realizó durante el periodo de contingencia sanitaria por Coronavirus (COVID-19), el reclutamiento y selección de participantes se realizó por medios electrónicos de mensajería como WhatsApp, correo electrónico y formularios de Google.

Una vez obtenido el permiso de las autoridades de la institución, con el apoyo del psicólogo escolar y los tutores de cada grupo, se les hizo llegar a los adolescentes, vía WhatsApp, la invitación para participar en la intervención. Posteriormente, a quienes se mostraron interesados en participar, se les envió el link de un formulario de Google donde se les solicitó leer el consentimiento informado en compañía de uno o ambos padres, ya que ellos también debían estar de acuerdo con la participación de sus hijos. A quienes aceptaron continuar se les solicitaron datos sociodemográficos y de contacto. Finalmente, el adolescente debía contestar de manera personal el Inventario de Depresión de Beck para identificar si cumplía con el criterio de sintomatología depresiva para ser incluido en la intervención. Las sesiones se realizaron semanalmente a través de la plataforma para videollamadas Zoom.

En el consentimiento informado se especificó que la información proporcionada sería tratada con total ética y los datos serían completamente confidenciales. Además, la información sería analizada omitiendo su nombre, así como cualquier dato que pudiera identificar al adolescente. De igual manera se les informó que la participación era voluntaria y tenían derecho a rehusarse a participar o en el momento en que lo desearan podían retirarse de la intervención.

Capítulo 6. Resultados

De acuerdo con el objetivo principal de la presente investigación, se realizó el diseño de la intervención, así como el manual para su implementación. El manual puede ser consultado en el anexo A del documento y en la tabla 3 puede observarse cómo se incluyeron los principales componentes de la Activación Conductual en las sesiones de la intervención.

Tabla 3

Estructura de la intervención de acuerdo a los principales componentes de la Activación Conductual

Componente utilizado	Número de sesión de la intervención									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Entrevista motivacional	X									
Psicoeducación	X	X	X							
Monitoreo de actividades	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Planeación de actividades					X	X	X	X	X	X
Valores y metas			X	X	X	X	X	X	X	X
Entrenamiento habilidades (solución de problemas)		X	X	X	X	X	X	X	X	
Prevención de recaídas										X

Nota, elaboración propia

En la evaluación participaron cinco adolescentes mujeres, quienes completaron las diez sesiones de la intervención. De acuerdo con la interpretación de los instrumentos, las puntuaciones iniciales de CES-D-R ($M = 79.80$, $DE = 37.24$) y de BDI-II ($M = 37.00$, $DE = 15.17$) en este estudio indicaron que se trataba de un grupo de depresión moderada a grave. La información demográfica y los puntajes de evaluación previos y posteriores a la intervención se presentan en la siguiente tabla (ver tabla 4).

Tabla 4

Características sociodemográficas de las participantes y puntajes obtenidos al inicio y al final de la intervención

Caso	Edad	Grado	BDI-II		CES-D-R		BADS									
			pre	post	pre	post	TOTAL		ACT		EVIT		DF		DS	
							pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
AA	17	1er sem.	44.0	14.0	106.0	23.0	42.0	85.0	8.0	32.0	27.0	28.0	24.0	13.0	23.0	14.0
MT	15	1er sem.	42.0	37.0	86.0	72.0	35.0	51.0	23.0	20.0	44.0	27.0	22.0	23.0	30.0	27.0
GG	16	3er sem.	55.0	58.0	123.0	120.0	37.0	27.0	9.0	7.0	28.0	43.0	27.0	25.0	25.0	20.0
SB	17	3er sem.	16.0	7.0	35.0	21.0	87.0	90.0	21.0	27.0	23.0	17.0	9.0	17.0	10.0	11.0
IR	17	5to sem.	28.0	3.0	49.0	6.0	100.0	116.0	27.0	40.0	24.0	25.0	10.0	7.0	1.0	0.0
MD	16.4		37.0	23.8	79.8	48.4	60.2	73.8	17.6	25.2	29.2	28.0	18.4	17.0	17.8	14.4
DE	0.89		15.1	23.2	37.2	47.1	30.8	34.9	8.5	12.5	8.5	9.4	8.3	7.3	11.9	10.1

Nota, BDI-II= Inventario de Depresión de Beck; CES-D-R= Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; BADS= Escala de Activación Conductual para la Depresión; ACT= Activación; EVIT= Evitación/Rumiación; DF= Deterioro formativo; DS= Deterioro social

Debido al tamaño de la muestra y al diseño de este estudio, demostrar la eficacia de la intervención no era el objetivo principal. Sin embargo, las evaluaciones previas y posteriores al tratamiento identificaron, en algunos casos, tendencias en la dirección esperada. Tres de las cinco adolescentes disminuyeron su puntaje de síntomas depresivos tanto en el BDI-II como en el CES-D-R, así como el nivel de depresión de acuerdo al criterio del BDI-II, una participante disminuyó su puntaje, pero permaneció en el mismo nivel, mientras que otra de las participantes tuvo un ligero aumento en su puntuación, permaneciendo en el mismo nivel. A continuación, se describen los resultados obtenidos de manera individual por cada participante.

Adolescente “AA”

En cuanto a sintomatología depresiva, al inicio de la intervención “AA” obtuvo un puntaje de 106 en el CES-D-R el cual disminuyó a 23 al finalizar la intervención. En el BDI-II, obtuvo inicialmente 44 puntos que disminuyeron hasta 14. De acuerdo a los puntos de corte del BDI-II, el nivel de depresión disminuyó de severo a leve.

En el caso de la activación conductual, “AA” obtuvo un puntaje inicial de 42 en el total de la prueba y aumentó a 85 al concluir la intervención. En la dimensión de activación hubo un aumento de 8 a 32 puntos, en la evitación/rumiación hubo un ligero aumento de 27 a 28 puntos, mientras que en el deterioro formativo se redujo el puntaje de 24 a 13 y en el deterioro social también hubo una disminución de 23 a 14 puntos (ver figura 1).

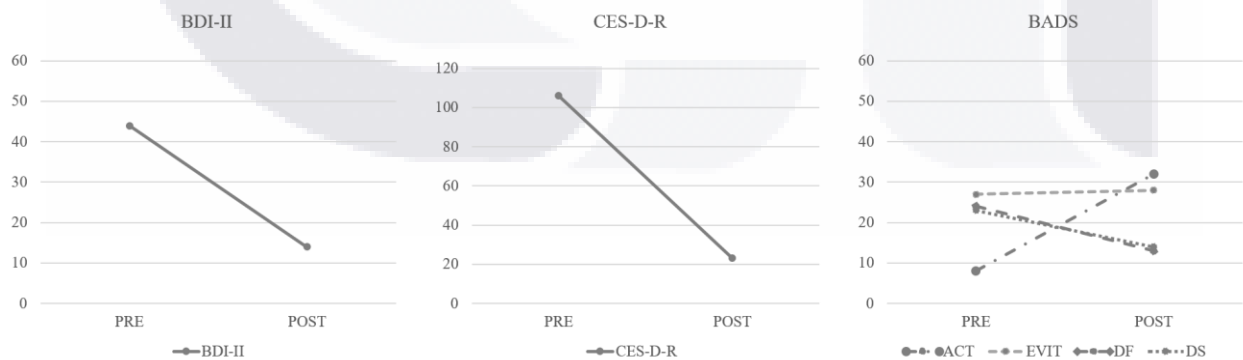


Figura 1. Medidas de “AA” al inicio y al final de la intervención de Activación Conductual para la depresión para adolescentes

Nota, BDI-II= Inventario de Depresión de Beck; CES-D-R= Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; BADS= Escala de Activación Conductual para la Depresión; ACT= Activación; EVIT= Evitación/Rumiación; DF= Deterioro formativo; DS= Deterioro social

Adolescente “MT”

Respecto a la sintomatología depresiva, al inicio de la intervención “MT” obtuvo un puntaje de 86 en el CES-D-R el cual disminuyó a 72 al finalizar la intervención. En el BDI-II, obtuvo inicialmente 42 puntos que disminuyeron a 37. De acuerdo a los puntos de corte del BDI-II, el nivel de depresión se mantuvo como severo.

En el caso de la activación conductual, “MT” obtuvo un puntaje inicial de 35 en el total de la prueba y aumentó a 51 al concluir la intervención. En la dimensión de activación se presentó una disminución de 23 a 20 puntos, en la evitación/rumiación el puntaje también disminuyó de 44 a 27, mientras que en el deterioro formativo hubo un pequeño aumento de 22 a 23 puntos y en el deterioro social también hubo una disminución de 30 a 27 puntos (ver figura 2).

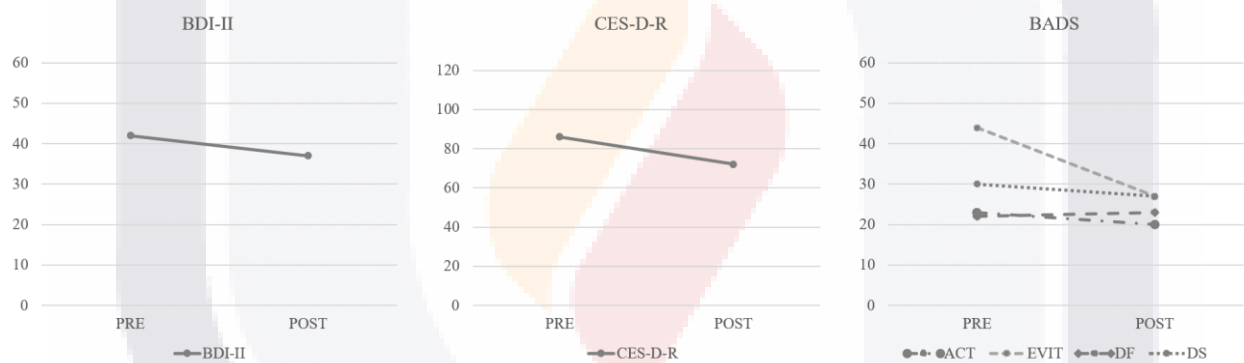


Figura 2. Medidas de “MT” al inicio y al final de la intervención de Activación Conductual para la depresión para adolescentes

Nota, BDI-II= Inventario de Depresión de Beck; CES-D-R= Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; BADS= Escala de Activación Conductual para la Depresión; ACT= Activación; EVIT= Evitación/Rumiación; DF= Deterioro formativo; DS= Deterioro social

Adolescente “GG”

En el caso de la sintomatología depresiva, al inicio de la intervención “GG” obtuvo un puntaje de 123 en el CES-D-R el cual solo tuvo una pequeña disminución a 120 puntos al finalizar la intervención. En el BDI-II, obtuvo inicialmente 55 puntos que también aumentaron a 58. De acuerdo a los puntos de corte del BDI-II, el nivel de depresión se mantuvo como severo.

En cuanto a la activación conductual, “GG” obtuvo un puntaje inicial de 37 en el total de la prueba y disminuyó a 27 al concluir la intervención. En la dimensión de activación se presentó

una disminución de 9 a 7 puntos, en la evitación/rumiación hubo un aumento de 28 a 43 puntos, mientras que en el deterioro formativo se redujo el puntaje de 27 a 25 y en el deterioro social también hubo una disminución de 25 a 20 puntos (ver figura 3).

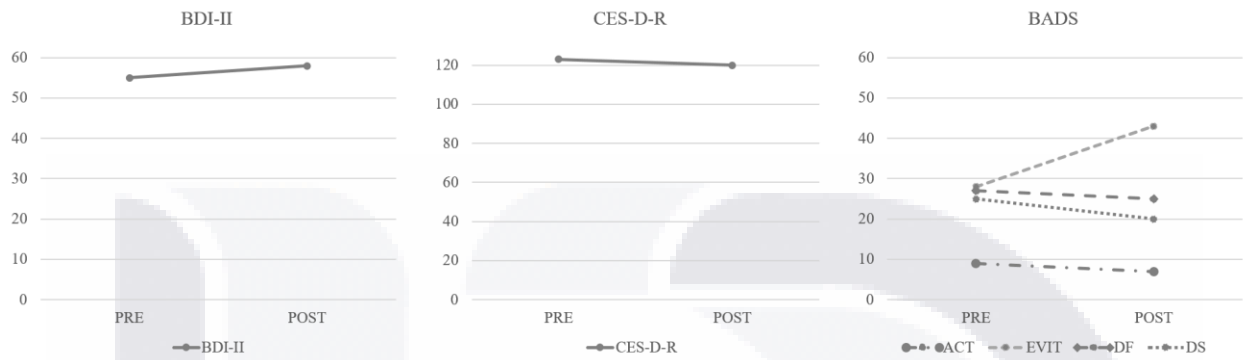


Figura 3. Medidas de “GG” al inicio y al final de la intervención de Activación Conductual para la depresión para adolescentes

Nota, BDI-II= Inventario de Depresión de Beck; CES-D-R= Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; BADS= Escala de Activación Conductual para la Depresión; ACT= Activación; EVIT= Evitación/Rumiación; DF= Deterioro formativo; DS= Deterioro social

Adolescente “SB”

En cuanto a la sintomatología depresiva, al inicio de la intervención “SB” obtuvo un puntaje de 35 en el CES-D-R el cual tuvo una disminución a 21 puntos al finalizar la intervención. En el BDI-II, obtuvo inicialmente 16 puntos que también disminuyeron a 7. De acuerdo a los puntos de corte del BDI-II, el nivel de depresión pasó de leve a mínimo.

Respecto a la activación conductual, “SB” obtuvo un puntaje inicial de 87 en el total de la prueba y aumentó a 90 al concluir la intervención. En la dimensión de activación se presentó un aumento de 21 a 27 puntos, en la evitación/rumiación hubo una disminución de 23 a 17 puntos, mientras que en el deterioro formativo aumentó el puntaje de 9 a 17 y en el deterioro social también hubo un pequeño aumento de 10 a 11 puntos (ver figura 4).

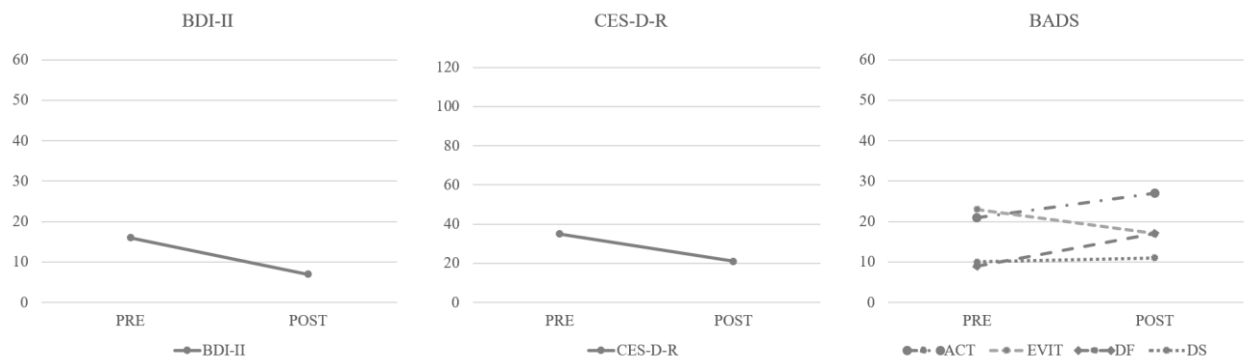


Figura 4. Medidas de “SB” al inicio y al final de la intervención de Activación Conductual para la depresión para adolescentes

Nota, BDI-II= Inventario de Depresión de Beck; CES-D-R= Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; BADS= Escala de Activación Conductual para la Depresión; ACT= Activación; EVIT= Evitación/Rumiación; DF= Deterioro formativo; DS= Deterioro social

Adolescente “IR”

En cuanto a sintomatología depresiva, al inicio de la intervención “IR” obtuvo un puntaje de 49 en el CES-D-R el cual tuvo una disminución a 6 puntos al finalizar la intervención. En el BDI-II, obtuvo inicialmente 28 puntos que también disminuyeron a 3. De acuerdo a los puntos de corte del BDI-II, el nivel de depresión pasó de moderado a mínimo.

En el caso de la activación conductual, “IR” obtuvo un puntaje inicial de 100 en el total de la prueba y aumentó a 116 al concluir la intervención. En la dimensión de activación se presentó un aumento de 27 a 40 puntos, en la evitación/rumiación hubo un ligero aumento de 24 a 25 puntos, mientras que en el deterioro formativo disminuyó el puntaje de 10 a 7 y en el deterioro social también hubo una pequeña disminución de 1 a 0 puntos (ver figura 5).

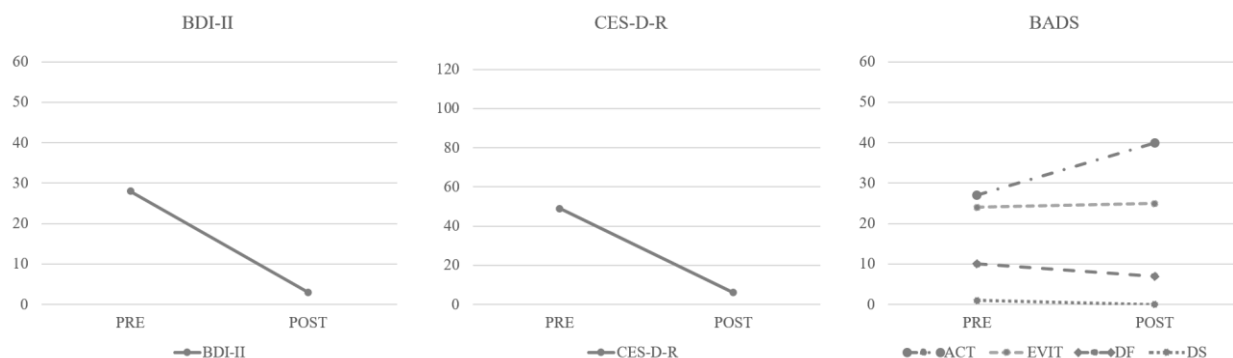


Figura 5. Medidas de “IR” al inicio y al final de la intervención de Activación Conductual para la depresión para adolescentes

Nota, BDI-II= Inventario de Depresión de Beck; CES-D-R= Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; BADS= Escala de Activación Conductual para la Depresión; ACT= Activación; EVIT= Evitación/Rumiación; DF= Deterioro formativo; DS= Deterioro social

También se realizó un análisis por participante para identificar cuáles de ellas obtuvieron un cambio clínico objetivo en los diferentes instrumentos (ver tablas 5, 6 y 7), para ello se utilizó la fórmula de Índice de Cambio Clínico Objetivo (CCO) de Cardiel (1994) la cual se representa de la siguiente manera: $PC = (P2 - P1) / P1$

Donde:

- PC= Porcentaje de cambio
- P1= Puntuación de la evaluación inicial (pretest)
- P2 = Puntuación de la evaluación final (postest)

Valores del tamaño del efecto:

- Bajo ≤ 0.20
- Medio ≤ 0.50
- Alto ≤ 0.80

Tabla 5
Índice de Cambio Clínico Objetivo por participante en el BDI-II

Caso	P1	P2	PC	Tamaño del efecto
AA	44	14	-0.68*	alto
MT	42	37	-0.12	bajo
GG	55	58	0.05	bajo
SB	16	7	-0.56*	alto
IR	28	3	-0.89*	alto

Nota, las puntuaciones marcadas con *, indican que existe un Cambio Clínico Objetivo (CCO). Las puntuaciones mayores a .20 indican un CCO positivo y las puntuaciones menores a -.20 indican un CCO negativo.

En el caso de la sintomatología depresiva, en la evaluada con el BDI-II se puede observar que, en tres de las participantes, la puntuación final indica que se logró un cambio clínico. Este mismo resultado puede observarse en las puntuaciones finales de la evaluación realizada con el CES-D-R.

Tabla 6
Índice de Cambio Clínico Objetivo por participante en el CES-D-R

Caso	P1	P2	PC	Tamaño del efecto
AA	106	23	-0.78*	alto
MT	86	72	-0.16	bajo
GG	123	120	-0.02	bajo
SB	35	21	-0.40*	medio
IR	49	6	-0.88*	alto

Nota, las puntuaciones marcadas con *, indican que existe un Cambio Clínico Objetivo (CCO). Las puntuaciones mayores a .20 indican un CCO positivo y las puntuaciones menores a -.20 indican un CCO negativo.

Respecto a la activación conductual general, solo dos de las participantes obtuvieron un cambio clínico en la dirección esperada, mientras que una de ellas obtuvo menor puntaje del esperado. En las dimensiones en particular, la activación fue la dimensión donde más cambios se registraron, mientras que la dimensión de deterioro social se registraron menos diferencias entre la evaluación inicial y la final.

Tabla 7
Índice de Cambio Clínico Objetivo por participante en el BADS y sus dimensiones

Caso	P1	P2	PC	Tamaño del efecto
BADS Total				
AA	42	85	1.02	alto
MT	35	51	0.46	medio
GG	37	27	-0.27	medio
SB	87	90	0.03	bajo
IR	100	116	0.16	bajo
Activación				
AA	8	32	3.00	alto
MT	23	20	-0.13	bajo
GG	9	7	-0.22	medio

SB	21	27	0.29	medio
IR	27	40	0.48	medio
Evitación				
AA	27	28	0.04	bajo
MT	44	27	-0.39	medio
GG	28	43	0.54	alto
SB	23	17	-0.26	medio
IR	24	25	0.04	bajo
Deterioro formativo				
AA	24	13	-0.46	medio
MT	22	23	0.05	bajo
GG	27	25	-0.07	bajo
SB	9	17	0.89	alto
IR	10	7	-0.30	medio
Deterioro social				
AA	23	14	-0.39	medio
MT	30	27	-0.10	bajo
GG	25	20	-0.20	bajo
SB	10	11	0.10	bajo
IR	1	0	-1.00	alto

Nota, las puntuaciones marcadas con *, indican que existe un Cambio Clínico Objetivo (CCO). Las puntuaciones mayores a .20 indican un CCO positivo y las puntuaciones menores a -.20 indican un CCO negativo.

Capítulo 7. Discusión

Se ha demostrado que el creciente papel de las tecnologías y telecomunicaciones en la prestación de servicios y el desarrollo continuo de nuevas áreas de investigación aplicada pueden ser útiles en la práctica de la Psicología (APA, 2013). Además, sumando al avance que ya se tenía en las propuestas de intervenciones telepsicológicas efectivas, la emergencia sanitaria derivada del COVID-19 incrementó la necesidad de implementar la telepsicología para seguir ofreciendo servicios psicológicos de una manera segura. Por ello, el objetivo de esta investigación fue desarrollar una intervención telepsicológica, basada en los principales componentes de la Activación Conductual (AC), para adolescentes que presentan sintomatología depresiva.

De las distintas propuestas que se han elaborado para el tratamiento de la depresión en adolescentes basadas en AC, la adaptación realizada por Pass y sus colaboradores es la que cuenta actualmente con más evaluaciones de efectividad (Pass et al., 2015, 2017, 2018). Dado los resultados favorables obtenidos en sus estudios, para el desarrollo de la intervención de la presente investigación se retomaron los principales componentes de dicha adaptación, con la intención de identificar si también generan cambios favorables en la sintomatología depresiva de los adolescentes mexicanos.

Tal como proponen, en la primera sesión se les explicó tanto a las participantes como a sus padres, el ciclo que mantiene la depresión, en el cual están involucrados el estado de ánimo bajo, la reducción de actividades y la poca recepción de refuerzos positivos. Esta explicación motivó a las participantes para comprometerse con la intervención y buscar romper el ciclo depresivo a través de la realización de actividades gratificantes.

Uno de los principales componentes que se utilizó a lo largo de la intervención, y que es indispensable en cualquier tratamiento basado en AC, fue el registro de actividades. Aunque no todas las adolescentes tuvieron cambios significativos en la sintomatología depresiva, sí reconocieron que llenar el registro semanalmente les permitió tener una mejor organización de sus actividades, aprovechar más eficientemente su tiempo y, por supuesto, darse cuenta de la necesidad de incorporar más actividades placenteras a su rutina. Otro elemento importante a lo largo de la intervención fue la exploración de los valores y metas personales de las adolescentes,

guiados principalmente por lo que es valioso para ellas y no para otras personas. En conjunto, el registro de actividades y la identificación de valores, se utilizaron para la planeación de las actividades que las reforzaron positivamente y ayudaron a modificar el ciclo depresivo. Una percepción similar es la que reportaron los participantes del estudio de Watson, Harvey, Pass, McCabe y Reynolds (2020) quienes atribuyeron los cambios positivos en su estado de ánimo y motivación a la combinación de identificar sus valores y participar en actividades valiosas.

Otro cambio realizado respecto a esta propuesta fue el número de sesiones, ya que se incluyeron dos sesiones más al inicio de la intervención para contar con más registros de actividades y poder identificar las actividades que se realizan más esporádicamente pero que igualmente influyen en el estado de ánimo. De acuerdo con estudios previos, resulta conveniente utilizar intervenciones breves, pues en aquellas con mayor número de sesiones es más probable que los adolescentes dejen de asistir antes de concluir el tratamiento (McCauley et al., 2011; Ritschel et al., 2011).

Posterior a la identificación de los componentes que debía incluir la intervención, se elaboró el manual de aplicación, ya que no se tuvo acceso a los manuales de Pass y sus colaboradores. Este manual representa una de las primeras aportaciones realizadas para trabajar con adolescentes mexicanos y, retomando lo dicho por Kitchen, Tiffin, Lewis, Gega y Ekers (2020), su utilidad radica en que las intervenciones basadas en AC pueden mejorar la práctica clínica debido a su naturaleza breve y simple que pueden ser aprovechadas por psicólogos tanto del área educativa como clínica con menos experiencia ya que no requieren de una capacitación exhaustiva para ser implementadas.

En general, se puede considerar que el desarrollo y la implementación de la intervención fueron adecuados. Comparada con propuestas previas, esta investigación presenta una forma de novedosa de tratar la depresión, tanto en el enfoque de la intervención como en la modalidad en la que se implementa. Respecto al enfoque, la mayoría de las intervenciones previas se han basado en TCC, mientras que la modalidad de AC en telepsicología solo se ha aplicado con adultos.

Entre los elementos que demostraron tener influencia positiva para el adecuado desarrollo de la presente intervención, destaca la alta adherencia al tratamiento por parte de las adolescentes, quienes estuvieron presentes en el total de las sesiones. Un nivel de adherencia similar se logró en

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

los estudios de Kitchen et al. (2020) lo que indica que la AC es una opción de tratamiento para la depresión bien aceptado por los adolescentes y permite atribuir las mejoras en los síntomas depresivos a las intervenciones (Soucy et al., 2018).

También fue muy importante la integración de los padres en algunas sesiones de la intervención, quienes se mostraron interesados en apoyar a sus hijas, tuvieron disponibilidad para asistir a las sesiones a las que fueron invitados y su participación fue útil para conocer su perspectiva de la problemática, así como los cambios que observaron durante y al final de la intervención.

Como parte de los objetivos secundarios, también se contrastaron los cambios en la sintomatología depresiva después de recibir la intervención. Aunque no en todos los casos se obtuvieron los cambios esperados, estos resultados muestran la efectividad potencial de la intervención en adolescentes que presentan síntomas depresivos. De las cinco adolescentes participantes, solo en tres de ellas se logró una reducción significativa de los síntomas depresivos. Esta efectividad parcial coincide con lo reportado por Chu et al. (2009) lo que resalta la necesidad de realizar más investigaciones donde se identifiquen qué características de los adolescentes son las que predicen mejores resultados. Por otra parte, si se analizan los datos reportados por estudios previos a partir del Índice de Cambio Clínico Objetivo (CCO) utilizado en esta investigación, se encuentran similitudes en los cambios obtenidos en intervenciones breves como las de Ruggiero (2005; CCO= -0.85). En el caso del estudio de Jacob et al. (2013) también se obtiene un CCO significativo en todos los casos (-0.78 a -0.88), sin embargo, su intervención consta de 17 sesiones, haciendo más probable la deserción de los adolescentes.

Por otro lado, aunque la contingencia sanitaria por COVID 19 hizo más evidente la necesidad de intervenciones en esta modalidad, también resultó ser una limitante para obtener mejores resultados al final de la intervención. Entre las desventajas de esta situación se encontraron la dificultad que presentaban las adolescentes para adaptarse a sus horarios de clases en línea, así como para organizar la entrega de sus tareas ya que todas ellas consideraron que la carga de trabajo había aumentado con esta modalidad. Esta dificultad también se presentó entre los adolescentes evaluados por Watson et al. (2020) quienes consideraban que las actividades académicas debían ser su máxima prioridad, por lo que no disfrutaban plenamente la realización de actividades no académicas al sentir culpa o preocupación por las tareas que debían cumplir.

De igual manera, la selección de actividades gratificantes estuvo restringida a aquellas que podían realizarse en casa, aunque no fueran las más valiosas para las adolescentes. En este mismo sentido, una de las áreas de vida que resultaba más importante para ellas pero que se vio más afectada fue la de la socialización con sus pares. Aunque algunas seguían en contacto con sus amistades a través de redes sociales o videollamadas, el refuerzo positivo de esta actividad era limitado.

Por último, la situación de la contingencia por COVID-19 ha sido por sí misma una fuente importante de estrés para toda la población en general. Derivado de esta situación, existe una alta probabilidad de que los adolescentes experimenten altas tasas de depresión y muy probablemente ansiedad durante y después de que termine el aislamiento forzado, y podría seguir aumentando a medida que continúe el aislamiento (Loades et al., 2020). Por ello es necesario ofrecer apoyo preventivo e intervención temprana cuando sea posible y la telepsicología ha sido de gran utilidad en este sentido. Dada esta situación, se podría pensar que en situaciones normales esta intervención generará cambios más notables.

Respecto a futuras investigaciones, aunque no todos los adolescentes se encuentran susceptibles a manifestar síntomas depresivos es importante identificar a aquellos que pueden encontrarse en mayor riesgo de presentarlos para otorgarles el tratamiento oportunamente. De manera particular, en diversas investigaciones se ha encontrado que entre los estudiantes que reportaron haber tenido una experiencia como víctimas de bullying, es mayor el riesgo de presentar problemas de conducta o emocionales, incluida la depresión (Salazar, Pedroza, Colunga y Hermosillo, 2019). Para esta investigación, se buscó incluir a adolescentes identificados como víctimas de bullying, sin embargo, no cumplieron con el criterio de sintomatología depresiva para participar en la intervención.

Continuando con la propuesta de Pass et al. (2015) se recomienda diseñar un manual con el cual se pueda trabajar de manera colaborativa con los adolescentes, incluyendo información apropiada a su edad y apoyándose de casos que ilustren las ventajas de realizar las actividades que los refuerzan positivamente. De igual manera, se propone diseñar un manual para los padres de familia, que explique de una manera sencilla los objetivos de la AC y genere un mayor compromiso con el tratamiento. También se recomienda hacer evaluaciones de seguimiento para probar si los efectos del tratamiento se mantienen en el tiempo.

Por otra parte, entre los elementos a considerar para evaluar si las propuestas de telepsicología resultan eficaces, Grist et al. (2018) proponen tener en consideración las condiciones de los grupos control, la gravedad del problema, el apoyo terapéutico, el apoyo de los padres y la continuación de otros tratamientos psicológicos o farmacológicos en curso.

La investigación sobre las intervenciones debe continuar, ya que, si se demuestra que son igualmente o más efectivos que la terapia presencial, se debe comenzar a pensar en cómo aplicar estas intervenciones y cómo pueden usarse para aumentar el número de adolescentes que reciben un tratamiento basado en evidencia y reducir la carga de morbilidad de la depresión (Cuijpers y Riper, 2014).

En concordancia con los diferentes estudios mencionados, la presente investigación contribuye al desarrollo de intervenciones prácticas y económicas que pueden ser fácilmente accesibles y generar cambios conductuales y emocionales positivos en los adolescentes. El uso de la tecnología puede tener importantes implicaciones para la demanda de atención psicológica por parte de los adolescentes (Au et al. 2019).

Finalmente, como mencionan Peñate et al. (2014) aunque las intervenciones telepsicológicas son innovadoras, su acceso sigue estando limitado solo a aquellos adolescentes que cuentan con un dispositivo electrónico y conexión a Internet, por lo que se recomienda realizar investigaciones de la efectividad de esta intervención en otras modalidades de telepsicología más accesibles, por ejemplo, vía telefónica.

Conclusiones

Las principales aportaciones de esta investigación son el desarrollo de una intervención telepsicológica basada en Activación Conductual para el tratamiento de la depresión en adolescentes y el diseño de un manual que puede ser utilizado por psicólogos que trabajen con adolescentes, tanto en el ámbito clínico como educativo.

Aunque los resultados de este estudio al contrastar los puntajes de sintomatología depresiva después de la intervención son prometedores, se recomienda aplicarla en casos similares que permitan obtener los datos necesarios para realizar una validación empírica de la intervención, principalmente a través de ensayos controlados aleatorizados que den respuesta sobre su efectividad y eficacia.

A pesar de que existen tratamientos eficaces para la depresión, el acceso a ellos suele ser limitado por lo que muchos adolescentes pierden la oportunidad de recibirlos. Por ello, resulta relevante desarrollar estas propuestas para que estos mismos tratamientos puedan ser aplicados a través de las TICs y poder incrementar el número de adolescentes atendidos, con todas las consecuencias positivas que conlleva la atención oportuna en su desarrollo psicosocial.

Referencias

- American Psychological Association (APA, 2013). Guidelines for the practice of telepsychology. Recuperado de: <http://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology>.
- American Psychology Association (APA, 2015). *Division 12. Depression*. Recuperado de: <https://www.div12.org/psychologicaltreatments/disorders/depression/>
- Andersson, G. (2016). Internet-Delivered Psychological Treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 157-179. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006
- Andersson, G., Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive Behavior Therapy*, 38(4), 196-205. doi: 10.1080/16506070903318960
- Au, A., Yip, H., Lai, S., Ngai, S., Cheng, S., Losada, A., Thompson, L., & Gallagher-Thompson, D. (2019). Telephone-based behavioral activation intervention for dementia family caregivers: Outcomes and mediation effect of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 102, 2049–2059. doi: 10.1016/j.pec.2019.06.009
- Barba, S. (2011). *Factores asociados a la depresión en el adulto mayor que acude al servicio de psiquiatría del HGZ No. 1 del IMSS de Aguascalientes* (Tesis de Especialidad). Universidad Autónoma de Aguascalientes, Aguascalientes.
- Barraca, J. (2009). La Activación Conductual (AC) y La Terapia De Activación Conductual Para La Depresión (TACD). Dos Protocolos de Tratamiento desde el Modelo de la Activación Conductual. *eduPsykhé*, 8(1), 23-50.
- Barraca, J., & Pérez-Álvarez, M. (2015). *Activación Conductual. Para el tratamiento de la depresión*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., & Zambrano-Ruiz, A. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424. doi: 10.1590/S036-36342004000500007

- 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. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25, 163-173. doi: 10.1007/s00787-015-0721-5
- Berenzon, S., Lara, M.A., Robles, R., & Medina-Mora, M.E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80.
- Bianchi, J., & Muñoz-Martínez, A. (2014). Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(2), 83-93.
- Cano, A., Salguero, J.M., Mae, C., Dongil, E., & Latorre, J. (2012). La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del psicólogo*, 33(1), 2-11.
- Cardiel, M.H. (1994). ¿Cómo se evalúa la calidad de vida? En Moreno, L., Cano-Valle, F. y García-Romero, H. (Eds.), *Epidemiología clínica*, 2da. ed., (189-199). México: Interamericana-McGraw-Hill.
- Carlbring, P., Hägglund, M, Luthström, A, Dahlin, M, Kadowaki, Å, Vernmark, K, & Andersson, G. (2013). Internet-based behavioral activation and acceptance-based treatment for depression: a randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 148(2-3), 331-337. doi: 10.1016/j.jad.2012.12.020
- Carmona, J. (2013). *Depresión asociada a descontrol glucémico en el paciente diabético tipo 2 del programa Diabetimss UMF I Aguascalientes* (Tesis de Especialidad). Universidad Autónoma de Aguascalientes, Aguascalientes.
- Chabrol, H., Rodgers, R., & Rousseau, A. (2007). Relations between suicidal ideation and dimensions of depressive symptoms in high-school students. *Journal of Adolescence*, 30, 587–600. doi:10.1016/j.adolescence.2006.07.003
- Chu, B.C., Colognori, D., Weissman, A., & Bannon, K. (2009). An Initial Description and Pilot of Group Behavioral Activation Therapy for Anxious and Depressed Youth. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 408–419.
- Chu, B.C., Crocco, S., Esseling, P., Areizaga, M., Lindner, A., & Skriner, L. (2016). Transdiagnostic group behavioral activation and exposure therapy for youth anxiety and

- depression: Initial randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 76, 65-75. doi: 10.1016/j.brat.2015.11.005
- Chu, B.C., Hoffman, L., Johns, A., Reyes-Portillo, J., & Hansford, A. (2015). Transdiagnostic Behavior Therapy for *Bullying-Related Anxiety and Depression*: Initial Development and Pilot Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(4), 415-429.
doi:10.1016/j.cbpra.2014.06.007
- Costello, E., Erkanli, A., & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1263–1271.
doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01682.x
- Cuijpers, P., & Riper, H. (2014). Internet interventions for depressive disorders: an overview. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(3), 209-216.
doi:10.5944/rppc.vol.19.num.3.2014.13902
- DeRubeis, R. J., y Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 37-52.
- Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C., Muñoz, R.F., & Lewinsohn, P.M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1–38.
- Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S., Schmaling, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, M.E., Gallop, R., McGlinchey, J.B., Markley, D.K., Gollan, J.K., Atkins, D.C., Dunner, D.L. & Jacobson, N.S. (2006). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (4), 658-670.
- Douleh, T. (2013). Motivational Interviewing Assessment and Behavior Therapy as a Stepped-Care Approach to the Treatment of Adolescent Depression. Dissertations. 162. Western Michigan University. Recuperado de <http://scholarworks.wmich.edu/dissertations/162>
- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioral activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and subgroup analysis. *PLoS ONE*, 9(6).
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 850-870.

- Frueh, B. C., Monnier, J., Elhai, J. D., Grubaugh, A. L., & Knapp, R. G. (2004). Telepsychiatry Treatment Outcome Research Methodology: Efficacy versus Effectiveness. *Telemedicine Journal and e-Health*, 10(4), 455–458. doi:10.1089/tmj.2004.10.455
- García, I. (2013). *Depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar estudio comparativo con pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico y control sujetos sanos en el Estado de Aguascalientes* (Tesis de Especialidad). Universidad Autónoma de Aguascalientes, Aguascalientes.
- González-Forteza, C., Hermosillo, A., Vacio-Muro, M., Peralta, R., & Wagner, F. (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. doi:10.1016/j.bmhmx.2015.05.006
- González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, J.A., Ramos-Lira, L., & Wagner, F.A. (2008). Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 50, 292-299.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, M., & Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-532
- González-Forteza, C., Solís-Torres, C., Jiménez-Tapia, A., Hernández-Fernández, I., González-González, A., Juárez-García, F. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 34(1), 53-59.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S. & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 377-384.
- Grist, R., Croker, A., Denne, M., & Stallard, P. (2019). Technology Delivered Interventions for Depression and Anxiety in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22, 147–171. doi:10.1007/s10567-018-0271-8
- Hernández-Guzmán, L. (2012). Informe final del proyecto IN304610 [informe interno]. Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica, Dirección

General de Asuntos del Personal Académico y Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Herrera, T. (2014). *Grado de depresión en pacientes hipertensos de 40 a 50 años de edad con 2 años de evolución adscritos a UMF 1 IMSS. Delegación Aguascalientes*. (Tesis de especialidad). Universidad Autónoma de Aguascalientes, Aguascalientes.
- Hetrick, S.E., Cox, G.R., Witt, K.G., Bir, J.J., & Merry, S.N. (2016). Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. doi: 10.1002/14651858.CD003380.pub4.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J. & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, 23, 699-717.
- INEGI (2014). Encuesta Nacional de los Hogares (ENH). Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enh/2014/default.html>
- INEGI (2015). Encuesta Nacional de los Hogares (ENH). Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enh/2015/default.html>
- INEGI (2017). Encuesta Nacional de los Hogares (ENH). Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enh/2017/default.html>
- Jacob, M., Keeley, M., Ritschel, L., & Craighead, W.E. (2013). Behavioral activation for the treatment of low income, African American adolescents with major depressive disorder: a case series. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 87–96. doi: 10.1002/cpp.774
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., & Koerner, K. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304.
- Jacobson, N. S., & Gortner, E. T. (2000). Can depression be demedicalized in the 21st century: Scientific revolutions, counter-revolutions, and the magnetic field of normal science. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 103-117.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.

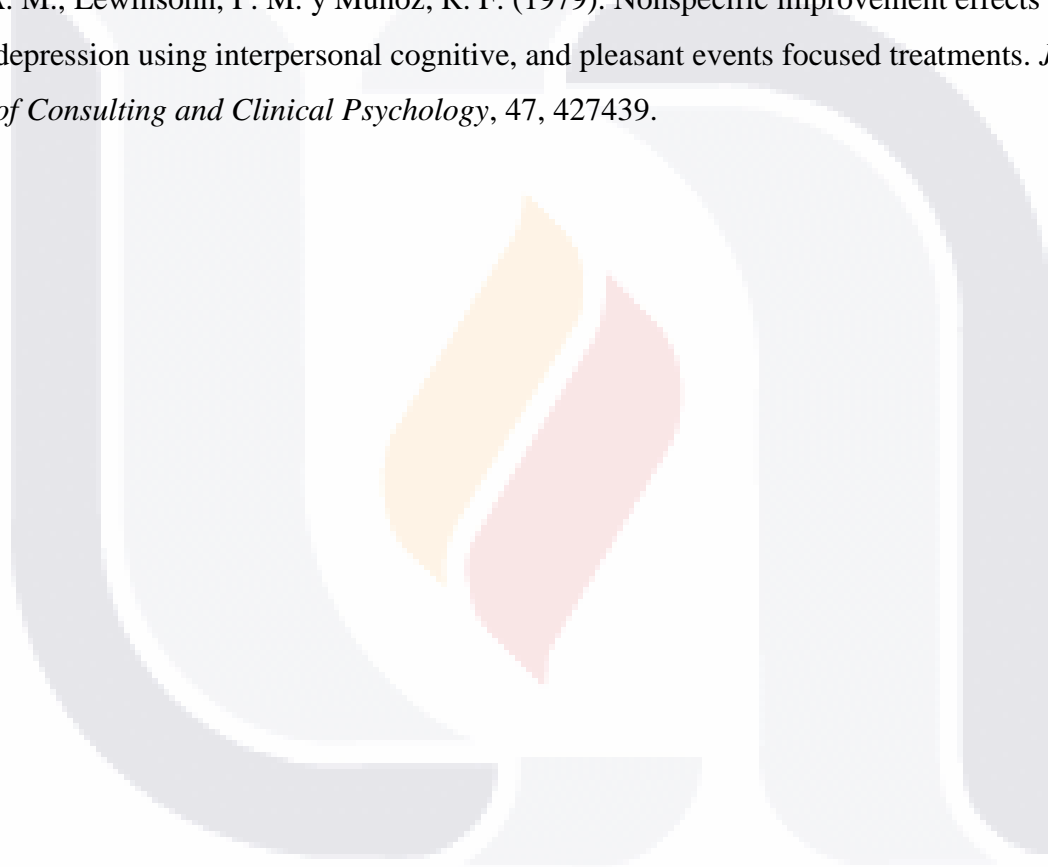
- Kanter, J.W., Manos, R.C., Bowe, W.M., Baruch, D.E., Busch, A.M., & Rusch, L.C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 608–620. doi. org/10.1016/j.cpr.2010.04.001
- Kitchen, C.E., Tiffin, P.A., Lewis, S., Gega, L. & Ekers, D. (2020). Innovations in Practice: A randomised controlled feasibility trial of Behavioral Activation as a treatment for young people with depression. *Child and Adolescent Mental Health*. doi:10.1111/camh.12415
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C. R., & Tsai, M. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 213-229.
- Lara, M.A., Tiburcio, M., Aguilar, A.A., Sánchez-Solís, A. (2014). A four-year experience with a Web-based self-help intervention for depressive symptoms in Mexico. *Rev Panam Salud Pública*, 35(5-6), 398–406.
- Lejuez, C., Hopko, D.R., LePage, J.P., Hopko, S.D., & McNeil, D.W. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 164–175.
- Lewinsohn, P. M. & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261-268.
- Macías, J.J., & Valero, L. (2018). La psicoterapia on-line ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia. *Apuntes de Psicología*, 36(1-2), 107-113.
- Martell, C.R., Addis, M.E., & Jacobson, N.S. (2001). *Depression in context: strategies for guided action*. WW Norton & Co, New York.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral Activation for Depression: A Clinician’s Guide*. New York: Guilford.
- Martin, F., & Oliver, T. (2018). Behavioral activation for children and adolescents: a systematic review of progress and promise. *European Child & Adolescent Psychiatry*. doi:10.1007/s00787-018-1126-z
- Martínez, P., Rojas, G., Martínez, V., Lara, M.A., & Pérez, C. (2018) Internet-based interventions for the prevention and treatment of depression in people living in developing countries: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 234, 193-200. doi:10.1016/j.jad.2018.02.079

- McCauley, E., Gudmundsen, G., Schloredt, K., Martell, C., Rhew, I., Hubley, S., & Dimidjian, S. (2016). The Adolescent Behavioral Activation Program: Adapting Behavioral Activation as a Treatment for Depression in Adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(3), 291-304. doi:10.1080/15374416.2014.979933
- McCauley, E., Schloredt, K., Gudmundsen, G., Martell, C., & Dimidjian, S. (2011). Expanding behavioral activation to depressed adolescents: Lessons learned in treatment development. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(3), 371-383.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020a). *Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020b). *Salud mental del adolescente*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Pass, L., Brisco, G., & Reynolds, S. (2015). Adapting brief behavioral activation (BA) for adolescent depression: a case example. *The Cognitive Behavior Therapist*, 8(17), 1-13. doi: 10.1017/S1754470X15000446
- Pass, L., Hodgson, E., Whitney, H., & Reynolds, S. (2018). Brief Behavioral Activation Treatment for Depressed Adolescents Delivered by Nonspecialist Clinicians: A Case Illustration. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25, 208-224.
- Pass, L., Lejuez, C.W., & Reynolds, S. (2017). Brief Behavioural Activation (Brief BA) for Adolescent Depression: A Pilot Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1-13. doi:10.1017/S1352465817000443
- Peñate, W., Roca, M.J., del Pino, T. (2014). Los nuevos desarrollos tecnológicos aplicados al tratamiento psicológico. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(2), 91-101.
- Pérez-Álvarez, M. (2007). La Activación Conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28, 97-110.
- Pineda-Pedraza, M., & González-Flores, S. (2016). Nivel de depresión entre estudiantes de Enfermería y Nutrición en una Universidad Pública de Aguascalientes. *LUX MÉDICA*, 11(34), 53-62.
- Reyna, E. (2010). *Depresión en médicos residentes de la Delegación IMSS de Aguascalientes* (Tesis de Especialidad). Universidad Autónoma de Aguascalientes, Aguascalientes.

- Riley, A., & Gaynor, S. (2014). Identifying Mechanisms of Change: Utilizing Single-Participant Methodology to Better Understand Behavior Therapy for Child Depression. *Behavior Modification*, 38(5), 636–664. doi: 10.1177/0145445514530756
- Ritschel, L. A., Ramirez, C. L., Jones, M., & Craighead, W. E. (2011). Behavioral activation for depressed teens: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(2), 281-299.
- Rivera-Heredia, M.E., Enríquez, A., y Salazar-García, M.A. (2013). Conductas problema dentro del salón de clase en estudiantes mexicanos de educación superior y media superior. En T.M. G. Da Cunha y M.J. Ortiz (Eds.), *Innovación y Docencia en el siglo XXI* (pp. 43-84). México: Editorial AAA.
- Rivera-Rivera, L., Rivera-Hernández, P., Pérez-Amezcuca, B., Leyva-López, A., y de Castro, F. (2015). Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Pública de México*, 57, 219-226.
- Ruggiero, K. J., Morris, T. L., Hopko, D. R., & Lejuez, C. (2005). Application of behavioral activation treatment for depression to an adolescent with a history of child maltreatment. *Clinical Case Studies*, 6 (1), 64-78.
- Ruvalcaba, R. (2016). *Funcionalidad familiar, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, en los pacientes con trastorno depresivo en control, adscritos a la UMF No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes* (Tesis de Especialidad). Universidad Autónoma de Aguascalientes, Aguascalientes.
- Salazar, M.A., Pedroza, F.J., Colunga, C., & Hermosillo, A.E. (2019). Bullying y depresión en adolescentes: revisión sistemática. *Revista Educ@rnos*, 9(35), 69-79.
- Sánchez-Angulo, J., Barraca, J., Mora, E., & Reyes-Ortega, M. (2018). Propiedades psicométricas de la escala de activación conductual para la depresión (BADS) en una muestra mexicana. *Clínica y Salud*, 29, 151-155. doi: 10.5093/clysa2018a22
- Soucy, I., Provencher, M.D., Fortier, M., & McFadden, T. (2018). Secondary outcomes of the guided self-help behavioral activation and physical activity for depression trial. *Journal of Mental Health*. doi: 10.1080/09638237.2018.1466031
- Spates, C.R., Kalata, A.H., Ozeki, S., Stanton, C.E., & Peters, S. (2012). Initial Open Trial of a Computerized Behavioral Activation Treatment for Depression. *Behavior Modification*, 37(3), 259-297. Doi: 10.1177/0145445512455051

- Takagaki, K., Okamoto, Y., Jinnin, R., Mori, A., Nishiyama, Y., Yamamura, T., Yokoyama, S., Shiota, S., Okamoto, Y., Miyake, Y., Ogata, A., Kunisato, Y., Shimoda, H., Kawakami, N., Furukawa, T.A., & Yamawaki, S. (2016). Behavioral activation for late adolescents with subthreshold depression: A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(11), 1171–1182. doi: 10.1007/s00787-016-0842-5
- Terrones, M., Ruíz, J., Rosas, A., & Reyes-Robles, M. (2014). Comparación entre la prevalencia de ansiedad y depresión en las estudiantes del último año de Medicina de dos Universidades de México. *LUX MÉDICA*, 9(28), 13-21.
- Terrones, M., Ruíz, J., Rosas, A., Reyes-Robles, M., & Prieto, J. (2014). Prevalencia de depresión en estudiantes de algunas carreras del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. *LUX MÉDICA*, 9(26), 15-19.
- Tindall, L., Mikocka-Walus, A., McMillan, D., Wright, B., Hewitt, C., & Gascoyne, S. (2017). Is behavioral activation effective in the treatment of depression in young people? A systematic review and meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90, 770–796. doi:10.1111/papt.12121
- Torres-Cisneros, E., Barba-Valadez, L., & Terrones-Saldívar, M. (2013). Prevalencia de Depresión Postparto En Pacientes Del Hospital De La Mujer de Aguascalientes. *LUX MÉDICA*, 8(23), 21-27.
- Trombello, J.M., South, C., Sánchez, A., Kahalnik, F., Kennard, B.D., & Trivedi, M.H. (2020). Two Trajectories of Depressive Symptom Reduction throughout Behavioral Activation Teletherapy Among Underserved, Ethnically Diverse, Primary Care Patients: A Vital Sign Report. *Behavior Therapy*, 51, 958-971. doi: 10.1016/j.beth.2020.01.002.
- Valdés, A., Yáñez, A., & Carlos, E. (2013). Diferencias entre subgrupos de estudiantes involucrados en el *bullying*: víctimas, agresores-víctimas y agresores. *LIBERABIT*, 19(2), 215-222.
- Veytia-López, M., González-Arratia, L., Andrade-Palos, P. y Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35(1), 37-43.
- Wallis, A., Roeger, L., Milan, S., Walmsley, C., & Allison, S. (2012). Behavioral activation for the treatment of rural adolescents with depression. *The Australian Journal of Rural Health*, 20(2), 95-96. doi: 10.1111/j.1440-1584.2012.01261.x

- Watson, R., Harvey, K., Pass, L., McCabe, C., & Reynolds, S. (2020). A qualitative study exploring adolescents' experience of brief behavioural activation for depression and its impact on the symptom of anhedonia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. doi: 10.1111/papt.12307
- Weersing, V. R., Gonzalez, A., Campo, J. V., & Lucas, A. N. (2008). Brief Behavioral Therapy for Pediatric Anxiety and Depression: Piloting an Integrated Treatment Approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 126–139.
- Zeiss, A. M., Lewinsohn, P. M. y Muñoz, R. F. (1979). Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal cognitive, and pleasant events focused treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 427-439.



ANEXOS



ANEXO A
INTERVENCIÓN DE
ACTIVACIÓN
CONDUCTUAL
PARA
ADOLESCENTES

Presentación

Basado en el manual propuesto por Lejuez, Hopko y Hopko (2001), en su revisión posterior (Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters y Pagoto, 2011) y en la adaptación realizada por Pass, Brisco y Reynolds (2015) para la intervención con adolescentes, este programa de Activación Conductual está dirigido a adolescentes que presentan síntomas depresivos y tiene como objetivo aumentar el refuerzo positivo para el comportamiento no deprimido y mejorar el estado de ánimo del adolescente al aumentar las actividades gratificantes.

El programa se implementa en 10 sesiones, una inicial con una duración de 90 minutos y 9 sesiones de 60 minutos que se imparten semanalmente. Se permite el uso flexible de una o dos sesiones de padres e hijos, según sea necesario, para facilitar la implementación de la intervención. El adolescente asistirá a tres sesiones de tratamiento previo durante las cuales se realizará una evaluación y se recopilarán datos del registro de actividades.

Se sugiere su aplicación con adolescentes que cumplen con los criterios de sintomatología depresiva de leve a severa de acuerdo al Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y que se corroboran a través de una entrevista.

Al ser los adolescentes menores de edad, se solicita el consentimiento informado de los padres para que autoricen su participación en el programa.

SESIÓN 1

Objetivos de la sesión:

- Evaluar los antecedentes y las consecuencias relevantes de la situación actual del adolescente.
- Explicar qué es la depresión.
- Explicar qué es la Activación Conductual y el objetivo del tratamiento.
- Explicar la utilidad del registro de actividades y la forma de llenarlo.
- Orientar la motivación y la adherencia al tratamiento.

Participantes: terapeuta, adolescente, padres de familia

Duración: 90 minutos

Actividad 1: Entrevista semiestructurada (40 minutos)

Se realiza una entrevista semiestructurada para conocer los datos sociodemográficos y elaborar una línea del tiempo de los síntomas. Es importante conocer si existen refuerzos no intencionales de la conducta depresiva y eventos de la vida que pudieron reducir la oportunidad de refuerzo positivo para las conductas no depresivas. Además, se incluyen preguntas abiertas sobre pasatiempos, actividades sociales y otros eventos de la vida potencialmente placenteros para el adolescente.

Actividad 2: Discusión sobre la depresión (10 minutos)

Se le explica al adolescente y sus padres que el tratamiento está diseñado para ayudarlo con los síntomas depresivos que describió durante la entrevista (mencionar algunos) por los cuales es posible que haya perdido interés o dejado de disfrutar las actividades que antes le resultaban placenteras. Con la finalidad de normalizar la situación, se menciona que muchas personas pueden llegar a experimentar estos síntomas en algún momento de su vida y que las causas de la depresión pueden ser distintas para cada persona. También se comentan las posibles consecuencias personales (desmotivación, baja autoestima, problemas de concentración), sociales (aislamiento, sentimiento de soledad, problemas

interpersonales) y académicas (bajo rendimiento, deserción) que podría tener el adolescente si no se atienden estos síntomas.

Independientemente de si el adolescente identifica o no la causa de sus síntomas, debe saber que estos producen un patrón específico de comportamiento que conduce a sentimientos de soledad, tristeza, aislamiento, falta de propósito y/o desesperanza. Por lo tanto, la clave del tratamiento y el trabajo del terapeuta será ayudar al adolescente a identificar, comprender y cambiar estos patrones de comportamiento.

Actividad 3: Introducción a la Activación Conductual (10 minutos)

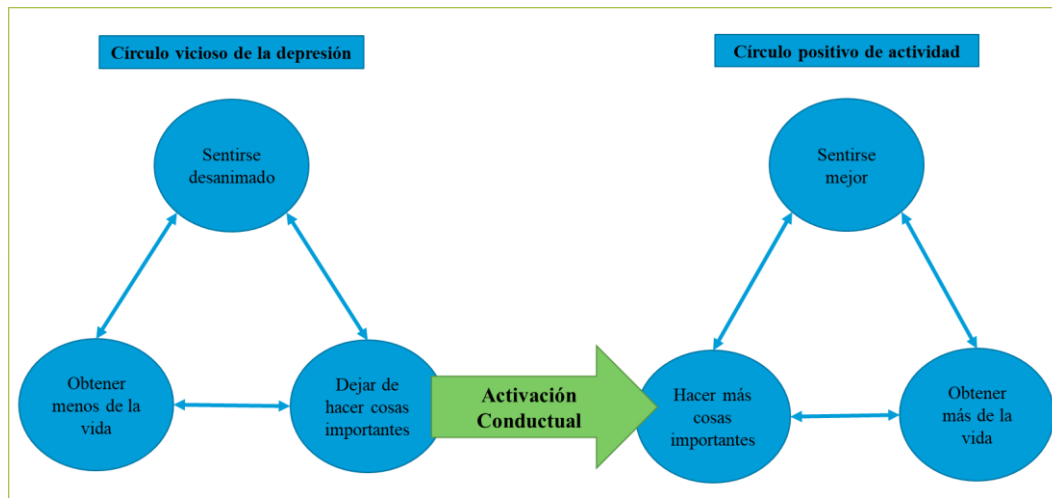
Se les brinda información breve, clara y precisa acerca del modelo de Activación Conductual, ayudando a entender la depresión en el contexto de esta conceptualización. Esta información se detallará en las sesiones siguientes con el adolescente.

Se menciona nuevamente que la clave de esta intervención es desarrollar patrones de comportamiento más saludables a partir de la realización de actividades que sean placenteras e importantes para el adolescente. Se hace la diferenciación con las actividades que puede estar realizando el adolescente pero que no son importantes o valiosas para él, por ejemplo, académicas o del hogar. El trabajo del terapeuta será ayudar al adolescente a identificar esas actividades valiosas, elegir en cuáles quiere enfocarse (conductas meta) y desarrollar un plan de comportamiento, ya que al realizarlas será más probable que tenga experiencias positivas y placenteras, lo que mejorará su estado de ánimo.

Se hace hincapié en que el cambio en el comportamiento es la manera en que el adolescente aumentará su motivación, así como los pensamientos y sentimientos positivos, al contrario de lo que hacen muchas personas deprimidas: esperar a sentirse mejor para retomar las actividades que han dejado de hacer (ver figura 1).

Figura 1

Modelo de la Activación Conductual



Nota, adaptada de Pass (2018)

Se les informa también que en algunas ocasiones el adolescente puede llegar a tener dificultades en la realización de ciertas actividades o sentir malestar. El adolescente podrá comentar con el terapeuta qué es lo que pasa, cómo lo hace sentir y cómo lo afecta en su comportamiento diario y se buscarán estrategias para solucionarlo.

Actividad 4: Introducción al Registro de Actividades (20 minutos)

Dado que el enfoque principal del tratamiento es aumentar el comportamiento saludable (no depresivo) del adolescente, es importante identificar lo que hace cada día. Para ello se utilizará el registro de actividades, el cual es una herramienta dirigida a que el adolescente se "conozca". Este registro ayudará a identificar su patrón de comportamiento y su estado de ánimo. También proporcionará una medida de su nivel de actividad actual que se podrá comparar con su nivel de actividad conforme avance el tratamiento. Además, puede ayudarle a identificar más fácilmente actividades valiosas que puede incorporar en su rutina diaria.

Se utiliza de manera flexible para recopilar tanta información como el adolescente se sienta capaz de registrar. Se le pide al adolescente que escriba sus actividades en el formato de

registro de actividades (Anexo 2) y luego las evalúe en una escala de 0 a 10 según el nivel de disfrute experimentado (D) e importancia (I) para él, así como su estado de ánimo general durante el día.

Registro de mis actividades			
Disfrute (D): 0= No lo disfruté 10= Me encantó, realmente lo disfruté			
Importancia (I): 0= No fue importante 10= Fue muy importante			
Día, fecha, hora	Actividad: qué hice, en dónde, con quién	D	I

Actividad 5: Estructura del tratamiento (10 minutos)

Antes de concluir la sesión, es importante que el adolescente y sus padres tengan claro que este es un tratamiento estructurado, lo que significa que se tendrán que seguir una serie de pasos para lograr el objetivo. Dado que la depresión es un problema que se mantiene en el tiempo no es posible superarla en una o dos sesiones. Se necesita algo de trabajo y poner en práctica las estrategias que se revisarán durante el tratamiento. Aunque el adolescente llegue a notar algunos cambios positivos en las primeras sesiones, si no continúa en el tratamiento, estos cambios no permanecerán a largo plazo.

Por este motivo, les pediremos que se comprometan a asistir a todas las sesiones programadas. Es comprensible que a veces suele haber imprevistos, pero es importante que el adolescente no falte a una sesión por sentirse deprimido, cansado o desmotivado. Acudir a la sesión, aunque tenga malestar, lo ayudará en el tratamiento y en la superación de los síntomas depresivos.

Además de la importancia de la asistencia, el adolescente debe saber que el tratamiento incluye tanto tareas que se realizan durante la sesión como tareas para hacer en casa. Realizarlas es muy importante para el progreso. Si alguna tarea le resulta difícil o complicada de realizar, se discutirá y se encontrará alguna manera más sencilla para que pueda completarla. Es importante trabajar juntos para que el tratamiento sea exitoso.

Tarea: Llenar el Registro de actividades (Anexo 2).

SESIÓN 2

Objetivos de la sesión:

- Revisar el registro de actividades
- Repasar el objetivo de la Activación Conductual.

Participantes: terapeuta, adolescente

Duración: 50 minutos

Actividad 1: Revisar el registro de actividades (20 minutos)

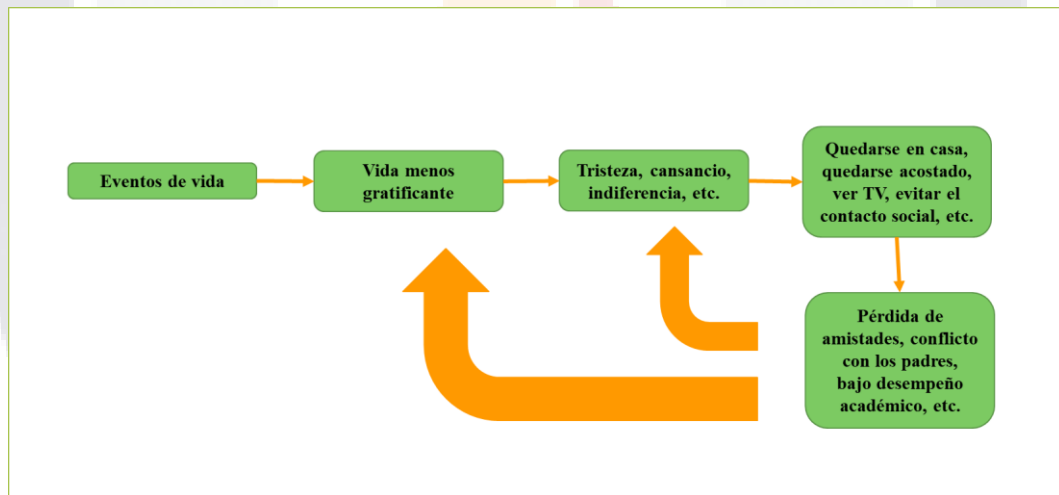
Al inicio de cada sesión se revisará el registro de las actividades que realizó el adolescente durante la semana, así como los puntajes que les otorgó en disfrute e importancia, y el impacto de las actividades en su estado de ánimo. Se discute su nivel de actividad y la frecuencia con la que realiza actividades agradables e importantes. Se le pide que por el momento no intente cambiar nada y sólo preste atención a cómo es su día a día, lo que hace y si esas actividades lo hacen sentirse mejor o peor.

1.1 Solución de problemas: Se le pregunta si tuvo alguna dificultad en el registro de actividades. En caso de que el adolescente no haya llenado el registro, se debe identificar el motivo por el cual no lo hizo. Si menciona que no le parece útil registrar sus actividades o que puede recordarlas aun sin haberlas anotado, le recordamos que tanto para él como para el terapeuta será más fácil identificar los patrones de comportamiento depresivo si completa sus registros. Si la razón es que le pareció una tarea muy difícil o de mucho trabajo, se pueden plantear opciones para que le sea más fácil realizarla, por ejemplo, hacer el registro al final del día, empezar a registrar 2 o 3 días de la semana e ir aumentando gradualmente, etc. Se destinarán unos minutos de la sesión para hacer un registro de lo que recuerde de los 2 últimos días, recalcando la importancia que tiene que cumpla la actividad para el tratamiento.

Actividad 2: Repaso de la Activación Conductual (15 minutos)

Se le recuerda al adolescente que, desde la conceptualización de la Activación Conductual, él puede regular su estado de ánimo con la actividad. Que al estar deprimido es posible que se haya desvinculado de sus rutinas y se haya retirado de su entorno, perdiendo oportunidades para ser reforzado positivamente a través de experiencias placenteras. La activación conductual busca aumentar la realización de actividades valiosas, ayudándolo a ser más activo y mejorar el contexto de su vida.

Se pueden utilizar ejemplos de las actividades que ha registrado el adolescente para que identifique más fácilmente la relación entre sus actividades y su estado de ánimo. Se enfatiza la interconexión de pensamientos, sentimientos y comportamientos, y que, si el adolescente cambia su comportamiento, probablemente cambiaría lo demás.



Actividad 3: Aplicación de instrumentos (15 minutos)

Se le pide al adolescente contestar el BADS.

Tarea: Llenar el Registro de actividades.

SESIÓN 3

Objetivos de la sesión:

- Revisar el registro de actividades
- Explicar qué son los valores

Participantes: terapeuta, adolescente

Duración: 50 minutos

Actividad 1: Revisar el registro de actividades (20 minutos)

Se revisa el registro de las actividades que realizó el adolescente durante la semana, así como los puntajes que les otorgó en disfrute e importancia, y el impacto de las actividades en su estado de ánimo. Se discute su nivel de actividad y la frecuencia con la que realiza actividades agradables e importantes con algunas preguntas: ¿cómo describirías tus actividades?, ¿con qué frecuencia haces actividades divertidas e importantes? Se le pide que por el momento no intente cambiar nada y sólo preste atención a cómo es su día a día, lo que hace y si esas actividades lo hacen sentirse mejor o peor.

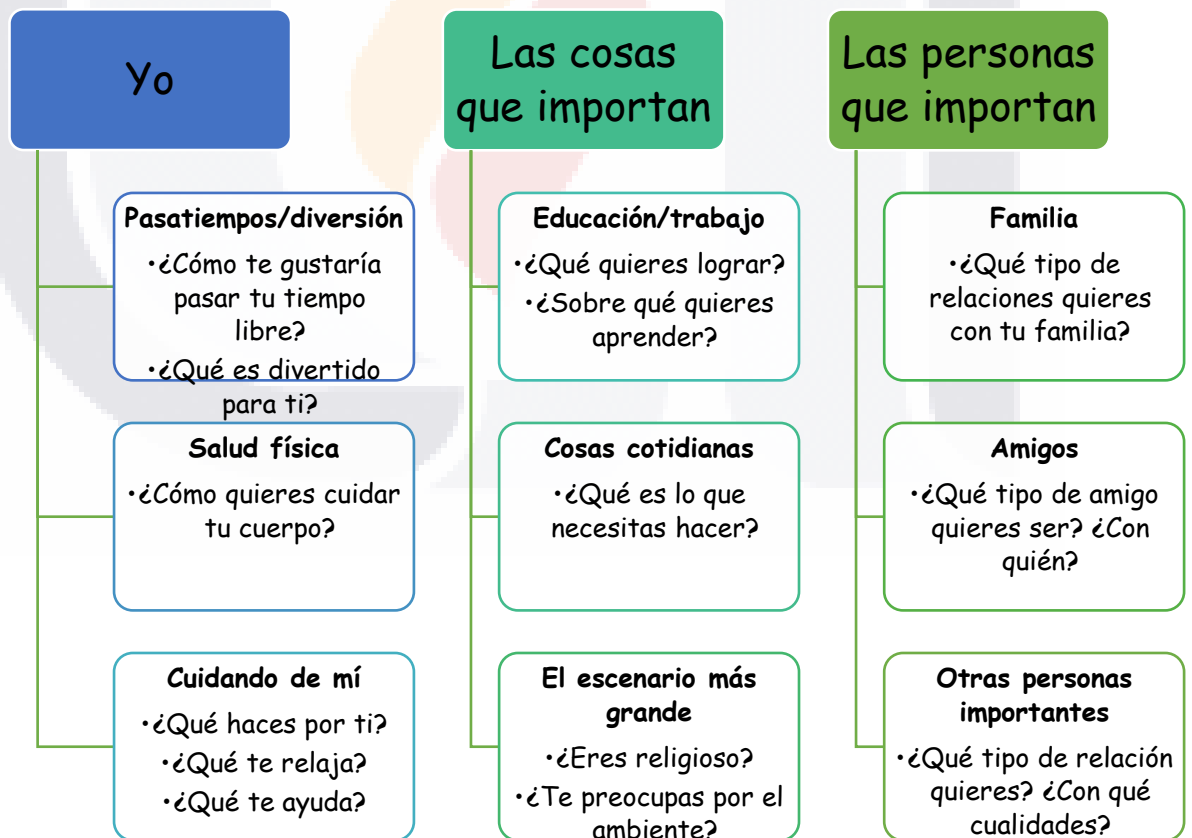
1.1 Solución de problemas: Se le pregunta si tuvo alguna dificultad en el registro de actividades. En caso de que el adolescente no haya llenado el registro, se debe identificar el motivo por el cual no lo hizo y discutir alguna estrategia que le ayude a cumplir la tarea. Se destinarán unos minutos de la sesión para hacer un registro de lo que recuerde de los 2 últimos días, recalando la importancia que tiene que cumpla la actividad para el tratamiento.

Actividad 2: Introducción a los Valores (15 minutos)

Una parte muy importante del tratamiento es la presentación del tema de los valores como una forma de permitir que el adolescente centre su comportamiento en las cosas que más le importan, esto le ayudará a elegir las conductas meta del tratamiento.

Los valores se describen al adolescente como "lo que te importa" y "la forma en que quieres vivir tu vida". Los valores identificados se utilizan a lo largo de la intervención para ayudar a seleccionar conductas vinculadas a esos valores, que por lo tanto es más probable que refuercen al adolescente. La vinculación de las actividades con los valores también aumenta la probabilidad de que el adolescente se involucre en comportamientos que no son gratificantes de inmediato, pero que se ven reforzados por consecuencias valiosas a largo plazo.

“Los valores son cómo te gustaría abordar cada área de la vida y lo que realmente te importa. Se pueden considerar como la forma en que querrías que otras personas te describieran. Te dan un sentido de propósito y significado. Son un poco como una brújula: te muestran la dirección en la que quieres ir, en lugar del destino. Nadie más puede decirte cuáles son tus valores o cuáles deberían ser, son personales para ti”.



Tarea: Llenar el Registro de valores (Anexo 5) y el Registro de actividades.

SESIÓN 4

Objetivos de la sesión:

- Revisar el registro de actividades
- Revisar el registro de valores

Participantes: terapeuta, adolescente

Duración: 50 minutos

Actividad 1: Revisar el registro de actividades (5 minutos)

Se revisa el registro de las actividades que realizó el adolescente durante la semana, así como los puntajes que les otorgó en disfrute e importancia, y el impacto de las actividades en su estado de ánimo. Se discute su nivel de actividad y la frecuencia con la que realiza actividades agradables e importantes con algunas preguntas: ¿cómo describirías tus actividades?, ¿con qué frecuencia haces actividades divertidas e importantes?

Actividad 2: Revisar el registro de valores (15 minutos)

Se revisa el registro y se exploran los valores del adolescente a través de las tres áreas: "yo" "cosas que importan" y "personas que importan".

2.1 Solución de problemas: Se le pregunta si tuvo alguna dificultad en el registro de valores. En caso de que el adolescente no haya llenado el registro, se debe identificar el motivo por el cual no lo hizo y discutir alguna estrategia que le ayude a cumplir la tarea. Se destinarán unos minutos de la sesión para ayudar al adolescente a identificar valores.

Tarea: Llenar el Registro de actividades.

SESIÓN 5

Objetivos de la sesión:

- Revisar el registro de actividades
- Establecer conductas meta.
- Planear actividades para completar una conducta meta

Participantes: terapeuta, adolescente

Duración: 50 minutos

Actividad 1: Revisar el registro de actividades (10 minutos)

Se revisa el registro de las actividades que realizó el adolescente durante la semana, así como los puntajes que les otorgó en disfrute e importancia, y el impacto de las actividades en su estado de ánimo. Se discute su nivel de actividad y la frecuencia con la que realiza actividades agradables e importantes.

En este punto, el adolescente puede ya identificar si hay ciertas áreas de la vida en las que tiene muy pocas actividades importantes y/o placenteras. Este tipo de información ayudará con la selección y planificación de actividades. También es posible que cada vez le sea más fácil registrar sus actividades. Si no es así, o si se está volviendo más difícil, se pueden idear algunas estrategias para que sea una tarea más fácil.

Actividad 2: Retomar el registro de valores y planear actividades para completar una conducta meta (25 minutos)

Ya que el adolescente tiene claro cuáles son sus áreas de vida más importantes y las conductas que quiere realizar en cada una de ellas, se discute con él cómo abordar los valores que registró a través de actividades y se hace una planeación para que las lleve a cabo. Esta planeación es clave para el tratamiento. Al seleccionar actividades, es importante recordar que la actividad debe tener dos características específicas: deben ser observables por otros y medibles. La actividad también debe poder dividirse en actividades más pequeñas, ya que de esta manera será más fácil para el adolescente realizarla.

A partir de estas características, se elige junto con el adolescente una conducta meta que considere de poca dificultad y se elaborará un plan para llevarla a cabo (Anexo 6). También utilizará el formato de Registro de actividades para señalar en qué día y horario planea realizar cada actividad.

Área de vida:			
Valor:		Disfrute (0-10)	Importancia (0-10)
Actividad 1			
Actividad 2			
Actividad 3			

Tarea: Realizar las actividades planeadas y continuar con el registro de actividades.

SESIÓN 6

Objetivos de la sesión:

- Revisar el registro de actividades
- Planear actividades para completar una conducta meta

Participantes: terapeuta, adolescente

Duración: 50 minutos

Actividad 1: Revisar el registro de actividades (20 minutos)

Se revisa el registro de las actividades, enfocándose en las actividades planeadas que realizó el adolescente durante la semana, así como los puntajes que les otorgó en disfrute e importancia, y el impacto de las actividades en su estado de ánimo.

Se le pregunta al adolescente si tuvo alguna dificultad para llevarlas a cabo. Si el adolescente tuvo problemas para realizarlas, se comentarán para idear soluciones o encontrar actividades alternativas relevantes que sean más fáciles de realizar.

Actividad 2: Revisar valores y planificar nuevas actividades (15 minutos)

Se elegirán junto con el adolescente tres conductas meta en diferentes áreas que considere de poca dificultad y se elaborará un plan de actividades para cada una de ellas. Se le pide al adolescente que señale en el registro de actividades en qué día y horario planea realizar cada actividad. También puede llevar a cabo actividades basadas en valores que no había enlistado, si estas surgen espontáneamente, y luego agregarlas a la lista.

Tarea: Completar las actividades de tres conductas meta y continuar con el registro de actividades.

SESIÓN 7

Objetivos de la sesión:

- Revisar actividades planeadas.
- Identificar nuevas conductas meta.
- Planificar actividades.
- Comentar integración de los padres a la sesión.

Participantes: terapeuta, adolescente

Duración: 50 minutos

Actividad 1: Revisar las actividades planeadas (10 minutos)

Durante las sesiones restantes se revisará con el adolescente si realizó las actividades que se planearon y si tuvo alguna dificultad para llevarlas a cabo. Si el adolescente tuvo problemas para realizar alguna, se comentarán para idear soluciones o encontrar actividades alternativas relevantes.

Actividad 2: Revisar valores y conductas meta (10 minutos)

Se revisan las actividades que el adolescente ha realizado desde la última sesión, las que desea realizar y la ayuda que necesita para realizarlas. Las actividades pueden cambiar o agregarse nuevas según las circunstancias y experiencias del adolescente.

Actividad 3: Planificar actividades (15 minutos)

Nuevamente se eligen junto con el adolescente tres actividades valiosas en diferentes áreas que quiera realizar y se elabora un plan para llevarlas a cabo.

Actividad 4: Comentar sesión con padres de familia (15 minutos)

Antes de concluir, se le informa al adolescente que se invitará a sus padres a la siguiente sesión para platicar acerca del progreso que ha presentado durante el tratamiento y conocer la opinión de los padres acerca del cambio en sus conductas. Respetando la

confidencialidad del adolescente, se le da la oportunidad de decidir qué información sí quiere compartir con sus padres.

Tarea: Completar actividades planeadas y continuar con el registro de actividades.



SESIÓN 8

Objetivos de la sesión:

- Comentar el progreso del adolescente.
- Revisar actividades planeadas.
- Identificar nuevas conductas meta.
- Planificar actividades.

Participantes: terapeuta, adolescente, padres de familia

Duración: 50 minutos

Actividad 1: Comentar progreso con los padres de familia (15 minutos)

Se les preguntará a los padres de familia acerca de las actividades que ha realizado el adolescente y los cambios que hayan observado.

La participación de los padres se usa para manejar las diferencias de opinión sobre las conductas meta y para acordar formas en que los padres pueden ayudar al adolescente a participar en las actividades planeadas. Se utilizan dos técnicas específicas: resolución de problemas y contratación. La resolución de problemas se puede utilizar para identificar posibles soluciones a los desacuerdos o conflictos entre el adolescente y los padres, así como considerar cómo incorporar actividades basadas en el valor en actividades obligatorias que no son valoradas por el adolescente. Los contratos se utilizan para establecer acuerdos entre el adolescente y los padres (por ejemplo, el padre proporciona transporte a la casa de un amigo, que podría acordarse con la condición de que las tareas domésticas se completen primero).

Actividad 2: Revisar las actividades planeadas (20 minutos)

Se revisa con el adolescente si realizó las actividades que se planearon y si tuvo alguna dificultad para llevarlas a cabo. Si el adolescente tuvo problemas para realizar alguna, se comentarán para idear soluciones o encontrar actividades alternativas relevantes. Se

identifican las actividades que el adolescente realiza actualmente, las que desea realizar y la ayuda que necesita para realizarlas.

Actividad 3: Planificar actividades (15 minutos)

Nuevamente se eligen junto con el adolescente tres actividades valiosas en diferentes áreas que quiera realizar y se elabora un plan para llevarlas a cabo.

Tarea: Completar actividades planeadas y continuar con el registro de actividades.



SESIÓN 9

Objetivos de la sesión:

- Revisar el progreso del adolescente.
- Explicar cambios desde la Activación Conductual
- Planificar actividades.

Participantes: terapeuta, adolescente

Duración: 50 minutos

Actividad 1: Revisar progreso con el adolescente (20 minutos)

Se revisan con el adolescente los formatos de registro y planificación de actividades de todas las sesiones. Se discute con él cuántas de las actividades planificadas logró realizar y se le pregunta: ¿qué tan fáciles o difíciles fueron? ¿Cómo se sintió al haber realizado esas actividades? ¿Le gustaría continuar esas actividades o seleccionar diferentes para las próximas semanas? ¿Se siente mejor cuando está más activo? Si es así, está teniendo un buen progreso.

Actividad 2: Ciclo de Activación Conductual (15 minutos)

Retomando la perspectiva de la Activación Conductual se le presentan al adolescente los cambios en su conducta y las consecuencias que han tenido en los síntomas depresivos.

Actividad 3: Planificar actividades (15 minutos)

Nuevamente se eligen junto con el adolescente tres actividades valiosas en diferentes áreas que quiera realizar y se elabora un plan para llevarlas a cabo.

Tarea: Completar actividades planeadas y continuar con el registro de actividades.

SESIÓN 10

Objetivos de la sesión:

- Revisar el progreso del adolescente con los padres de familia
- Prevenir recaídas.

Participantes: terapeuta, adolescente, padres de familia

Duración: 50 minutos

Actividad 1: Revisar progreso con el adolescente y los padres de familia (20 minutos)

Se comenta con los padres el progreso que tuvo el adolescente durante el tratamiento. Se debe reconocer el trabajo que realizó el adolescente y los logros que obtuvo, enfatizando las conductas que se modificaron.

Actividad 2: Prevenir recaídas (15 minutos)

Es importante que el adolescente identifique las diferencias entre su patrón de comportamiento al inicio y al final del tratamiento, y cuál es el patrón que debe seguir para mantener los cambios logrados ya que existe la posibilidad de que nuevamente se presenten síntomas depresivos si deja de realizar las conductas que le resultan valiosas (reforzantes). Las habilidades que aprendió durante el tratamiento pueden ayudarlo a sentirse mejor y vivir más saludable cuando comience a sentirse deprimido nuevamente. Se le recomienda que siga usando los formatos para monitorear y planificar, especialmente en las próximas semanas.

Actividad 3: Aplicación de instrumentos (15 minutos)

Se le pide al adolescente contestar el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), el CES-D-R y el BADS.

Tarea: Seguir planificando actividades.

Anexo B Formato de Registro de Actividades

Registro de mis actividades			
Disfrute: 0= No lo disfruté 10= Me encantó, realmente lo disfruté			
Importancia: 0= No fue importante 10= Fue muy importante			
Día, fecha, hora	Actividad: qué hice, en dónde, con quién	Disfrute	Importancia

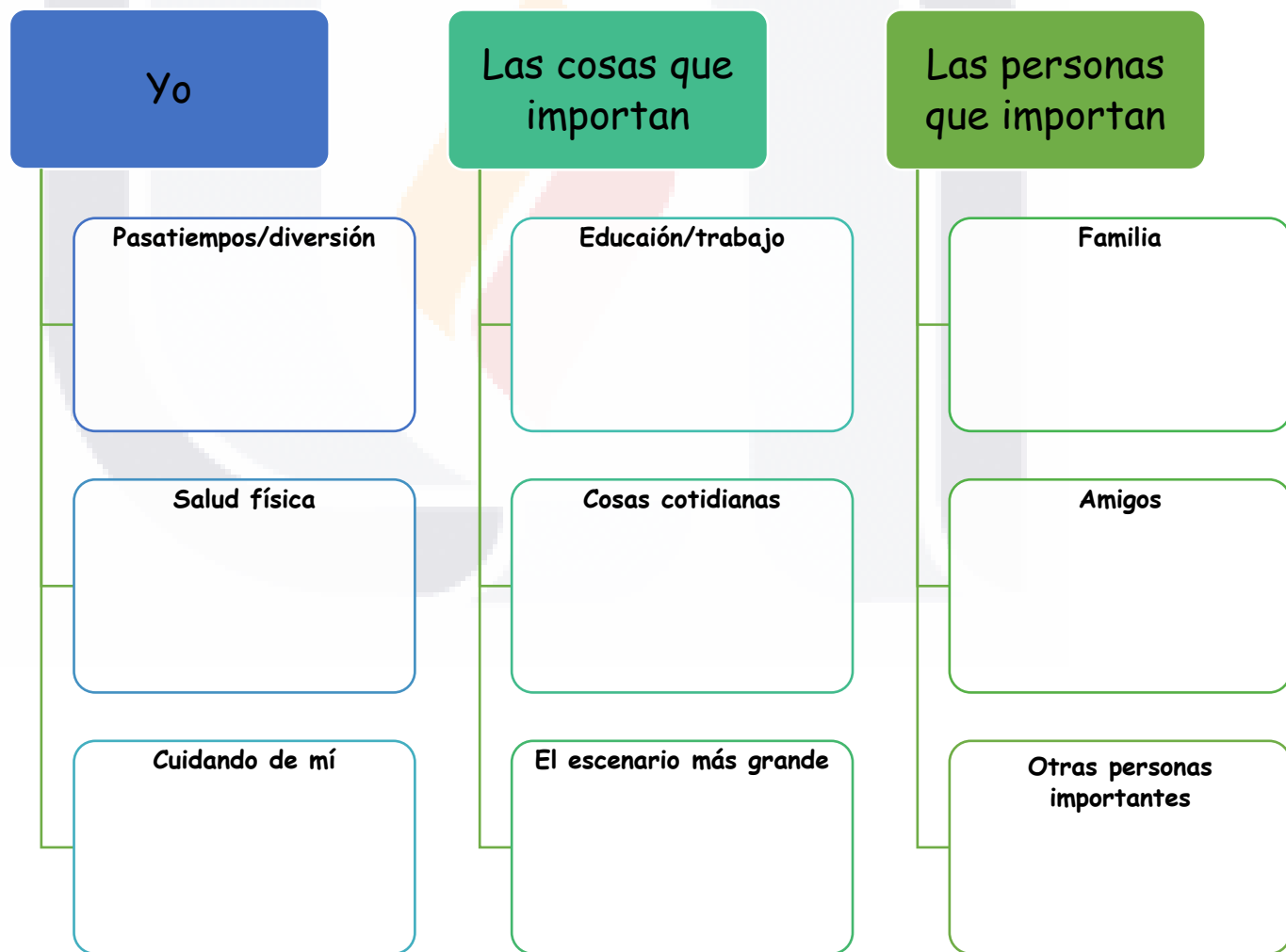
Anexo C Valores en tus áreas de vida

Los valores son cómo te gustaría abordar cada área de la vida y lo que realmente te importa.

Los valores se pueden considerar como la forma en que querrías que otras personas te describieran.

Los valores te dan un sentido de propósito y significado. Son un poco como una brújula: te muestran la dirección en la que quieres ir, en lugar del destino.

Nadie más puede decirte cuáles son tus valores o cuáles deberían ser, son personales para ti.



Anexo D Áreas de vida y actividades valiosas

Área de vida: YO (pasatiempos/diversión, salud física, cuidando de mí)			
Valor:		Disfrute (0-10)	Importancia (0-10)
Actividad 1			
Actividad 2			
Actividad 3			

Área de vida: Las cosas que importan (educación/trabajo, cosas cotidianas, el escenario más grande)			
Valor:		Disfrute (0-10)	Importancia (0-10)
Actividad 1			
Actividad 2			
Actividad 3			

Área de vida: Las personas que importan (familia, amigos, otras personas importantes)			
Valor:		Disfrute (0-10)	Importancia (0-10)
Actividad 1			
Actividad 2			
Actividad 3			

Anexo E Inventario de Depresión de Beck

BDI-II¹

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Ocupación: _____ Educación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Estoy triste todo el tiempo. 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desalentado respecto de mi futuro. 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2 No espero que las cosas funcionen para mí. 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p> <p>3. Fracaso</p> <p>0 No me siento como un fracasado. 1 He fracasado más de lo que hubiera debido. 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar. 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento particularmente culpable. 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado. 1 Siento que tal vez pueda ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Disconformidad con Uno Mismo</p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1 He perdido la confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusto a mí mismo.</p> <p>8. Autocrítica</p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual. 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo. 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores. 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme. 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría. 2 Querría matarme. 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier pequeñez. 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>
--	---

Título original: *Beck Depression Inventory* (Second edition)
 Traducido y adaptado con permiso.
 © 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.
 © de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.
 Todos los derechos reservados.

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de Interés</p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3 Me es difícil interesarme por algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Desvalorización</p> <p>0 No siento que yo no sea valioso.</p> <p>1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3 Siento que no valgo nada.</p> <p>15. Pérdida de Energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <hr/> <p>1a Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p>18. Cambios en el Apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a No tengo en apetito en absoluto.</p> <p>3b Quiero comer todo el tiempo.</p> <p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
---	---

_____ Subtotal Página 2

_____ Subtotal Página 1

_____ Puntaje total

Anexo F Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS)

Versión española validada en población mexicana por Sánchez-Angulo, Barraca, Mora y Reyes-Ortega (2018). Esta escala consta de 25 ítems, que miden 4 dimensiones. La primera es la activación, que se refiere a la actividad enfocada, dirigida a un objetivo y la finalización de las actividades programadas. La segunda es la evitación/rumiación y representa la evitación de estados negativos aversivos y de la rumiación en lugar de la solución activa de los problemas. El tercer factor se denomina deterioro laboral/formativo y describe las consecuencias de la inactividad y la pasividad en el trabajo y las responsabilidades escolares. Por último, el deterioro social, que se refiere a las consecuencias sociales y aislamiento social.

Por favor, lea con atención cada frase y rodee con un círculo el número que mejor refleje su situación *durante la pasada semana, incluyendo el día de hoy.*

	En absoluto				Completamente cierto			
	0	1	2	3	4	5	6	
1. Me quedé en la cama demasiado tiempo, aunque sabía que tenía cosas pendientes	0	1	2	3	4	5	6	
2. Había ciertas cosas que tenía que hacer y que no hice	0	1	2	3	4	5	6	
3. Estoy contento por el tipo y la cantidad de cosas que hice	0	1	2	3	4	5	6	
4. Me comprometí con una serie de actividades amplia y variada	0	1	2	3	4	5	6	
5. Acerté en mis decisiones sobre el tipo de actividades y situaciones en las que me metí	0	1	2	3	4	5	6	
6. No paré, pero no cumplí con ninguna de las metas que me había puesto para cada día	0	1	2	3	4	5	6	
7. Me moví y cumplí las metas que me había fijado	0	1	2	3	4	5	6	
8. La mayor parte de lo que hice fue para escaparme o evitar lo que me fastidiaba	0	1	2	3	4	5	6	
9. Hice cosas para evitar la tristeza y otras emociones dolorosas	0	1	2	3	4	5	6	

10. Traté de no pensar en ciertas cosas	0	1	2	3	4	5	6
11. Hice cosas incluso a pesar de lo que costaba hacerlas porque tenían que ver con mis objetivos a largo plazo	0	1	2	3	4	5	6
12. Llevé a cabo una tarea ardua pero que merecía la pena	0	1	2	3	4	5	6
13. Perdí mucho tiempo dando vueltas a mis problemas	0	1	2	3	4	5	6
14. Pasé tiempo tratando de encontrar algún modo de resolver cierto problema, pero no llegué a poner en práctica ninguna de las posibles soluciones	0	1	2	3	4	5	6
15. Con frecuencia perdí tiempo pensando en mi pasado, en gente que me había herido, en errores que había cometido, y en lo malo de mi vida	0	1	2	3	4	5	6
16. No vi a ninguno de mis amigos	0	1	2	3	4	5	6
17. Estuve encerrado en mí mismo y callado, incluso entre gente a la que conozco bien	0	1	2	3	4	5	6
18. No estuve nada sociable, a pesar de las oportunidades que tuve	0	1	2	3	4	5	6
19. Ahuyenté a la gente con mi negatividad	0	1	2	3	4	5	6
20. Hice cosas para aislarme del resto de la gente	0	1	2	3	4	5	6
21. Robé tiempo a las clases/al trabajo sencillamente porque estaba muy cansado o no me sentía con ganas de ir	0	1	2	3	4	5	6
22. Mi trabajo/deberes/obligaciones/responsabilidades se resintieron porque me faltó la energía que necesitaba	0	1	2	3	4	5	6
23. Organicé mis actividades diarias	0	1	2	3	4	5	6
24. Me ocupé sólo de actividades que me distrajeran lo bastante como para no sentirme mal	0	1	2	3	4	5	6
25. Me empecé a encontrar mal cuando otros de alrededor hablaron de sentimientos y experiencias negativos	0	1	2	3	4	5	6

Anexo G Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos

CES-D-R35

(González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira & Wagner, 2008)

A continuación hay una lista de emociones y situaciones que probablemente hayas sentido o tenido. Por favor escribe durante cuántos días en la semana pasada te sentiste así, o si te ocurrió casi diario en las últimas dos semanas

Durante cuántos días...	En la semana pasada				Últimas dos semanas
	Escasamente	Algo	Ocasionalmente	La mayoría	Casi diario
	(0 a 1 día)	(1 a 2 días)	(3 a 4 días)	(5 a 7 días)	(10 a 14 días)
1. Tenía poco apetito	0	1	2	3	4
2. No podía quitarme la tristeza	0	1	2	3	4
3. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo	0	1	2	3	4
4. Me sentía deprimido(a)	0	1	2	3	4
5. Dormía sin descansar	0	1	2	3	4
6. Me sentía triste	0	1	2	3	4
7. No podía seguir adelante	0	1	2	3	4
8. Nada me hacía feliz	0	1	2	3	4
9. Sentía que era una mala persona	0	1	2	3	4
10. Había perdido interés en mis actividades diarias	0	1	2	3	4
11. Dormía más de lo habitual	0	1	2	3	4
12. Sentía que me movía muy lento	0	1	2	3	4
13. Me sentía agitado(a)	0	1	2	3	4
14. Sentía deseos de estar muerto(a)	0	1	2	3	4
15. Quería hacerme daño	0	1	2	3	4
16. Me sentía cansado(a) todo el tiempo	0	1	2	3	4
17. Estaba a disgusto conmigo mismo(a)	0	1	2	3	4
18. Perdí peso sin intentarlo	0	1	2	3	4
19. Me costaba mucho trabajo dormir	0	1	2	3	4
20. Era difícil concentrarme en las cosas importantes	0	1	2	3	4
21. Me molesté por cosas que usualmente no me molestan	0	1	2	3	4
22. Sentía que era tan bueno(a) como otra gente	0	1	2	3	4
23. Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo	0	1	2	3	4
24. Me sentía esperanzado(a) hacia el futuro	0	1	2	3	4
25. Pensé que mi vida ha sido un fracaso	0	1	2	3	4
26. Me sentía temeroso(a)	0	1	2	3	4
27. Me sentía feliz	0	1	2	3	4
28. Hablé menos de lo usual	0	1	2	3	4

29. Me sentía solo(a)	0	1	2	3	4
30. Las personas eran poco amigables	0	1	2	3	4
31. Disfruté de la vida	0	1	2	3	4
32. Tenía ataques de llanto	0	1	2	3	4
33. Me divertí mucho	0	1	2	3	4
34. Sentía que iba a darme por vencido(a)	0	1	2	3	4
35. Sentía que le desagradaba a la gente	0	1	2	3	4

