



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES VARONES EN RIESGO
SOCIAL CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 15 Y 17 AÑOS DE LA
ESCUELA VOCACIONAL DE CHAPALA.

PSICOLOGÍA

ANA ISABEL QUINTERO POLANCO

Tesis presentada a la Facultad de
Psicología como uno de los requisitos
para obtener el grado de Magister en
Psicología Clínica.

PANAMÁ, 2020

DEDICATORIA

A mi madre, Marta, por ser mi inspiración para alcanzar mis objetivos. Por inculcarme el cariño a la lectura, la enseñanza y el aprendizaje. Las huellas de su bondad y su amor incondicional perdurarán por siempre.

A mi padre, Samuel, por ser mi mejor ejemplo de valentía, sacrificio y perseverancia. Por su esmero constante e inagotable para proveernos una vida digna. Le estaré eternamente agradecida.

Los amo,

Ana Isabel Quintero Polanco.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, Marta y Samuel, por su amor y entrega. Por inculcarme el valor de la educación y brindarme su apoyo incondicional en todo momento. Los admiro por su calidad de seres humanos y por transmitirme valores esenciales como la sinceridad, la humildad, la honradez y el compromiso. Son el faro que ilumina en todo momento mis acciones.

A mis hermanos, Paola, Michelle y Samuel, por compartir conmigo las alegrías y tristezas, y por contar con su apoyo en los momentos en que lo he necesitado.

A mi asesor, el profesor Fabio Bethancourt, ha sido un honor contar con su apoyo para la concretización de esta meta. Admiro su pasión por la psicología y la calidez con la que transmite sus enseñanzas.

Ana Isabel Quintero Polanco.

TABLA DE CONTENIDO

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	4
1.1 Adolescentes en riesgo social	5
1.2 Depresión	11
1.2.1 Modelos explicativos de la depresión	11
1.2.2 Depresión en la Infancia y Adolescencia	16
1.2.3 Suicidio en la Infancia y Adolescencia	26
1.3 Terapia Cognitivo Conductual	30
1.3.1 Concepto	30
1.3.2 Surgimiento histórico de la Terapia Cognitivo Conductual	30
1.3.2.1 Generalidades	30
1.3.2.2 Primera Generación - El surgimiento de la terapia de conducta	32
1.3.2.3 Segunda Generación - El aspecto cognitivo en la terapia de conducta	33
1.3.3 Clasificación de las Terapias Cognitivas	35
1.3.4 Características de la Terapia Cognitivo Conductual	36
1.3.5 Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento en adolescentes	37
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	41

2.1 Planteamiento del problema	42
2.2 Objetivos de la investigación	44
2.2.1 Objetivo general	44
2.2.2 Objetivos específicos	44
2.3 Hipótesis de Investigación	45
2.3.1 Hipótesis Conceptual	45
2.3.2 Hipótesis Experimental	45
2.3.3 Hipótesis Estadísticas	45
2.4 Variables de Investigación	47
2.4.1 Variable independiente	47
2.4.1.1 Definición conceptual de la variable independiente	48
2.4.1.2 Definición operacional de la variable independiente	48
2.4.2 Variable dependiente	48
2.4.2.1 Definición conceptual de la variable dependiente	48
2.4.2.2 Definición operacional de la variable dependiente	49
2.5 Tipo de investigación	49
2.5.1 Tipo de estudio	49
2.5.2 Diseño de Investigación	50
2.6 Población y muestra	50
2.6.1 Población	50
2.6.2 Muestra	50
2.7 Instrumentos de medición	51
2.7.1 Inventario de Depresión de Beck	51

2.7.2 Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)	54
2.8 Procedimiento	56
2.8.1 Estructura del Tratamiento	58
2.9 Análisis estadístico	64
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	68
3.1 Resultados en el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)	70
3.2 Resultados del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)	82
3.3 Análisis Inferencial	94
3.3.1 Resultados de la Prueba Pre-Test y Post-Test del Inventario de Depresión de Beck	94
3.3.2 Resultados de la Prueba Pre-Test y Post-Test del Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)	97
3.4 Discusión	116
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	118
4.1 Conclusiones	119
4.2 Recomendaciones	122
BIBLIOGRAFIA	125
ANEXOS	132

ÍNDICE DE TABLAS

		Páginas
Tabla N° 1	Puntuación en el BDI-II aplicado en las diez sesiones al sujeto 1	70
Tabla N° 2	Puntuación en el BDI-II aplicado en las diez sesiones al sujeto 2	72
Tabla N° 3	Puntuación en el BDI-II aplicado en las diez sesiones al sujeto 3	74
Tabla N° 4	Puntuación en el BDI-II aplicado en en las diez sesiones al sujeto 4	76
Tabla N° 5	Puntuación en el BDI-II aplicado en las diez sesiones al sujeto 5	78
Tabla N° 6	Puntuación en el BDI-II aplicado en las diez sesiones al sujeto 6	80
Tabla N° 7	Puntuación en pretest y postest del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	82
Tabla N° 8	Puntuación en la escala de ansiedad del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	84
Tabla N° 9	Puntuación en la escala de inutilidad del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	86
Tabla N° 10	Puntuación en la escala de irritabilidad del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	88
Tabla N° 11	Puntuación en la escala de problemas del pensamiento del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	90
Tabla N° 12	Puntuación en la escala de síntomas psicofisiológico del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	92
Tabla N° 13	Puntuación Rangos de la prueba pretest y postest del BDI-II aplicado a los seis sujetos de la muestra	95
Tabla N° 14	Estadístico de contraste Wilcoxon de la prueba pretest y postest del BDI-II aplicado a los seis sujetos de la muestra	95
Tabla N° 15	La <i>d</i> de Cohen como tamaño de efecto en el pretest y postest del BDI-II	96
Tabla N° 16	Puntuación Rangos de la prueba pretest y postest en la escala de depresion del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	98
Tabla N° 17	Estadístico de contraste Wilcoxon de la prueba pretest y postest de la escala de depresion del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	98
Tabla N° 18	La <i>d</i> de Cohen como tamaño de efecto en el pretest y postest en la escala de depresion del CECAD	99

Tabla N° 19	Puntuación Rangos de la prueba pretest y postest de la escala de ansiedad del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	101
Tabla N° 20	Estadístico de contraste Wilcoxon de la prueba pretest y postest de la escala de ansiedad del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	101
Tabla N° 21	La d de Cohen como tamaño de efecto en el pretest y postest en la escala de ansiedad del CECAD	102
Tabla N° 22	Puntuación Rangos de la prueba pretest y postest de la escala de inutilidad del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	104
Tabla N° 23	Estadístico de contraste Wilcoxon de la prueba pretest y postest de la escala de inutilidad del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	104
Tabla N° 24	La d de Cohen como tamaño de efecto en el pretest y postest en la escala de inutilidad del CECAD	105
Tabla N° 25	Puntuación Rangos de la prueba pretest y postest de la escala de irritabilidad del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	107
Tabla N° 26	Estadístico de contraste Wilcoxon de la prueba pretest y postest de la escala de irritabilidad del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	107
Tabla N° 27	La d de Cohen como tamaño de efecto en el pretest y postest en la escala de irritabilidad del CECAD	108
Tabla N° 28	Puntuación Rangos de la prueba pretest y postest de la escala de problemas de pensamiento del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	110
Tabla N° 29	Estadístico de contraste Wilcoxon de la prueba pretest y postest de la escala de problemas de pensamiento del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	110
Tabla N° 30	La d de Cohen como tamaño de efecto en el pretest y postest en la escala de problemas de pensamiento del CECAD	111
Tabla N° 31	Puntuación Rangos de la prueba pretest y postest de la escala de síntomas fisiológicos del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	113
Tabla N° 32	Estadístico de contraste Wilcoxon de la prueba pretest y postest de la escala de síntomas fisiológicos del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	113
Tabla N° 33	La d de Cohen como tamaño de efecto en el pretest y postest en la escala de síntomas fisiológicos del CECAD	114

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Páginas
Gráfico N° 1	Puntuación en el BDI-II aplicado en las diez sesiones al sujeto 1	71
Gráfico N° 2	Puntuación en el BDI-II aplicado en las diez sesiones al sujeto 2	73
Gráfico N° 3	Puntuación en el BDI-II aplicado en las diez sesiones al sujeto 3	75
Gráfico N° 4	Puntuación en el BDI-II aplicado en las diez sesiones al sujeto 4	77
Gráfico N° 5	Puntuación en el BDI-II aplicado en las diez sesiones al sujeto 5	79
Gráfico N° 6	Puntuación en el BDI-II aplicado en las diez sesiones al sujeto 6	81
Gráfico N° 7	Puntuación en pretest y postest del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	83
Gráfico N° 8	Puntuación en la escala de ansiedad del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	85
Gráfico N° 9	Puntuación en la escala de inutilidad del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	87
Gráfico N° 10	Puntuación en la escala de irritabilidad del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	89
Gráfico N° 11	Puntuación en la escala de problemas del pensamiento del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	91
Gráfico N° 12	Puntuación en la escala de síntomas psicofisiológico del CECAD aplicado a los seis sujetos de la muestra	93

RESUMEN

La investigación realizada consiste en un estudio con diseño cuasi experimental, aplicado a seis adolescentes de nivel secundario con edades comprendidas entre los 15 y 17 años. El objetivo principal del estudio es demostrar si la aplicación de una terapia cognitivo conductual grupal disminuye la sintomatología depresiva en los seis adolescentes participantes. La población consiste en 15 estudiantes referidos por la psicóloga del centro, a quienes se les aplica el Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), para registrar sus niveles de sintomatología depresiva, siendo seleccionados para la muestra aquellos estudiantes que presentan niveles de leve a grave en el BDI-II y puntuaciones típicas de 56 o más en el CECAD. Posterior a la realización de diez sesiones de terapia cognitivo conductual en formato grupal, se presentan los resultados de la investigación en datos cuantitativos de análisis descriptivo e inferencial, a través de la medida d de Cohen. En el análisis de los resultados de la intervención se puede observar que hubo disminución en las puntuaciones de ambos cuestionarios aplicados en algunos adolescentes, sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas que demostrara que la intervención haya sido efectiva en la disminución de la sintomatología depresiva en los participantes.

ABSTRACT

The research consists of a study with a quasi-experimental design applied to six adolescents of secondary level with ages between 15 and 17 years. The main objective of the study is to demonstrate whether the application of a cognitive behavioral group therapy decreases depressive symptomatology in the six adolescents. The population consists of 15 students referred by the center's psychologist, to whom the Clinical Educational Questionnaire: Anxiety and Depression (CECAD) and the Beck Depression Inventory (BDI-II) are applied to record their levels of depressive symptomatology, being selected for the sample those students who have mild to severe levels in the BDI-II and typical scores of 56 or more in the CECAD. After having performed 10 sessions of cognitive behavioral therapy in group format, the results of the research are presented in quantitative data of descriptive and inferential analysis through Cohen's measure d . In the analysis of the results of the intervention it can be observed that there was a decrease in the scores of both questionnaires applied in some adolescents, however, there were no statistically significant differences that showed that the intervention was effective in reducing the depressive symptomatology in the participants.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene el propósito de proporcionar una alternativa viable en el manejo psicológico de jóvenes en riesgo social, a través del entrenamiento en estrategias para el manejo de los pensamientos, sentimientos y acciones que influyen en el estado de ánimo deprimido. La finalidad para llevar a cabo este programa con dichos jóvenes es promover su bienestar emocional, reducir el malestar psicológico y fomentar una visión más adaptativa sobre ellos mismos y su entorno.

Para llevar a cabo el estudio se selecciona la población, que corresponde a los estudiantes de la Escuela Vocacional de Chapala, participando en el estudio una muestra de seis estudiantes varones entre los 15 y 17 años y de nivel secundario. A dicha muestra se le aplicó el “Manual de Tratamiento para la Terapia Cognitivo Conductual” en formato grupal, el cual es un manual para adolescentes puertorriqueñas, adaptado por Jeannette Roselló y Guillermo Bernal y basado en el original “Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo Conductual de Depresión”, creado por Ricardo Muñoz, Sergio Aguilar-Gaxiola y John Guzmán, de la Clínica de Depresión del Hospital General de San Francisco, Estados Unidos.

A los alumnos que conforman la muestra se les aplicó una entrevista clínica y dos instrumentos de auto registro a manera de pretest, antes de iniciar el tratamiento, y postest, luego de finalizar el tratamiento.

El *Capítulo I* lo conforma el Marco Teórico, desarrollando la temática de la Adolescencia, Riesgo Social y Depresión, con detalles sobre conceptos, clasificación,

características y etiología. También aborda los fundamentos teóricos de la investigación, que detalla conceptos, antecedentes y características de la terapia cognitivo conductual.

El *Capítulo II* explica el aspecto metodológico de la investigación. En este capítulo se describen el planteamiento del problema, las hipótesis, las variables, el diseño de la investigación, la población y la muestra, los instrumentos utilizados para medir las variables y el procedimiento detallado para la aplicación del tratamiento.

En el *Capítulo III* se analizan y comparan las mediciones antes y después del tratamiento, confirmándose parcialmente la hipótesis planteada de esta investigación, que es: *Los seis adolescentes varones entre los 15 y 17 años de la Escuela Vocacional de Chapala que reciban el tratamiento basado en la terapia cognitivo conductual obtendrán una disminución significativa en los síntomas de depresión al obtenido antes del inicio del tratamiento.*

El *Capítulo IV* se refiere a las conclusiones y recomendaciones que surgen tras la investigación.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Adolescentes en riesgo social

La adolescencia es un periodo que exige adaptarse a múltiples cambios y situaciones, que de no ser afrontados de forma adecuada pueden generar consecuencias para la salud física y mental del adolescente.

Para Siegel (2014), la adolescencia es una de las etapas de mayor vulnerabilidad del ciclo vital del ser humano. Implica una serie de cambios biológicos, psicológicos, conductuales y sociales que se dan de manera simultánea y acelerada que pueden generar tensión en algunos jóvenes. Durante esta etapa se desarrollan competencias y habilidades para la vida, por lo que el adolescente aún no cuenta con todos los recursos para enfrentar las presiones internas y externas de su entorno, lo que aumenta la posibilidad de que presente problemas en su desarrollo.

Adaptación

Es la capacidad de equilibrar los recursos internos y externos en función de las demandas del medio y que deben llevar a: la capacidad de funcionar dentro de normas, la ausencia de psicopatología y el desarrollo de ciertas competencias. (Luthar, 2006)

Adaptarse representa hacer un ajuste interno y externo. Se mide a través del grado de presencia o ausencia de conductas internalizadas (cogniciones, sentimientos y conductas que alteran el bienestar de la persona, por ejemplo, ansiedad, depresión, desconfianza, etc.) y conductas externalizadas (conductas que afectan las relaciones con los demás por ejemplo robar, mentir, golpear, comportamiento agresivo o antisocial). (Barcelata, 2015)

Riesgo

Se refiere a aquellas variables personales o del medio ambiente que anteceden a una conducta desadaptativa. (Rutter, 2007)

Los factores de riesgo son las características detectables en un individuo, familia o grupo que señalan una mayor probabilidad de sufrir un daño. Por el contrario, los protectores favorecen el desarrollo humano y permiten a un individuo, familia o grupo mantener la salud o recuperarla. (Donas, 2001)

En términos estadísticos, riesgo implica un aumento en la probabilidad de que ocurra una alteración en contextos críticos como por ejemplo vivir en comunidades violentas, la pobreza, violencia intrafamiliar o enfermedad en algún miembro de la familia. (Garmezy, 1991)

Si estos contextos son un riesgo para un grupo o toda una comunidad, pueden ser consideradas como situaciones de riesgo psicosocial. La inequidad en los modos de vida, de trabajo, en las relaciones interpersonales, en los aspectos políticos y culturales de una comunidad trae como consecuencias pobreza y exposición a estresores de tipo económico familiar y social. (Garmezy, 1991)

Se consideran marcadores de riesgo el nivel socioeconómico, la cantidad de acontecimientos vitales estresantes, las situaciones desfavorables como el divorcio, enfermedad física o mental de algunos de los padres, el maltrato infantil o violencia intrafamiliar, catástrofes y desastres naturales y ciertas situaciones cotidianas frecuentes que representan un riesgo por su acumulación en el tiempo. (Barcelata, 2015)

Vulnerabilidad

Implica aquellos factores personales o medioambientales que aumentan los efectos negativos de una condición de riesgo. Hay adolescentes que no presentan ningún trastorno o alteración emocional a pesar de vivir en condiciones de riesgo, porque padecer de algo así depende de la interacción de factores biológicos y del medio ambiente, que aumentan

la probabilidad de que ocurra una respuesta desadaptada ante la situación estresante. Por tanto, hay adolescentes que, dadas sus condiciones internas o externas, pueden ser más o menos vulnerables. (Luthar, 2006).

Es importante resaltar que solo puede hablarse en término de vulnerabilidad cuando está asociada a una situación de riesgo, pues supone la disminución de la capacidad de adaptarse ante un estresor.

Protección

Los factores protectores son aquellos que tienen un efecto de atenuar las condiciones de riesgo. Aminoran la reacción de la persona ante una situación altamente estresante.

Rutter (2007) señala que la vulnerabilidad se puede modificar si se reacomodan las condiciones de riesgos para sustituirlas por condiciones de protección medioambientales.

Benard (2004) indica que, con respecto a la evolución de los adolescentes, los factores de riesgo pueden predecir el 20 al 49% de problemas en el desarrollo, mientras que los factores protectores aumentan la capacidad de predicción del 40 al 70%.

Werner y Smith (1992) afirman lo que previamente se señaló de que los factores protectores no tienen efecto en poblaciones donde el nivel de riesgo es bajo, pues no se puede hablar de protección si no existe una situación de riesgo significativa.

Garmezy (1991) explica que los factores protectores pueden estar definidos a partir de cualidades personales y situaciones tales como estilo de afrontamiento, la flexibilidad, la inteligencia y el apoyo de los padres.

De acuerdo con Gore y Eckenrode (2000, citado en Barcelata 2015), los factores protectores suelen dividirse en dos grupos:

1. Los factores personales, que incluyen aspectos biológicos como el temperamento el estado físico y de salud, así como otros aspectos tales como la autoestima y las interacciones sociales.
2. Los factores externos tales como, como la familia, la escuela, el ingreso económico y los vínculos interpersonales de apoyo social y cultural.

Estos dos elementos al interactuar entre sí pueden incrementar la vulnerabilidad en los procesos de desarrollo y adaptación o aminorar los acontecimientos estresantes.

Modelos de afrontamiento en adolescentes.

Barcelata (2015) menciona que diversos estudios sobre afrontamiento en adolescentes relacionan el uso de estilos y estrategias improductivas de afrontamiento con conductas de riesgo como la ideación suicida, consumo de drogas y conducta sexual desprotegida. (Barcelata, 2015)

Figuroa, Contini, Lacunza, Levín y Estévez (2005) consideran que las estrategias de afrontamiento activas y productivas se encuentran asociadas con un mayor nivel de bienestar psicológico como son resolver el problema o esforzarse y tener éxito. Por el contrario, estrategias de afrontamiento no productivo como reducción de la tensión, autoinculparse y falta de afrontamiento se encuentran asociadas con un bajo nivel de bienestar psicológico.

La investigadora Frydenberg *et al.*, (2008, citada en Barcelata, 2015) define al afrontamiento como aquellos sentimientos, pensamientos y acciones que un individuo utiliza para lidiar con las demandas del ambiente. En su Escala de Afrontamiento, establece 79 conductas que agrupa en 18 estrategias de afrontamiento, formando parte de tres estilos básicos de afrontamiento: productivo, no productivo y en referencia a otros.

Afrontamiento productivo:

- Resolver el problema
- Fijarse en lo positivo
- Invertir en amigos íntimos
- Distracción física
- Diversiones relajantes
- Buscar pertenencia
- Esforzarse y tener éxito

Afrontamiento referencia a otros:

- Buscar ayuda profesional
- Buscar apoyo social
- Buscar apoyo espiritual
- Acción social

Afrontamiento no productivo:

- Ignorar el problema
- Reservarlo para sí
- No afrontamiento
- Autoinculparse
- Reducción de la tensión
- Hacerse ilusiones
- Preocuparse

El afrontamiento productivo y el de referencia a otros son considerados como productivos, ya que el primero conduce a abordar las dificultades de forma directa, tratando de enfrentar y dar solución a la situación, y el segundo permite compartir las preocupaciones con los demás y buscar apoyo. El afrontamiento no productivo implica estrategias orientadas a la evitación.

Seiffge-Krenke (2000, citado en Barcelata 2015), presentó un enfoque sobre el afrontamiento basado en la funcionalidad del mismo, indicando la existencia de un estilo de afrontamiento activo (centrado en el problema) e interno (centrado en la emoción).

El estilo funcional se refiere a los esfuerzos para manejar el problema o los estresores, ya sea por medio de la búsqueda activa de apoyo, acciones concretas de búsqueda de solución o reflexiones sobre las soluciones posibles, pero sin llegar a la rumiación. El estilo de afrontamiento disfuncional se caracteriza por una falla en la solución del problema y se refiere a las defensas tales como la negación o la represión, que también involucra una actitud pesimista que conduce a la evitación. (Coleman & Hendry, 2003)

Barcelata, Durán *et al.*, (2012) señalan que en otros casos se han podido identificar estrategias que pueden predecir la adaptación positiva de los adolescentes, tales como la solución de problemas, búsqueda de apoyo social y distracción. Por otro lado, las de rumiación y conducta autolesiva predicen problemas de desajuste y actúan como factores de riesgo. (Citado en Barcelata, 2015)

Personalidad y Conductas de Riesgo.

El estudio de la personalidad en adolescentes ha permitido detectar características que predisponen a los jóvenes a presentar problemas de salud y ajuste psicosocial. (Barcelata, 2015).

Ciertas características personales influyen en la manera en que los adolescentes afrontan las dificultades cotidianas o las no normativas y pueden atenuar o exacerbar conductas de riesgo que ponen en riesgo su salud. Entre ellas se encuentran el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, siendo los hombres quienes presentan mayor riesgo en este aspecto. (Villatoro *et al.*, 2011).

Ciertos factores como la baja autoestima, sentimientos de inutilidad, la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, el comportamiento oposicionista, la sintomatología depresiva y las dificultades en la socialización son características individuales presentes en los jóvenes que asumen conductas de riesgo. (Toro, Paniagua, González y Montoya, 2009)

1.2 Depresión

1.2.1 Modelos explicativos de la depresión

La depresión se caracteriza por presentar un amplio rango de síntomas que pueden estar presentes o no estarlo en cada paciente. No todas las depresiones tienen las mismas causas. Es por esto por lo que han surgido distintas teorías que intentan explicar los orígenes de la depresión:

Teorías Conductuales de la depresión

Antonuccio *et al.*, (1989) indican que este modelo explica que la depresión se trata de un evento aprendido producto de las interacciones negativas de la persona con su entorno. Esta relación influye y puede ser influenciada por las cogniciones, las emociones y las conductas de la persona que la padece. (Citado en Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000)

Existen varios modelos conductuales de la depresión planteados, entre los principales se encuentran:

a. La disminución del refuerzo positivo

Lewinsohn *et al.*, (1997) explican que la depresión inicia cuando surge un suceso 'potencialmente evocador' que interrumpe las conductas automáticas de la persona, provocando una disminución de los refuerzos positivos y/o un aumento de experiencias aversivas. Provocando así, un aumento de la conciencia de uno mismo, las expectativas negativas, la autocrítica y disforia con consecuencias conductuales, cognitivas e interpersonales. (Citado en Vásquez *et al.*, 2000)

b. Entrenamiento en autocontrol

Rehm (1977, citado en Vásquez *et al.*, 2000) propone un modelo que explica que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. Señala que las personas deprimidas son perfeccionistas, aspiran a metas inalcanzables, se enfocan en los aspectos negativos de su entorno y se suministran pocos refuerzos y muchos castigos. Considera que los sesgos cognitivos disfuncionales y la falta de estrategias causan una baja frecuencia de acontecimientos positivos.

c. El modelo de Nezu

Nezu *et al.*, (1989) proponen que la falta de habilidades de resolución de problemas es un factor de riesgo para sufrir de un episodio depresivo. También indicó que la depresión podía ser el resultado de carencias en alguno de los cinco componentes de la estrategia de resolución de problemas: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones y la puesta en práctica de la solución. Añadió que la depresión puede ocurrir cuando nos enfrentamos a alguna situación difícil, si la situación no se resuelve produce consecuencias negativas que

conducen a la disminución en el refuerzo de la conducta de la persona. (Citado en Vásquez *et al.*, 2000)

Teorías cognitivas de la depresión

Las teorías cognitivas resaltan que la depresión se puede originar producto de la percepción errónea de uno mismo, de los demás y del entorno. La tendencia constante de evaluar negativamente provoca una afectación de sus procesos cognitivos y, a su vez, estos estilos cognitivos condicionan sus respuestas emocionales y motivacionales. (Vásquez, 2000)

Entre las teorías cognitivas con mayor respaldo empírico se encuentran:

a) Teoría de la indefensión aprendida

La hipótesis de Seligman (1975) sostiene que la depresión ocurre cuando el sujeto no logra discernir la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen, ya sean positivas o negativas. Esto provoca una 'indefensión aprendida', término que este autor definió como un estado de pasividad de la persona cuando se encuentra en un proceso en el que no ocurre contingencia entre la conducta y las consecuencias de esta. (Citado en Vásquez *et al.*, 2000)

Abramson *et al.*, (1978) agregaron a la teoría de Seligman atribuciones que la persona hace sobre la causa de su indefensión, pudiendo ser de tipo interna-externa, global-específica y estable-inestable. Indicaron que "estas atribuciones influyen sobre la cronicidad de la depresión. (Citado en Vásquez *et al.*, 2000)

Peterson *et al.*, (1993) señalan que es más probable que un individuo propenso a la depresión atribuya los sucesos negativos a factores internos (a uno mismo), estables (irreversibles) y globales (alcanzable a todo). (Citado en Vásquez *et al.*, 2000)

b) Teoría cognitiva de Beck

Esta teoría propuesta por Beck *et al.*, (1979) sostiene que la depresión es el resultado de la interpretación errónea de los acontecimientos que ocurren en la vida de la persona.

Dicha teoría gira en torno a tres conceptos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas. La cognición hace referencia al contenido del pensamiento y de las representaciones mentales; el contenido cognitivo, al significado que la persona otorga a los pensamientos e imágenes en su mente. La interpretación que hace la persona sobre un acontecimiento influye significativamente en lo que siente. Los esquemas son creencias centrales que sirven para procesar la información del entorno. Se sugiere que los esquemas se originan del aprendizaje adquiridos a través de las experiencias tempranas y la identificación con otras personas significativa. (Vásquez *et al.*, 2000)

Perris (1989) señala que la teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión: la tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; los pensamientos automáticos negativos; errores en la percepción y en el procesamiento de información; y la disfunción en los esquemas. (Citado en Vásquez *et al.*, 2000)

De acuerdo con Beck (1967), la tríada cognitiva significa que el contenido cognitivo de una persona deprimida acerca de sí mismo, su entorno y su futuro es disfuncional y negativo. El paciente deprimido se ve a sí mismo como incapaz, indigno e indeseable, al

mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas sin soluciones y al futuro lo ve con desesperanza. (Citado en Vásquez *et al.*, 2000)

Beck (1991) explica que los pensamientos automáticos son cogniciones de las que el paciente no se da cuenta, son repetitivos, involuntarios y provocan la activación emocional característica del paciente depresivo. (Citado en Vásquez *et al.*, 2000).

Para Beck (1976), los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos son: la inferencia arbitraria (llegar a una conclusión sin evidencias que la respalden); la abstracción selectiva (extraer un fragmento sesgado de información y elaborar una conclusión de la misma); la sobregeneralización (llegar a una regla general a partir de uno o varios sucesos aislados); la magnificación y la minimización (sobreestimar o infravalorar el significado de un suceso); la personalización (asignarse a uno mismo manifestaciones externas sin ninguna evidencia); y el pensamiento absolutista dicotómico (evaluar los hechos basado en dos categorías opuestas). (Citado en Vásquez *et al.*, 2000)

En las personas deprimidas, los acontecimientos son procesados a través de los esquemas y la disfuncionalidad de estos esquemas provoca errores en el procesamiento de la información, a su vez las distorsiones cognitivas facilitan que se mantengan los esquemas disfuncionales, produciéndose de esta manera la depresión. En este caso, la persona deprimida espera fracaso, rechazo e insatisfacción y advierte que muchas de sus experiencias confirman sus expectativas negativas. (Vásquez *et al.*, 2000)

Teoría interpersonal

Davidson *et al.*, (2004, citado en Carrasco, 2017) señalan que esta teoría está basada en ideas provenientes de la psiquiatría interpersonal, la teoría del apego y la teoría de los roles sociales.

Este modelo tiene como principio fundamental que la psicopatología está influenciada por las experiencias en la infancia temprana. (Carrasco, 2017)

Hollon *et al.*, (2002, citado en Carrasco, 2017) mencionan que los acontecimientos perturbadores pueden activar el trastorno en individuos vulnerables y, a su vez, el ánimo depresivo lleva a retraimiento social, fatiga, pobre concentración y en consecuencia a otros eventos negativos.

Como explica Garber (2006), las investigaciones han demostrado que las familias con un miembro deprimido tienden a presentar características tales como problemas de apego, dificultades para comunicarse, disciplina severa, criticismo crónico, falta de apoyo social. También señala que la poca calidez de los padres y altos niveles de hostilidad de la madre predicen significativamente incrementos en síntomas internalizados. (Citado en Carrasco, 2017)

1.2.2 Depresión en la infancia y adolescencia

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5 por sus siglas en inglés, 2014, p. 55) incluye en los trastornos depresivos al trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno depresivo mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado.

El rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología. (DSM-5, p. 155). El manual a su vez reconoce al trastorno depresivo mayor como el trastorno clásico de este grupo.

Palacio (2014) indica que los trastornos afectivos comprenden principalmente tres entidades: depresión, distimia y el trastorno afectivo bipolar. De las tres, la depresión es la más frecuente.

Del Barrio y Carrasco (2013) explican que, aunque los niños y adolescentes presentan tristeza y aburrimiento como cambios normales del ánimo en distintas etapas de su desarrollo, el término depresión se utiliza para referirse a una enfermedad del estado de ánimo que se acompaña de una serie de síntomas y que causa impedimento marcado al individuo. Dicha enfermedad es denominada como Trastorno Depresivo Mayor (TDM).

Concepto y características

El TDM se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran bastante más) que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas. (DSM-5, p. 155).

Por otro lado, Del Barrio y Carrasco (2013) nos explican que la depresión consiste en un estado de ánimo que se caracteriza especialmente por la presencia de la tristeza y por la ausencia del disfrute de la vida. La persona que la padece presenta una condición afectiva de profunda desesperanza, melancolía, falta de entusiasmo, cansancio, incapacidad para concentrarse y realizar las tareas de la vida cotidiana de manera satisfactoria.

Una definición integral de la depresión en niños y adolescentes nos la proporciona Del Barrio (2007) quien la define como un cambio persistente en la conducta que consiste en la disminución de la capacidad de disfrutar de las situaciones, comunicarse con los demás, y rendir escolarmente.

Rutter (2011) sostiene que los síntomas depresivos en niños y adolescentes son similares a los que se presentan en los adultos, aunque la expresión de estos síntomas puede variar según el nivel de desarrollo evolutivo.

Cantwell y Carlson (1987) mencionan que los adolescentes suelen exhibir alteraciones en el sueño y el apetito, ideación o conducta autolesiva, delirios, ideación o intentos autolíticos, así como mayor impacto funcional en su vida social y familiar que los niños. A su vez, presentan una mayor predisposición a la irritabilidad que los adultos con depresión mayor.

A continuación, se presentan los síntomas que deben estar presentes por al menos un periodo de dos semanas para cumplir con los criterios de un TDM según el DSM-5 (2014, p. 104-105):

1. Estado de ánimo deprimido (en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta, aumento de peso, o disminución o aumento del apetito
4. Insomnio o hipersomnia
5. Agitación o retraso psicomotor

6. Fatiga o pérdida de la energía
7. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante)
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones
9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Para Ambrosini y PuigAntich (1985), la depresión mayor como trastorno afectivo puede aparecer en cualquier momento del desarrollo infantil y adolescente. Sus síntomas principales son: el humor depresivo persistente (tristeza) y la anhedonia generalizada alrededor de los cuales se organizan el resto de síntomas: fatiga, agitación o lentitud psicomotora, pérdida del interés, dificultad para la concentración, cambios en el sueño y el apetito e ideación suicida.

Epidemiología

La prevalencia del TDM en diferentes países es aproximadamente el 2% en niños escolares y 4%-8% en adolescentes. La proporción hombre y mujer es de 1:1 en la infancia y de 1:2 en la adolescencia. Al menos uno de cada 10 jóvenes requiere tratamiento para TDM durante algún momento de su vida. (Pelkonen y Marttunen, 2003).

El DSM-5 (2014) señala que, en Estados Unidos, la prevalencia a los doce meses del TDM es alrededor del 7% con grandes diferencias respecto al grupo de edad, siendo tres veces mayor la prevalencia en las personas con un rango de edad comprendido entre los 18 y 29 años que en pacientes con edades de 60 años o más.

Así mismo, el DSM-5 (2014, p.165) menciona que las mujeres presentan tasas que llegan a ser 1,5-3 veces mayores que las de los hombres, iniciándose el trastorno en la adolescencia temprana.

Etiología

Palacio (2014) afirma que hoy en día se considera que no existe una causa única que explique la depresión, y la lista de factores se puede agrupar en tres grandes tipos: biológicos, psicológicos y sociales. Estos no son excluyentes entre sí, y, por el contrario, existe una gran interacción entre ellos que permite la aparición del TDM:

Factores biológicos	
Genéticos	Temperamento
Neuroendocrinos	Neuroanatómicos
Neurotransmisores	Anomalías del sueño
Factores Psicológicos	
Actitudes disfuncionales	Abuso físico o sexual
Eventos vitales negativos (pérdidas, fallas)	Problemas de regulación afectiva
Estilo de atribución negativo	Identidad Sexual
Factores Sociales	
Aspectos parentales	Pobreza
Relación con los pares	Violencia intrafamiliar
Ambiente escolar adverso	Maltrato físico, verbal
Bullying	Abuso sexual

Nota. Recuperado de *Psiquiatría infantil. Aspectos claves*, de Palacio, J., 2014, p.392, Medellín, Colombia: Fondo Editorial.

a. Susceptibilidad

Algunas personas tienen una predisposición genética para el desarrollo de la depresión, pero son los factores ambientales los que pueden desencadenar la aparición y determinar la severidad de los episodios depresivos. Es importante resaltar que ciertos acontecimientos estresantes de menor intensidad para los adultos pueden ser de alta intensidad para los más jóvenes, como por ejemplo los cambios de casa o ciudad, cambio de escuela, fallecimiento de una mascota, etc. (Palacio, 2014)

b. Genética

“El gen transportador de serotonina (5-HTT) es un moderador de la influencia de eventos estresantes. Los individuos que poseen al menos una copia del alelo corto de este gen, enfrentados a diferentes estresores en su vida, tienen más episodios de depresión e ideación suicida que los individuos que tienen dos copias del alelo largo”. (Palacio, 2014, p. 393)

c. Neurotransmisión

“Existe alguna evidencia que indica que alteraciones de los sistemas serotoninérgico y córtico-suprarrenal podrían estar implicadas en la biología de la depresión de los niños y adolescentes. Así, se han visto alteraciones de la función serotoninérgica en niños con historia familiar de depresión.” (Palacio, 2014, p. 393)

d. Eje hipotálamo hipófisis suprarrenal

Se han encontrado evidencias de que los niños depresivos y sometidos a un estrés crónico presentan cambios hormonales tales como la ausencia de respuesta de la liberación

de la hormona de crecimiento a pesar de que exista la presencia de su factor liberador. Estos descubrimientos insinúan que existe una afección en el eje hipotálamo hipófisis suprarrenal. Además, existen hallazgos que han detectado elevados niveles de cortisol y de dehidroepiandrosterona (DHEA-S) en adolescentes expuestos a factores de riesgo psicosociales desfavorables. (Palacio, 2014)

e. Temperamento

Los niños que presentan un temperamento con inclinación a la conducta inhibitoria y de retraimiento social muestran estados emocionales negativos y mayor reactividad ante los estímulos dañinos. (Palacio, 2014)

f. Cognición

Al igual que en los adultos con TDM, los adolescentes presentan distorsiones cognitivas, atribuciones negativas y esquemas de pensamiento desadaptativos. Suelen interpretar los acontecimientos neutrales de manera muy negativa. Dichas dificultades cognitivas provocan deficiencias en las habilidades sociales y baja autoestima. (Palacio, 2014).

g. Antecedentes familiares

Alrededor de un 50-80% de los casos de comienzo temprano del TDM están asociados a un historial familiar de trastornos afectivos, incluyendo además historial de trastornos de ansiedad y alcoholismo. (Palacio, 2014)

Es recomendable indagar por el estado mental de los padres, ya que este aspecto es un factor influyente a la hora de interactuar con sus hijos. Las interacciones tempranas inadecuadas del niño con sus cuidadores promueven estrategias de afrontamiento del estrés

ineficaces, predisponiendo de esta manera el desarrollo de una depresión. La presencia de conflictos familiares o falta de afecto pueden incrementar la vulnerabilidad y aunque la disfunción familiar no es patológica en sí misma, puede impedir la recuperación del paciente. (Palacio, 2014).

Existen otros factores de vulnerabilidad, de activación y de protección asociados al origen y evolución de la depresión mayor, presentados a continuación:

Factores de vulnerabilidad

Factores que incrementan la predisposición general, pero rara vez provocan directamente la enfermedad:

1. Factores genéticos
2. Historia de trastorno afectivo en los padres
3. Sexo femenino
4. Edad pospuberal
5. Antecedentes de síntomas depresivos
6. Antecedentes de abuso físico y sexual en la infancia, especialmente en el sexo femenino
7. Afectividad negativa
8. Pensamientos de tipo rumiativo

Factores de activación

Factores directamente implicados en el comienzo de la depresión y en presencia de factores de vulnerabilidad (sus efectos pueden ser mayores)

Suelen ser acontecimientos no deseados que dan lugar a cambios permanentes en las relaciones familiares y de amistad:

1. Conflictos conyugales
2. Desestructuración familiar
3. Acoso o humillación
4. Situaciones de abuso físico, emocional o sexual
5. Consumo de tóxicos

Factores de protección

Factores que reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación:

1. Buen sentido del humor
2. Buenas relaciones de amistad
3. Relaciones estrechas con uno o más miembros de la familia
4. Logros personales valorados socialmente
5. Grado de inteligencia normal alto
6. Práctica de algún deporte o actividad física
7. Participación en clubes escolares, sociales o en voluntariado

Nota. Recuperado de *Psiquiatría infantil. Aspectos claves*, de Palacio, J., 2014, p.395, Medellín, Colombia: Fondo Editorial

Tipos de depresión

Del Barrio y Carrasco (2013) identifican distintos tipos de depresión en función de diferentes criterios:

1. Desde el criterio de severidad, se distingue entre: Depresión Mayor y Trastorno Distímico. En la primera los síntomas son más numerosos e intensos que en la segunda que, aunque es más leve, alcanza una mayor duración.
2. Desde el criterio de tipo de desencadenante, las depresiones pueden ser exógenas o endógenas. Las endógenas ocurren cuando el desencadenante es desconocido y el episodio depresivo comienza de una manera inexplicable para el paciente y para las personas de su entorno; las depresiones exógenas, por el contrario, están directamente relacionadas con acontecimientos psicosociales negativos que el paciente o sus familiares identifican como causante de la aparición de la depresión. En niños y adolescentes son más frecuentes las depresiones exógenas.
3. Desde el criterio de modo y frecuencia de su aparición, se dividen en agudas o crónicas. La aguda consiste en un episodio aislado asociado a estresores psicosociales graves, y la crónica se caracteriza por episodios recurrentes en un entorno positivo que no presenta una acumulación de factores de riesgo.
4. Desde el criterio evolutivo, se distingue entre depresión sensoriomotriz (1-3 años), preescolar (4-5 años), escolar (6-12 años) y adolescente (12-18 años).
5. Desde el criterio de la nitidez de su diagnóstico, la depresión infantil se puede dividir en pura o enmascarada. En la depresión pura, los síntomas son semejantes a los de la depresión adulta; y en la enmascarada, la depresión se esconde con problemas de conducta.

Es altamente frecuente que la depresión esté acompañada de ansiedad, en este caso se le denomina depresión mixta. Es tan común que ambas se superpongan que muchos autores

concuerdan que lo insólito sería encontrar casos puros de depresión. (Del Barrio y Carrasco, 2013).

Con respecto a la duración de la depresión, los estudios longitudinales evidencian que las depresiones infantiles tienen una alta probabilidad de permanencia:

En un estudio longitudinal sobre sujetos desde la adolescencia hasta los 24 años, Lewinsohn, Rhode, Seeley y Klein (1999, citados en Del Barrio y Carrasco, 2013) mostraron que en adolescentes depresivos la prolongación del trastorno tiene una proporción cuatro veces mayor que en adolescentes sin depresión; aunado a esto, las cifras aumentan si existe comorbilidad con otros trastornos.

En otro estudio longitudinal en personas desde los 8 a los 21 años, Goodwin, Fergusson y Horwood (2004, citados en Del Barrio y Carrasco, 2013) demostraron que aquellos participantes que presentaban trastornos interiorizados en la primera infancia, como ansiedad y retraimiento, tuvieron una mayor predisposición a desarrollar trastornos depresivos en la adolescencia.

1.2.3. Suicidio en la infancia y la adolescencia

Concepto

“El suicidio y sus fenómenos asociados son los motivos de consulta de emergencia más frecuentes y complejos de la psiquiatría infantil. Se constituyen siempre como una urgencia médica, por lo tanto, deben ser parte de todos los protocolos y guías de tratamiento de salas de emergencia, hospitales y centros de medicina pediátrica y de adolescentes”. (Palacio, 2014, p. 481).

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002) desear la muerte puede ser un pensamiento muy frecuente entre adolescentes. Sin embargo, no todos los que han

pensado en la muerte o quitarse la vida lo intentan. De hecho, solo un porcentaje pequeño de jóvenes que lo intentan consiguen morir. En estos casos, existe un riesgo elevado de que el intento se repita y con ello el aumento de la letalidad del mismo. Por esta razón es crucial el diagnóstico y tratamiento a tiempo.

El DSM-5 (2014, p. 167) señala que “la posibilidad de una conducta suicida existe durante todo el tiempo que duran los episodios de depresión mayor”.

Etiología del suicidio

Muchas hipótesis han sido estudiadas para intentar explicar la existencia de pensamientos o actos suicidas en la gente joven. Diversos factores se han postulado como posibles causantes de la presencia de conductas suicidas en los niños y adolescentes, pero ninguno de manera aislada.

Palacio (2014) identifica la clasificación de dos grandes grupos de factores que inciden en el suicidio: los factores individuales y los factores ambientales. Dentro de los factores individuales se encuentran los: biológicos (alteraciones en el funcionamiento de la serotonina y sus metabolitos), genéticos, neurológicos (alteraciones en los niveles de metabolitos en el líquido cefalorraquídeo), psicológicos (agresividad y depresión) y psicopatológicos. Es importante destacar que en niños y adolescentes los factores biológicos y neurológicos son los que están más fuertemente relacionados con el intento o acto suicida. Dentro de los factores ambientales se incluyen el ambiente familiar, la situación socioeconómica, el entorno social y escolar, la violencia intrafamiliar, el consumo de drogas y alcohol en la familia, la psicopatología de los padres, el conflicto o separación de los padres y el abandono de estos.

Epidemiología del suicidio en adolescentes.

El suicidio en la población juvenil se constituye un problema importante de salud pública.

Según estimaciones de la OMS, para el año 2020 la cifra de suicidios consumados en el mundo superará el millón y medio de personas. De estos, se estima que más de la mitad serán menores de edad. (Palacio, 2014).

En algunos países, el suicidio es la causa de muerte más frecuente en jóvenes. En Colombia, USA, México y otros países de América Latina es la segunda después de las muertes violentas. (Brent y Birmaher, 2002).

Shaffer y Finkelson (2002, citado en Palacio, 2014), indican que los datos mundiales de suicidios consumados provienen de estudios basados en datos legales y estadísticos de la Medicina Forense; sin embargo, existe una cantidad elevada de casos no detectados ni registrados. Muchos accidentes, sobredosis y sucesos similares esconden intenciones suicidas, en especial en edades tempranas. Por esta razón, se puede considerar que en aquellos países donde la prevalencia de la población juvenil es elevada, por cada intento de suicidio diagnosticado hay mínimo dos que no han sido detectados.

Palacio (2014) explica la existencia de una tendencia mundial alrededor de los intentos suicidas y suicidios consumados: los intentos son más frecuentes en mujeres mayores, pero los suicidios consumados son más frecuentes en hombres. Por otro lado, en países en vías de desarrollo, es más frecuente el suicidio y sus intentos en jóvenes que en adultos. Por el contrario, en ciertos países tales como Francia, España y los Países Bajos, la tendencia del suicidio en población joven es más baja, probablemente por los programas de prevención

a gran escala que han realizado debido a la tasa elevada de suicidios que ocurrieron en jóvenes de estos países para la década de los noventa.

La tendencia de la tasa de suicidio consumado para los jóvenes de 5 a 14 años es más frecuente en mujeres que en hombres (1,7 niños y 2,0 niñas por 100 mil habitantes) mientras que en jóvenes de 12 a 29 años es más frecuente en hombres que en mujeres (15,6 hombres y 12,2 mujeres por 100 mil habitantes). (O'Connell, Warner y Boat, 2009)

En un artículo de periódico titulado '*Deficiencias en programas de salud mental llevan a jóvenes panameños al suicidio*', Lasso (2019) informa que "en los últimos cinco años el suicidio representa una de las cinco principales causas de muerte en Panamá, siendo preocupante el hecho de que entre el 2017 y el 2019 los últimos casos consumados e intentos suicidas registrados involucran a niños y adolescentes".

El autor del artículo reporta que "solamente en el 2017, Panamá registró 124 muertes por suicidio, 124 de las víctimas fueron hombres y 15 casos de mujeres, todos en edades comprendidas entre los 10 y 24 años, según las últimas estadísticas de mortalidad del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC)".

En el mismo artículo el autor indica que "el psicólogo Jesús López atribuye estos casos al estallido de los factores de riesgo como los problemas de tipo familiar y trastornos como la depresión que en Panamá no está siendo bien atendida por los servicios de salud mental".

Debido a este panorama en el mundo, adicionalmente a la inexactitud de los registros, junto con la dificultad del familiar en aceptar el suicidio producto del tabú de la sociedad sobre el mismo, el suicidio en los niños y adolescentes es un problema de salud pública en aumento, por lo que es de carácter urgente desarrollar estrategias preventivas para abordar esta problemática.

1.3 Terapia Cognitivo Conductual

1.3.1 Concepto

La terapia cognitivo conductual (TCC) es una terapia dirigida a promover el entendimiento sobre la manera en que pensamos sobre nosotros mismos y nuestro entorno, y cómo nuestros pensamientos y sentimientos guardan estrecha relación con nuestras acciones.

El nombre de TCC, como indica Kaplan *et al.*, (1995), se utiliza para describir las intervenciones que tienen como objetivo reducir el malestar psicológico y las conductas desadaptativas mediante la modificación de los procesos cognitivos. (Citado en Stallard, 2007)

Para Brewin (1996), la TCC es un término genérico que se refiere a las terapias que utilizan tanto intervenciones conductuales (modificando el comportamiento para disminuir conductas y emociones desadaptativas) como intervenciones cognitivas (modificando los patrones de pensamiento para disminuir conductas y emociones desadaptativas). Supone que un aprendizaje anterior está produciendo conductas desadaptativas actuales, por lo que el propósito de la terapia es reducir el malestar o conducta no deseada al proporcionar experiencias nuevas más adaptativas. (Citado en Ortiz, 2012)

1.3.2 Surgimiento histórico de la terapia cognitivo conductual

1.3.2.1 Generalidades

Las investigaciones sobre aprendizajes de principios del siglo XX son consideradas las bases del asentamiento de la estructura de la TCC, y siguen siendo actualmente elementos necesarios en muchos abordajes terapéuticos cognitivo conductuales. Con estas investigaciones se dio mayor relevancia al aprendizaje como explicación de la conducta y

la importancia del ambiente como fuente de conductas. (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012)

Una de las primeras influencias de la TCC fue la de Pavlov y su condicionamiento clásico. Pavlov explicó que, como resultado de continuos apareamientos, las respuestas que se producían de forma natural podían ser asociadas (es decir, condicionadas) a unos estímulos específicos. La investigación de Pavlov demostró que las respuestas emocionales (como el miedo) podían ser condicionadas por situaciones específicas. (Stallard, 2007)

La terapia cognitivo conductual es el producto de la evolución de la terapia de conducta (TC), principalmente a partir de la segunda generación de terapeutas de conducta. (Ruiz *et al.*, 2012).

Rachman (1997) y O'Donohue (1998 y 2009) agruparon la evolución de la Terapia de Conducta en tres estadios (Rachman) o generaciones (O'Donohue) en el desarrollo de la TCC. (Citados en Ruiz *et al.*, 2012).

La primera generación de terapeutas de conducta hace referencia a una exclusiva relación con las teorías del aprendizaje. Se caracteriza esencialmente en que el terapeuta de conducta durante esta generación es un investigador que trata de aplicar los hallazgos presentes en la investigación básica a los problemas clínicos. (Ruiz *et al.*, 2012)

La segunda generación está marcada por la diversidad en la TC. Para estos terapeutas los principios de aprendizaje (condicionamiento) limitan mucho los intentos de explicar la conducta humana, y consideran otras áreas de la psicología para hacerlo, tales como la psicología experimental, cognitiva y social. Otro factor que originó esta segunda generación fue la falta de resultados eficaces de los procedimientos existentes en los problemas afectivos como la depresión. Los aportes en esta generación provienen del enfoque cognitivo y del aprendizaje social. (Ruiz *et al.*, 2012)

La tercera generación de terapeutas que alcanza hasta la actualidad incluye a los terapeutas que regresan a los orígenes (técnicas tales como exposición, desensibilización sistemática, técnicas operantes, biofeedback) buscando nuevas alternativas terapéuticas incluyendo los nuevos desarrollos de la psicología del aprendizaje y la psicología experimental. En esta generación, encontramos las nuevas terapias contextuales procedentes del conductismo radical (la Psicoterapia Analítica Funcional o la Terapia de Aceptación y Compromiso). También se incluye el uso de técnicas de meditación como el “*Mindfulness*” (conciencia plena), que se han convertido en la base de algunos programas de intervención como la terapia cognitiva basada en “*Mindfulness (Mindfulness Based Cognitive Therapy)*”– MBCT) de Segal, Williams y Teasdale. También pertenecen a esta generación los nuevos desarrollos del enfoque cognitivo con carácter constructivista. (Ruiz *et al.*, 2012)

Como hemos visto, distintas generaciones establecen la evolución de la TCC, siendo la primera y la segunda generación las que abordaremos a continuación, pues son las que competen a la presente investigación.

1.3.2.2 Primera generación- El surgimiento de la terapia de conducta

Wolpe (1958, citado en Stallard, 2007) aplicó el condicionamiento clásico a la conducta humana y los problemas clínicos y desarrolló el procedimiento conocido como desensibilización sistemática. Mediante el apareamiento de estímulos que inducen miedo con un segundo estímulo, que genera una respuesta opuesta (relajación), es posible inhibir mutuamente la respuesta del miedo. Este procedimiento se utiliza ampliamente en la práctica clínica actual, incluyendo técnicas como la exposición (gradual, in vivo y en la imaginación).

Otra gran influencia para el surgimiento de la TC fue Skinner (1974), quien enfatizó sobre el rol fundamental que ejercen las influencias ambientales sobre la conducta. A esto se lo conoce como condicionamiento operante, el cual se centra en la relación existente entre los antecedentes (las condiciones del contexto), las consecuencias (el refuerzo) y la conducta. Si una conducta específica aumenta su frecuencia al venir seguida de unas consecuencias positivas, o de no venir seguida de unas consecuencias negativas, decimos que dicha conducta ha sido reforzada. (Stallard, 2007)

Skinner desarrolló el análisis experimental de la conducta, cuyo objetivo era desarrollar una ciencia conductual que pudiese explicar, predecir y modificar el comportamiento atendiendo solo a las relaciones funcionales, sin tener que recurrir a hipótesis inferidas. El análisis experimental de la conducta permitió abordar un amplio grupo de problemas socialmente relevantes, tales como problemas en el aula, problemas de conducta en niños sin alteraciones del desarrollo, desarrollo del lenguaje, etc. (Ruiz *et al.*, 2012).

1.3.2.3 Segunda generación. El aspecto cognitivo en la terapia de conducta

Alrededor de 1970, la terapia de conducta inicia una fase de transformación que se caracteriza por su apertura hacia los aspectos cognitivos y sociales. Es en esta época en que inicia la segunda generación de terapeutas de conducta.

En cuanto a las teorías más representativas que se producen en esta fase encontramos la teoría del aprendizaje social de Bandura. En esta teoría la importancia del entorno sigue siendo reconocida, a la vez que se enfatiza en el efecto mediador de las cogniciones que intervienen entre los estímulos y la respuesta. La teoría de Bandura señala que el

aprendizaje puede ocurrir producto de la observación de otra persona a la vez que propone un modelo de autocontrol basado en la autoobservación, la autoevaluación y el autorrefuerzo. (Stallard, 2007)

Albert Ellis creó la Terapia Racional-Emotiva en la que explica la relación que existe entre las emociones y las cogniciones. El modelo de Ellis supone que no son los sucesos los que provocan una emoción, sino las interpretaciones que hacemos de esos sucesos. Para este modelo, los sucesos activadores (A, activating events) son juzgados a través de las creencias (B, *beliefs*), lo que genera a su vez unas consecuencias emocionales (C, *consequences*). Las creencias pueden ser racionales o irracionales y son estas últimas las que tienden a provocar y mantener los estados de ánimo negativos.

Posteriormente Aaron Beck y colaboradores, con su obra 'Cognitive Therapy for Depression' (Terapia cognitiva de la depresión) analizaron el papel de las cogniciones desadaptativas y distorsionadas en el desarrollo y el mantenimiento de la depresión (Stallard, 2007).

El modelo de Beck propone que los pensamientos desadaptativos sobre uno mismo, sobre el mundo y el futuro producen distorsiones cognitivas que generan sentimientos desadaptativos. A esto le llamó tríada cognitiva.

El modelo denomina esquemas nucleares a aquellas creencias rígidas que se originaron durante la niñez y es a través de estos esquemas que evaluamos nuestro entorno. Estos esquemas generan pensamientos automáticos y estos pensamientos automáticos (que pueden presentar distorsiones) inducen a asociar un mayor número de cogniciones negativas con el estado de ánimo deprimido. (Stallard, 2007).

1.3.3 Clasificación de las terapias cognitivas

Una de las clasificaciones más conocidas de las terapias cognitivas es la de Mahoney y Arnkoff (1978 citado en Ruiz *et al.*, 2012), siendo muy útiles actualmente:

Técnicas de reestructuración cognitiva: se enfocan en identificar y cambiar aquellas creencias irracionales, pensamientos distorsionados o autoverbalizaciones negativas que causan y mantienen el problema. Estas técnicas enseñan a pensar más adaptativamente, examinando los pensamientos para analizar su lógica y atacando las distorsiones que pueden estar ocurriendo al procesar la información del entorno. En esta categoría se incluyen: la Terapia Racional Emotiva de Ellis, la Terapia Cognitiva de Beck, la Reestructuración Racional Sistemática de Goldfried, Decented y Weinberg y el Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum y Goodman.

Técnicas para el manejo de situaciones: consiste en enseñar habilidades para afrontar situaciones problemáticas, que generan estrés y dolor. En este grupo se encuentran el Entrenamiento en Inoculación de Estrés de Meichenbaum y las Técnicas de Manejo de la Ansiedad de Suinn y Richardson.

Técnicas de solución de problemas: intentan corregir la manera en que la persona aborda sus problemas, facilitándole un método sistemático para resolver este tipo de situaciones. Pertenecen a este grupo: la Terapia de Solución de Problemas de D’Zurilla y Golfried (posteriormente renombrada como terapia de solución de problemas sociales), la



Terapia de Solución de Problemas Interpersonales de Spivack y Shure y la Ciencia Personal de Mahoney.

1.3.4 Características de la terapia cognitivo conductual

Para Fennel (1989, citado en Stallard, 2007) la TCC abarca una variedad de intervenciones diferentes; sin embargo, las mismas comparten las siguientes características:

a. Respaldata por una teoría definida

Las intervenciones en TCC se basan en modelos empíricos comprobables. Es, por lo tanto, un modelo cuyas técnicas se agrupan de manera coherente y racional.

b. Se basa en un modelo de colaboración

El paciente tiene un rol activo durante la terapia, reconociendo sus metas, estableciendo objetivos, practicando y supervisando su propio rendimiento. El terapeuta establece asociaciones que aliente al paciente a lograr una mejor comprensión de sus problemas y a descubrir formas alternativas de pensar y actuar.

c. Tiene un plazo limitado

Es una terapia breve, la cual no suele extenderse más allá de 16 sesiones. Siendo una terapia breve promueve la independencia y la autoayuda en el paciente. En caso de niños y adolescentes el período habitual suele ser considerablemente menor que en los pacientes adultos.

d. Es objetiva y estructurada

Es un modelo estructurado, el terapeuta guía al paciente a lo largo del proceso de: evaluación, formulación del problema, intervención terapéutica, seguimiento y valoración.

Los objetivos y las metas de la terapia se explican y se monitorean constantemente. Se utilizan escalas para cuantificar la frecuencia de conductas inapropiadas, la intensidad de la creencia en los pensamientos desadaptativos o el grado de malestar experimentado.

e. Se centra en el aquí y el ahora

Se abordan las dificultades actuales. No se busca analizar ni comprender los posibles orígenes de los problemas en traumas inconscientes tempranos. Esto es especialmente beneficioso en las terapias con niños y adolescentes ya que se pueden sentir más motivados al abordar las dificultades en tiempo real.

f. Es un proceso de autodescubrimiento y experimentación guiados

La terapia promueve el hábito de hacerse preguntas y de cuestionar los supuestos y creencias. El terapeuta anima al paciente a cuestionar y aprender a través de la experimentación, se ponen a prueba los pensamientos y las creencias, se buscan explicaciones alternativas y se descubren nuevas formas de valorar los hechos.

g. Promueve la adquisición de nuevas habilidades

Es un modelo práctico que se centra en la adquisición de habilidades que permitan aprender formas más adaptativas de actuar y pensar. Al paciente se le anima a practicar en su vida cotidiana las habilidades repasadas durante las sesiones, con tareas para casa que constituye un aspecto fundamental de muchos modelos de esta terapia.

1.3.5 Terapia cognitivo conductual para el tratamiento en adolescentes

Para utilizar la terapia cognitivo conductual con adolescentes es necesario tomar en cuenta aspectos del desarrollo que pueden afectar el proceso terapéutico.

Belsher y Wilkes (1994 citados en Stallard, 2007) mencionaron algunas de estas cuestiones que conviene tomar en cuenta:

Reconocer el egocentrismo del adolescente

Los adolescentes suelen ser egocéntricos y les resulta algo difícil reconocer los puntos de vista de los demás. En lugar de cuestionar o atacar este egocentrismo es útil reconocerla e indagar con el objetivo de clarificar y comprender los puntos de vista y las opiniones del adolescente. Esta actitud del terapeuta le transmite al joven el mensaje de que sus puntos de vista están siendo tomados en cuenta. Si no reconocemos el egocentrismo del adolescente pueden aparecer actitudes opositoras que llevarían al adolescente a defender sus propios puntos de vista.

Durante la TCC, es recomendable que le presentemos al adolescente varias opciones o decisiones posibles, de manera que sientan que pueden elegir, tal es el caso con las tareas durante la terapia. El papel del profesional consiste en ofrecer opciones, mientras que el adolescente es quien decide el método a seguir.

Fomentar la colaboración

En TCC, el adolescente tiene un rol activo y participativo a la hora de establecer los objetivos de la terapia. El terapeuta debe transmitir la sensación de tener la disposición de trabajar con el joven para ayudarlo a enfrentar los problemas que éste haya identificado. El terapeuta ayuda a fomentar un contexto en el que el adolescente pueda analizar, comprender e identificar nuevas formas de pensar y de actuar. Alienta al joven a reflexionar sus problemas con el fin de encontrar soluciones.

Fomentar la objetividad

Es común que los adolescentes se aferren a sus opiniones. Esto puede llevar a que el adolescente imponga sus opiniones al terapeuta y espere que éste coincida con las mismas.

Es necesario que en estas situaciones el terapeuta proporcione el contexto en el que el joven ponga a prueba sus propios puntos de vista (supuestos, creencias y pensamientos) y encuentre evidencias que los apoye o los contradiga.

Formular preguntas socráticas

Es frecuente que los adolescentes crean que sus opiniones no cuentan entre los adultos o que son equivocadas y por este motivo esperan que les digan qué es lo que tienen que hacer.

Una manera útil de superar este obstáculo suele ser el cuestionamiento socrático, con el que, a través de una serie de preguntas, se le permite al joven analizar y cuestionar sus creencias.

A los adolescentes se les puede animar a expresar sus ideas ayudándose de unas preguntas predeterminadas tales como: “Probablemente hay muchas formas diferentes de abordar esta cuestión... ¿Cómo lo harías tú?”. También podemos transmitirle la idea de que existen situaciones para las que no tenemos respuesta, con preguntas tales como: “No se me ocurre nada... ¿Se te ocurre algo a ti?”. Por otro lado, podemos retomar ciertas declaraciones formuladas por el adolescente para reforzarles el interés que sentimos por él, así como para cuestionar sus distorsiones e inconsistencias. Por ejemplo, “¿Me permites comprobar si te he comprendido bien? Me dijiste que no tenías amigos, pero también me dijiste que Miguel te había invitado a jugar fútbol el fin de semana. Entonces, ¿Miguel es o no es tu amigo?”.

Cuestionar el pensamiento dicotómico

Los razonamientos del tipo ‘todo o nada’ son muy comunes en los adolescentes y suele verse reflejado comúnmente entre una sesión y otra. En una sesión el joven puede mostrar señales de estar deprimido o angustiado y en la siguiente sesión puede mostrarse alegre o relajado. Estas oscilaciones pueden confundir a los profesionales y hacerles dudar de la necesidad de continuar con la TCC. Si bien se pueden alcanzar mejoras importantes y duraderas con niños y adolescentes, a través de un número reducido de sesiones, hay veces en que la aparente recuperación demuestra tener una vida muy corta y resulta ser más un reflejo del pensamiento dicotómico del adolescente.

Las escalas de valoración son útiles para cuestionar el pensamiento dicotómico, además de ayudar al adolescente a reconocer que existe toda una amplia gama de posibilidades intermedias entre sus dos puntos de referencia extremos. Las escalas pueden utilizarse para evaluar la intensidad de los sentimientos, el nivel de creencia en los pensamientos, el grado de responsabilidad o de culpabilización, etc.

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

2.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Es un periodo de preparación para la edad adulta, durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.

Torres (2010), citado en Quintero (2015) menciona lo siguiente sobre los factores de riesgo:

“Son aquellas condiciones biológicas, psicológicas o sociales que aumentan la probabilidad de que aparezca una conducta determinada que compromete en mayor o menor grado el ajuste personal y social de las personas. Esas condiciones a las que se hace referencia han sido identificadas como estresores psicosociales y se pueden distinguir tres niveles de acuerdo a un menor o mayor grado de gravedad: a) el estrés cotidiano que se produce en el cumplimiento de múltiples obligaciones, horarios apretados, atascos de tráfico, sobrecarga laboral, etc.; b) el estrés crónico que va asociado a situaciones de violencia doméstica, graves dificultades económicas y laborales, vivienda en barrios inseguros y violentos, inmigración; y c) la presencia de sucesos vitales negativos como pérdida de un familiar, divorcio, incapacidad debida a accidente o enfermedad, cárcel, desalojo de la vivienda, embarazos no deseados, etc.” (p.16-17).

En una publicación virtual titulada 'Niñez y adolescencia en riesgo social ¿y yo qué estoy haciendo?', Castro (2013) expresa que “niñez y adolescencia en riesgo social hace referencia a niños, niñas y adolescentes que viven situaciones de vulnerabilidad, donde las condiciones para su debido desarrollo (en todas las áreas) y crecimiento no son las óptimas. Por ende, son personas menores de edad que no cuentan con condiciones óptimas de educación, salud, cuidado adecuado, alimentación, vestimenta, apoyo emocional, entre otras. Algunos ejemplos de situaciones de riesgo social que viven estos niños, niñas y adolescentes son las siguientes: agresión y violencia física y emocional, negligencia de cuidado y abandono, violaciones y abusos sexuales, personas menores de edad en mendicidad y en la calle, trata de personas, explotación sexual comercial, explotación laboral.”

De Palma (2006, como se citó en Quintero, 2015, p. 15) considera que “los o las menores se encuentran en una situación de riesgo cuando, como consecuencia de determinadas circunstancias personales, familiares o sociales, su bienestar y desarrollo se ve perjudicado, haciendo necesaria la intervención de las administraciones públicas competentes con el fin de eliminar o neutralizar los factores que han conducido a esa situación”.

El presente estudio busca ejecutar una alternativa que podría proporcionar una solución viable a las necesidades que presenta la población adolescente en riesgo social. Esta investigación se llevará a cabo debido a que en la actualidad muchos de estos jóvenes presentan secuelas graves en los aspectos psicológicos y de comportamiento que les afectan durante toda su vida, precisamente, porque no reciben intervenciones

adecuadas que fomenten en ellos el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan sobreponerse a las experiencias dolorosas.

Por lo arriba expuesto se genera la siguiente pregunta: ¿Cómo influye la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de la sintomatología depresiva en adolescentes varones con edades comprendidas entre los 15 a 17 años de la Escuela Vocacional de Chapala?

2.2 Objetivos de la investigación

2.2.1 Objetivo general

- Demostrar si la aplicación de la terapia cognitivo conductual grupal disminuye la sintomatología depresiva en seis adolescentes varones entre los 15 y 17 años de la Escuela Vocacional de Chapala.

2.2.2 Objetivos específicos

- Evaluar la gravedad de síntomas depresivos de los participantes a través del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).
- Medir los cinco aspectos clínicos relacionados con la depresión (Ansiedad, Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de Pensamiento y Síntomas Psicofisiológicos) a través del Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión. (CECAD).
- Demostrar si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión de los participantes antes y después de implementar el tratamiento.
- Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en los cinco aspectos clínicos (ansiedad, inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos) antes y después de implementar el tratamiento

2.3. Hipótesis de investigación

2.3.1 Hipótesis conceptual

Los participantes que reciban el tratamiento basado en la terapia cognitivo conductual, obtendrán una disminución significativa en los síntomas de depresión al obtenido antes del inicio del tratamiento.

2.3.2 Hipótesis experimental

Los participantes que reciban el tratamiento basado en la terapia cognitivo conductual, obtendrán un menor índice de depresión en el Inventario de Depresión de Beck y en el Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión.

2.3.3 Hipótesis estadísticas

Prueba pretest y postest del Inventario de Depresión de Beck

Hipótesis 1

H₀: No hay diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión de los participantes antes y después de implementar el tratamiento

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H₁: Si hay diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión de los participantes antes y después de implementar el tratamiento

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

Prueba pretest y postest del Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)

Hipótesis 2

H₀: No hay diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión de los participantes antes y después de implementar el tratamiento.

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H₁: Si hay diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión de los participantes antes y después de implementar el tratamiento

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

Hipótesis 3

H₀: No hay diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad de los participantes antes y después de implementar el tratamiento

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H₁: Si hay diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Ansiedad de los participantes antes y después de implementar el tratamiento

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

Hipótesis 4

H₀: No hay diferencias estadísticamente significativas en la Escala Inutilidad de los participantes antes y después de implementar el tratamiento

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H₁: Si hay diferencias estadísticamente significativas en la Escala Inutilidad de los participantes antes y después de implementar el tratamiento

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

Hipótesis 5

H₀: No hay diferencias significativas en la Escala Irritabilidad de los participantes antes y después de implementar el tratamiento

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H₁: Si hay diferencias estadísticamente significativas en la Escala Irritabilidad de los participantes antes y después de implementar el tratamiento

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

Hipótesis 6

H₀: No hay diferencias estadísticamente significativas en la Escala Problemas de Pensamiento de los participantes antes y después de implementar el tratamiento

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H₁: Si hay diferencias estadísticamente significativas en la Escala Problemas de Pensamiento de los participantes antes y después de implementar el tratamiento

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

Hipótesis 7

H₀: No hay diferencias estadísticamente significativas en la Escala Síntomas Psicofisiológicos de los participantes antes y después de implementar el tratamiento.

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H₁: Si hay diferencias estadísticamente significativas en la Escala Síntomas Psicofisiológicos de los participantes antes y después de implementar el tratamiento

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

2.4. Variables de Investigación

2.4.1 Variable independiente

- Manual de tratamiento para la terapia cognitivo conductual

2.4.1.1 Definición conceptual de la variable independiente

El manual consiste en una intervención grupal para adolescentes con depresión. El propósito principal de la terapia es disminuir los sentimientos de depresión, acortar el tiempo que la persona pasa sintiéndose deprimida, aprender nuevas formas de prevenir el deprimirse de nuevo y sentirse en mayor control. (Roselló y Bernal, 2007)

2.4.1.2 Definición operacional de la variable independiente

Es un tratamiento a corto plazo que puede durar de 10 a 12 semanas. Consiste en sesiones grupales de tratamiento a las que se asiste semanalmente. Cada sesión suele durar, aproximadamente, una a dos horas. Se utilizan diversas técnicas tales como reestructuración cognitiva, entrenamiento en resolución de problemas, técnicas de autocontrol y ejercicio de visualización. (Roselló y Bernal, 2007)

2.4.2 Variable dependiente

- Depresión

2.4.2.1 Definición conceptual de la variable dependiente

La sintomatología depresiva es un fenómeno psicológico que puede tener su comienzo en la niñez o adolescencia, siendo bastante común dentro de este sector de la población. En líneas generales las tasas de prevalencia en adolescentes en estudios internacionales oscilan entre el 3-8%. Asimismo, utilizando distintos autoinformes para la valoración de la sintomatología depresiva, se encuentra que entre

el 20 y el 50% de los adolescentes refieren síntomas subclínicos de depresión. (Fonseca-Pedrero *et al*, 2011)

2.4.1.2 Definición operacional de la variable dependiente

La sintomatología depresiva será evaluada como pretest y postest a través de dos pruebas: El inventario de depresión de Beck II (BDI-II) y el Cuestionario Educativo-Clinico: Ansiedad y Depresión (CECAD). El BDI-II, creado por Aaron Beck, es un instrumento de auto-reporte compuesto por 21 ítems, cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, que varía de 0 a 3, destinado a evaluar la gravedad de la depresión. El CECAD, creado por Luis Lozano González, Eduardo García y Luis Manuel Lozano García, es un cuestionario compuesto por 50 ítems tipo Likert, cada ítem se responde a las opciones “Nunca”, “Casi Nunca”, “Algunas Veces”, “Casi Siempre” y “Siempre”, y está destinado a evaluar los trastornos internalizados o trastornos de la emoción, como la ansiedad y la depresión.

2.5 Tipo de investigación

En la presente investigación se utilizó el enfoque cuantitativo, que de acuerdo con Hernández (1991) es el más utilizado en las ciencias exactas o naturales, usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

2.5.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio fue de tipo descriptivo comparativo. Los estudios descriptivos buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Los estudios comparativos estudian diferencias entre dos o más grupos acerca del fenómeno que se estudia. Este estudio se comparó al mismo grupo antes y después de la terapia cognitivo conductual en cuanto a la ansiedad y depresión.

2.5.2 Diseño de investigación

El diseño de esta investigación corresponde al cuasi-experimental con un solo grupo, con pretest y posttest. Los diseños cuasi experimentales son una derivación de los estudios experimentales, en los cuales la asignación de los pacientes no es aleatoria, aunque el factor de exposición es manipulado por el investigador (Segura y Castillo, 2009).

Los diseños cuasi-experimentales también manipulan deliberadamente, al menos, una variable independiente para observar su efecto y relación con una o más variables dependientes, solo que difieren de los experimentos “puros” en el grado de seguridad o confiabilidad que pueda tenerse sobre la equivalencia inicial de los grupos. (Hernández *et al.*, 2010)

2.6 Población y muestra

2.6.1 Población

La población corresponde a adolescentes del sexo masculino con edades comprendidas entre los 14 y 19 años estudiantes de la Escuela Vocacional de Chapala, en Nuevo Arraiján, Provincia de Panamá Oeste.

2.6.2 Muestra

La muestra corresponderá a seis jóvenes del sexo masculino de la Escuela Vocacional de Chapala, con edades comprendidas entre los 15 y los 17 años.

El tipo de muestreo empleado para esta investigación fue no probabilístico intencional o dirigido, debido a que los sujetos fueron seleccionados bajo criterios de inclusión y

exclusión propios de la investigación. La muestra no se selecciona por aleatorización, es escogida por conveniencia y no habrá grupo de comparación (Hernández *et al.*, 2010), porque el mismo grupo se midió en dos ocasiones: antes de la aplicación del tratamiento y después de la aplicación del tratamiento.

Criterio de inclusión:

Los jóvenes deberán:

- Tener entre 15 y 17 años
- Comprometerse con un mínimo de asistencia al 70% de las sesiones grupales.
- Comprometerse a llenar los cuestionarios estipulados antes y después de la intervención
- Presentar depresión leve, moderada o grave en el Inventario de Depresión de Beck y puntuación típica de 56 o más en el cuestionario CECAD

Criterio de exclusión:

Como criterio de exclusión se estableció:

- Jóvenes de 14 años y menos
- Jóvenes de 18 años y más
- Ausentarse a cuatro o más sesiones grupales

Criterio de eliminación:

- Presentar analfabetismo

2.7 Instrumentos de medición

2.7.1 Inventario de Depresión de Beck

La información que a continuación se presenta fue extraída de la adaptación española (2011) del manual original, cuyos autores son Beck, A., Steer, R., y Brown, G.

El inventario de Depresión de Beck-II consta de una escala de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases auto evaluativas que el entrevistador leía al paciente para que éste seleccionase la que mejor se adaptase a su situación.

Se sistematizan cuatro alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad/intensidad del síntoma, que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a las dos semanas previas a la evaluación.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos.

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y las dos últimas semanas. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico.

A continuación, se explicará cada uno de los indicadores de la depresión según Beck: ***Tristeza***. La tristeza constituye el síntoma nuclear de la depresión, factor negativo en la dinámica existencial, que paraliza o inhibe el desarrollo de las energías y cualidades madurativas del ser humano.

Sentimientos de fracaso. La persona depresiva exagera sus dificultades interpersonales lo que le lleva a subestimar su capacidad para hacer frente a distintas situaciones.

Sentimientos de culpa. Este sentimiento de culpa se debe frecuentemente porque se autorecrimina; de forma poco realista se hace responsable de la conducta de otras personas.

Sentimientos de castigo. Su visión negativa del mundo conlleva a la persona a aceptar castigos en respuesta a sus conductas.

Insatisfacción con uno mismo. La persona carece de un sentimiento de control y competencia. La falta de propósito le quita el significado y el sentido de la vida.

Autocríticas. La persona se auto-inculpa debido a sus percepciones distorsionadas, las que lo obligan a responsabilizarse de todos los males que ocurren y pueda ocurrir.

Pensamiento o deseos de suicidio. Las ideas o pensamientos de quitarse la vida, es un problema prevalente y potencialmente letal en pacientes depresivos.

Llanto. Cuando una persona llora es posible que sienta lástima de sí misma. De este modo sus cogniciones referentes pasan de ser actitudes de rechazo o menosprecio a ser actitudes de compasión.

Irritabilidad. La persona depresiva, cuando tiene que enfrentar alguna experiencia adversa, ve afectada su autoestima y podría responder de manera agresiva.

Inutilidad. Las consecuencias psicológicas de la depresión pueden disminuir considerablemente su capacidad para el trabajo; se siente incapaz, no solo para interactuar con los demás, sino dudar de sus propias capacidades, debido a la pobre percepción de sí misma.

Cambios en el patrón de sueño. Es uno de los síntomas más acusados de la depresión. La mayoría de las personas depresivas presentan algún tipo de alteración del sueño. Entre los

problemas se incluye la dificultad para conciliar el sueño, las interrupciones frecuentes del mismo y despertar demasiado temprano por la mañana. Por regla general recuperan su patrón de sueño habitual cuando desaparece la depresión.

Fatiga. La persona se siente sin energía para actuar, lo cual afecta su vida personal, laboral, social y sexual.

Cambios en el apetito. Algunas personas optan por dejar de comer y otras por comer en exceso.

Pérdida de interés por el sexo. Es uno de los primeros síntomas de la depresión y se expresa una manifestación de pérdida de placer generalizada, lo cual no suele preocupar demasiado. El instrumento posee una confiabilidad, en la población de estudio, con un Alpha de Cronbach de 0,95 y división por mitades de 0,92 - 0,96. La validez fue realizada por el método de contrastación de grupos obteniendo un puntaje superior a 0.05.

2.7.2 Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)

La información que a continuación se presenta fue extraída del propio manual, cuyos autores son Luis Lozano González, Eduardo García Cueto y Luis Manuel Lozano Fernández (2013).

El CECAD es un cuestionario que evalúa la existencia de los dos trastornos emocionales más frecuentes: la ansiedad y la depresión. Una puntuación alta en cualquiera de estas dos dimensiones informa de la existencia de un trastorno emocional que debería abordarse analizando las puntuaciones en las siguientes escalas: depresión, ansiedad, inutilidad,

irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos. Es muy fácil de aplicar y es breve, pues se tarda una media de 15 minutos en contestarlo.

La población a la que va dirigido son los niños, los adolescentes y los jóvenes adultos. Los ítems son fáciles de comprender en su lectura. Es muy recomendable la aplicación oral o mediante dictado en los niños más pequeños o en cualquier sujeto con problemas en la lectura.

A partir de los 50 ítems que componen el cuestionario se pueden valorar los factores de Depresión, junto a cinco aspectos clínicos: ansiedad, inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos.

Depresión: En la línea que marcan los criterios del DSM-IV, esta escala está diseñada para identificar los síntomas de la depresión en los niños, los adolescentes y los jóvenes adultos. Una elevada puntuación en esta escala indica un estado de ánimo depresivo o irritable, insomnio o hipersomnia, inutilidad, pérdida de energía, disminución de la capacidad de pensar, pérdida de apetito y pensamiento suicida.

Ansiedad: Los ítems que conforman esta escala son representativos de los síntomas psicofisiológicos asociados a la ansiedad, junto a pensamientos intrusivos, conductas de escape en situaciones sociales o agobio en lugares con mucha gente. Puntuaciones elevadas son sintomáticas de tensión muscular y problemas inherentes a una incorrecta respiración, miedos, preocupaciones y pensamientos molestos.

Inutilidad: Esta escala está formada por ítems que describen la percepción que cada uno tiene sobre su valía en cuanto a la capacidad para enfrentarse a las tareas cotidianas de su contexto vital. Una persona con una puntuación alta considera que no hace bien ninguna tarea, que duda constantemente sobre cómo hacer las cosas, que siempre necesita la ayuda

de otras personas para enfrentarse a sus tareas, etc. Muy probablemente mantendrá ante cualquier tarea, sea del tipo que sea, estrategias de evitación o escape en lugar de un afrontamiento adecuado.

Irritabilidad: Puntuaciones altas indican que la persona se percibe con una alta capacidad para enfadarse y con sensación interna de rabia ante las situaciones cotidianas. Es muy importante tener en cuenta este aspecto, ya que puede pasar desapercibido como un componente de la depresión al conceptualizarlo como un simple problema de conducta, mala educación o al etiquetar al niño como una persona sin controles internos.

Problemas de pensamiento: Una alta puntuación indica que la persona se siente inundada por pensamientos intrusivos, tiene tendencia a valorar las cosas desde la perspectiva más negativa y miedo a perder el control y a las cosas que le puedan ocurrir.

Síntomas psicofisiológicos: Una puntuación alta significa que las personas se muestran usualmente tensas, con dolores corporales, problemas respiratorios, dificultades en la conciliación o en el mantenimiento del sueño, temblor de manos, etc.

La fiabilidad se evalúa desde la perspectiva tradicional de consistencia de las puntuaciones, que se analiza por escala y grupo de edad. Los valores del coeficiente Alfa de Cronbach son en todos los casos mayores a 0.8

2.8 Procedimiento

Para la realización de la presente investigación se visitó al responsable de la Escuela Vocacional de Chapala, en Nuevo Arraiján, Provincia de Panamá Oeste., donde se informó

del proyecto de investigación a favor de la institución, y poder realizar los trámites administrativos correspondientes para realizar el estudio.

Una vez aprobada la solicitud, la psicóloga de la escuela refirió a la investigadora 15 estudiantes (con un rango de edad de 15-17 años) que presentan disminución notable de la energía, falta de interés en actividades, fatiga, irritabilidad, problemas en las relaciones interpersonales y/o problemas escolares.

Seguidamente, se procedió a la aplicación del Inventario de Depresión de Beck II y el Cuestionario Educativo-Clinico: Ansiedad y Depresión (CECAD) como pretest al grupo, brindando las instrucciones correspondientes para el correcto llenado de la hoja de respuesta. Posteriormente los resultados fueron calificados por la investigadora con la finalidad de detectar cuáles estudiantes presentaban un problema de sintomatología depresiva.

Una vez obtenidos los resultados, se procedió a realizarles una entrevista clínica semiestructurada a los estudiantes seleccionados, para aplicarles la terapia psicológica con el fin de recoger información que amplíe y corrobore los resultados de los cuestionarios.

Además, previo al inicio del tratamiento, a los estudiantes se les brindó el consentimiento informado, detallando el propósito de la investigación, se señalaron los aspectos éticos que se tomarían en cuenta en el transcurso del estudio como la voluntariedad, confidencialidad, anonimato, solicitándoles su firma que confirmara la autorización para llevar a cabo la investigación.

Terminadas las sesiones se aplicó el Inventario de Depresión de Beck II y el Cuestionario Educativo-Clinico: Ansiedad y Depresión (CECAD) como posttest al grupo. De esta segunda aplicación, se realizó un análisis estadístico para conocer el alcance del programa y determinar las comparaciones que existen antes y después, generando tablas y gráficos que muestran los resultados obtenidos.

Finalmente se generaron las conclusiones y las recomendaciones correspondientes para exponerlas y defenderlas ante el jurado calificador.

2.8.1 Estructura del tratamiento

El tratamiento se aplicó a lo largo de 10 sesiones de manera grupal, una sesión semanal. Al finalizar el tratamiento, la investigadora aplicó nuevamente el cuestionario CECAD y el BDI-II a manera de posttest.

Las 10 sesiones se llevaron a cabo de esta manera:

Sesión 1

El propósito de la primera sesión fue familiarizar a los jóvenes con el modelo terapéutico del cual participarían. De igual forma, se presentaron las reglas que regirían en todas las sesiones. Se procedió a hacer una breve explicación sobre el propósito y las metas de la intervención. Posteriormente se procedió a hacer una intervención psicoeducativa sobre la depresión. Se invitó a los participantes a reflexionar y participar a las siguientes preguntas: ¿qué tipos de pensamientos te pasan por la mente cuando te sientes deprimido?, ¿qué haces cuando te sientes deprimido? y ¿cómo te llevas con la gente cuando estás deprimido? También se les mencionó que los pensamientos afectan el estado de ánimo. Por último, se le entregó a cada uno la hoja 'El termómetro del ánimo' y se les hizo un modelaje

de cómo se llena el mismo. Se les invitó a que identificaran su estado anímico cada día durante la siguiente semana utilizando dicha hoja.

Sesión 2

En esta sesión se les brindó una explicación sobre qué son los pensamientos, cómo suelen pensar las personas deprimidas (propiciando una lluvia de ideas en torno al tema) y utilizando posteriormente los ejemplos generados por los estudiantes para clasificar los pensamientos de acuerdo con el material entregado. Trabajamos la identificación de los diferentes tipos de pensamientos. Se le entregó a cada estudiante la hoja llamada: “pensamientos dañinos o contraproducentes” para ser discutida en grupo. Se le asignó a cada estudiante uno de ‘Los errores de pensamiento’. Cada adolescente, con ayuda del grupo, debía dar un ejemplo del mismo.

Como tarea para casa se les solicitó seguir llenando el ‘Termómetro del Ánimo’. También se les entregó la hoja ‘Pensamientos Contraproducentes’ y se les solicitó que intentaran detectar sus pensamientos y los clasificaran basados en la lista de la hoja entregada. Así como también que intentaran cambiar los mismos a pensamientos más productivos, agradables o positivos.

Sesión 3

Se realizó un ejercicio en el que un adolescente representaba un estado de ánimo. Los demás tenían que generar algún ejemplo de pensamiento de acuerdo con lo solicitado por el terapeuta, dichos ejemplos podían ser positivos o negativos. El adolescente que representaba el estado de ánimo debía actuar de acuerdo con el pensamiento que se le proveía.

Posteriormente se le entregó a cada miembro del grupo una copia del material a presentar sobre ‘Aumentando pensamientos que producen un mejor estado de ánimo’ y ‘Disminuyendo los pensamientos que nos hacen sentir mal’, propiciando una discusión grupal en torno al tema.

Se presentó el método A-B-C-D al grupo, como estrategia para hablarle a nuestros pensamientos. Se brindaron ejemplos al grupo y se les pidió que generaran un ejemplo grupal utilizando el método.

Como tarea se les solicitó siguieran llenando el termómetro del ánimo cada día, así como la hoja “Lista de Pensamientos”. También se les invitó a utilizar el método A-B-C-D- para hablarle a sus pensamientos.

Sesión 4

Se les brindó psicoeducación sobre cómo las actividades que realizamos afectan nuestro estado de ánimo y cómo a través de ellas podemos evaluar nuestro estado de ánimo.

Se le solicitó al grupo que hicieran una lista de actividades agradables que uno puede hacer en Panamá sin gastar mucho dinero. También se le pidió al grupo que planificara una actividad. Para hacer el ejercicio debían responder a las siguientes preguntas: ¿cómo puedes usar tus pensamientos para ayudarte a planificar y disfrutar ciertas actividades? ¿qué es lo que te obstaculiza o impide tener actividades agradables?

Como tarea, se les entregó la hoja ‘Lista de Actividades Agradables’ y se les invitó a que durante la semana llevaran un registro diario del número de actividades agradables que hicieran, con la opción de agregar actividades que no se encontraran en la lista.

A su vez se les pidió que hicieran un experimento con ellos mismos. Se les entregó el formato de un “Contrato Personal” a cada uno, en el que debían llenar los campos

correspondientes. En el contrato se comprometían con ellos mismos a hacer la actividad de preferencia durante la próxima semana, a su vez si lo hacían estipulaban una recompensa en la que se premiarían con algo de su elección en un lapso no mayor a dos días después de completar el objetivo.

Sesión 5

En esta sesión se trabajó creando un plan individual para la depresión. Se abordó el tema de las metas y cuál es la relación de las metas con las actividades. Luego de la psicoeducación sobre qué son las metas, se le proporcionó lápiz y papel a cada miembro y se le pidió a cada uno que escribiera una meta a corto plazo y una meta a largo plazo. Se les solicitó posteriormente que, de forma voluntaria, compartieran las metas que escribieron y que analizara si las mismas eran realistas. Así mismo, que identificaran los posibles obstáculos que pudieran impedir realizarlas. Posterior a este ejercicio se abrió el espacio para una discusión grupal sobre qué es un plan y para qué sirve. Y luego de esta discusión se procedió a entregar nuevamente hoja y papel a cada miembro y se les solicitó que visualizaran un objetivo (meta) e identificaran los pasos para obtenerlo.

Como tarea se les pidió que hicieran una lista de las metas que les gustaría hacer la siguiente semana, en orden de prioridad y que identificaran un plan para lograr las de mayor prioridad.

Sesión 6

En esta sesión se abordó la temática sobre la depresión y el manejo saludable de la realidad, cómo la realidad es conformada por el mundo objetivo y el mundo subjetivo y se brindó información sobre cómo aprender a manejar estas dos partes de la realidad. Se les presentó la hoja con la figura del 'Retrato de la dama', generando una discusión grupal en

torno a diversas percepciones que se pueden tener del mismo dibujo (una anciana o una dama). Todo esto dirigido a ilustrar la diferencia entre los mundos objetivo y subjetivo. A su vez se les brindó la explicación de que cuando estamos deprimidos sentimos que no tenemos ningún control, presentándoles alternativas para sentir más control. Se le presentó una situación hipotética al grupo y se le solicitó que generara alternativas para la misma.

Sesión 7

En esta sesión se trabajó en cómo los contactos con otras personas afectan el estado de ánimo. Se les hizo la pregunta: “¿Es la depresión la que causa que las personas sean menos sociables? o bien, ¿El ser menos sociable causa que las personas se depriman?”, fomentando una discusión grupal. También se les explicó la importancia del apoyo social. Se hizo el siguiente ejercicio: a cada participante se le entregó la hoja de “Diagrama de tu red de apoyo” y se les solicitó que identificaran en cada figura geométrica el nombre de alguna persona que forme parte de la red. Luego se les dio la instrucción para que con las redes de cada miembro del grupo se representara una red de apoyo grupal, incorporando todas las redes individuales en una colectiva. Luego de esto se abre espacio a una pregunta abierta: “¿Cómo hacer amistades?”, fomentando la aportación de ideas de parte del grupo. Luego de esto se les brindó recomendaciones sobre el tema. Posteriormente se formularon las siguientes preguntas abiertas: “¿En qué sitios y actividades uno puede conocer a otras personas?” y “¿Cómo podemos mantener una red de apoyo social saludable?”, abriendo espacio para una breve discusión. Como punto final de la sesión, se formuló una pregunta abierta: “Cuáles son las diferencias entre ser pasivo, asertivo y agresivo?” para dar espacio a una breve discusión y brindarles psicoeducación sobre las diferencias entre cada uno.

Como tarea se les solicitó que anotaran los contactos que tuvieron con otras personas y si las mismas fueron positivas o negativas.

Sesión 8

Se les presentó un diagrama de la interacción entre pensamientos, sentimientos y acciones y se les proporcionó una amplia explicación sobre cómo en cada área de la vida (estando solos y estando con otros) es importante ponerle atención a los pensamientos, expectativas, comportamientos y sentimientos. En cada área de explicación, se formularon preguntas abiertas, pidiéndoles ejemplos al grupo para fomentar la reflexión y discusión grupal.

Se retomó el tema de la asertividad, brindando psicoeducación sobre cómo ser asertivo. Se procedió a practicar un ejercicio de visualización con el grupo, en donde se les solicitó que pensarán en una situación en la que se les hizo difícil ser asertivos. Se puso música de fondo y se dieron instrucciones para llevar a cabo el ejercicio. Por último, se dividió al grupo y se les pidió que imaginaran una situación en la que necesitaran ser asertivos. Cada grupo debió generar estrategias para lidiar con la situación y representarlas en forma de un pequeño drama.

Sesión 9

Se inició la sesión sugiriéndole al grupo que cuando consideren los contactos con otros grupos también consideren sus pensamientos sobre otras personas, lo que hacen con otras personas y cómo se sienten al estar con otras personas, generando preguntas en cada área para fomentar la reflexión individual de los participantes. Se proporcionó un ejemplo de una discusión entre hermanos, y cómo actuaría una persona pasiva, una persona agresiva y una persona asertiva en esta situación. Luego se procedió a dividir al grupo en dos y se le

pidió a cada grupo que trabajara una situación para la que pudieran brindar tres alternativas de manejo, de acuerdo con el ejemplo anterior. Y luego se procedió a dramatizar y discutir las mismas. Posteriormente se procedió a hacer una dinámica en donde se le colocó a cada miembro del grupo un papel en la espalda. Cada persona tuvo la oportunidad de moverse libremente y escribir en dichos papeles las características de esa persona.

Sesión 10

La sesión inició haciendo la siguiente aseveración al grupo: “El contacto con otras personas es importante para tu estado de ánimo porque ellas pueden...”, fomentando que el grupo aportara ideas para terminar la aseveración. Se brindó explicación sobre la importancia de cultivar las relaciones con otras personas, así como también cómo y cuándo cultivarlas.

Para finalizar la sesión se realizó una dinámica: se le comunicó un secreto a uno de los miembros del grupo y éste debía comunicárselo al que tuviera alado de la manera más precisa posible y así sucesivamente. Al final se le pidió al último adolescente que dijera en voz alta el secreto. Su versión se comparó con la versión original. Al finalizar la dinámica se generó una discusión grupal sobre la interpretación que cada uno le dio a la dinámica con relación al tema de las relaciones con los demás.

2.9. Análisis estadístico

Para cumplir con los objetivos de esta investigación, se realizó primero un análisis *estadístico de tipo descriptivo*, donde se utilizó las medidas de tendencia central como la media y como medida de variabilidad o dispersión, la desviación estándar.

El segundo análisis realizado fue la *estadística inferencial*, que se ocupa del proceso metódico para obtener conclusiones válidas de una muestra, con respecto a la población, de manera tal que se le pueda considerar representativa de ella.

En esta investigación usamos pruebas no paramétricas, ya que según Gómez-Gómez (2003) las pruebas no paramétricas están indicadas cuando la muestra sea menor de once o bien cuando hay una muestra mayor pero no se cumplen los requisitos de aplicabilidad de las pruebas paramétricas.

La prueba no paramétrica utilizada en esta investigación fue *Rangos signados de Wilcoxon*, según Gómez-Gómez (2001) y Ferran-Aranaz (2001), es una prueba flexible que se puede utilizar en distintas situaciones, con muestras de diferente tamaño y con pocas restricciones. Lo único que se requiere es que la variable sea continua y que sean observaciones pareadas, es decir, que sean sujetos de una misma muestra con medidas preprueba y posprueba, o bien sujetos que hayan sido pareados bajo criterios bien definidos. Contiene varias asunciones críticas:

- 1) Que los datos sean observaciones pareadas, de una muestra seleccionada al azar u obtenida por pares, o bien mediante sujetos considerados como sus propios controles.
- 2) Que los datos que se van a analizar sean continuos, o al menos ordinales, dentro y entre las observaciones pareadas.
- 3) Que haya simetría en los resultados de las diferencias con la mediana verdadera de la población.

Para efectuar esta prueba se calculan las diferencias entre los pares de datos y se registran los valores absolutos entre ellas. Luego, los valores absolutos de las diferencias entre las dos variables se ordenan del valor menor al mayor y para finalizar, a cada rango

se le da un signo positivo o negativo, dependiendo del signo de la diferencia original. Los signos positivos y los negativos se suman separadamente y se obtienen los promedios. Los pares que no tienen cambio alguno se retiran del análisis. Se usa el valor de Z para probar la hipótesis nula de la no diferencia entre los pares. Si la hipótesis nula es cierta, la suma de los rangos positivos debe ser similar a los rangos negativos. Como la prueba de los rangos signados de Wilcoxon incorpora más información acerca de los datos, es más poderosa que la prueba del signo.

Finalmente, para corroborar la eficacia del grupo de tratamiento en cada una de las variables estudiadas, se ha empleado el índice del *tamaño del efecto de la diferencia media tipificada* (d) como complemento de las pruebas estadísticas utilizadas.

Cárdenas (2014) señala que el uso de pruebas de significación estadística es una estrategia que se encuentra muy arraigada en la investigación psicológica. Sin embargo, se han sobrevalorado las bondades de dichas pruebas al considerarlas como un indicador suficiente de la veracidad de una hipótesis, omitiendo la cuantificación de las diferencias encontradas.

Para efecto de nuestro estudio, utilizamos la d de Cohen, que es una medida muy difundida en la que el tamaño del efecto se calcula restando la media obtenida en posttest menos la media del pretest de la misma muestra, dividiendo el resultado entre la desviación típica del posttest.

Se puede considerar que la d de Cohen representa el número de desviaciones típicas que separan a dos grupos. Por ejemplo, una d de 0,5 indica que la diferencia entre el grupo experimental y el grupo de control en la variable evaluada es de media desviación típica. Cohen dio algunas referencias para interpretar la magnitud de los tamaños del efecto:

- $d = 0,20$: tamaño del efecto pequeño
- $d = 0,50$: tamaño del efecto mediano
- $d = 0,80$: tamaño del efecto grande

Cualquier prueba de significación estadística que no vaya acompañada de un cálculo del tamaño del efecto carece de los parámetros necesarios para juzgar la importancia del hallazgo.

Los resultados fueron calculados a través del Programa Estadístico para Ciencias Sociales SPSS versión 23 y presentados a través de tablas y gráficas.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentan los resultados de la investigación con base en la información recogida mediante los instrumentos de estudio en datos cuantitativos de análisis descriptivo e inferencial, las que se presentan a través de tablas y gráficas.

Para una mayor claridad en su presentación, se ha optado por presentar los resultados de la siguiente manera:

a. En primer lugar se describen los resultados de la muestra total en:

- Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) aplicado desde la primera a la décima sesión a un grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala
- Escala de Depresión del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)
- Escala de Ansiedad del CECAD
- Escala de Inutilidad del CECAD
- Escala de Irritabilidad del CECAD
- Escala de Problemas de Pensamiento del CECAD
- Escala de Síntomas psicofisiológico del CECAD

b. En segundo lugar, se presenta el análisis inferencial de las variables

Se presenta los resultados de acuerdo con las 7 hipótesis planteadas donde se incluye tablas y gráficas de:

- Estadísticos descriptivos
- Rangos
- Estadístico de la prueba

3.1 Resultados en el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Tabla 1

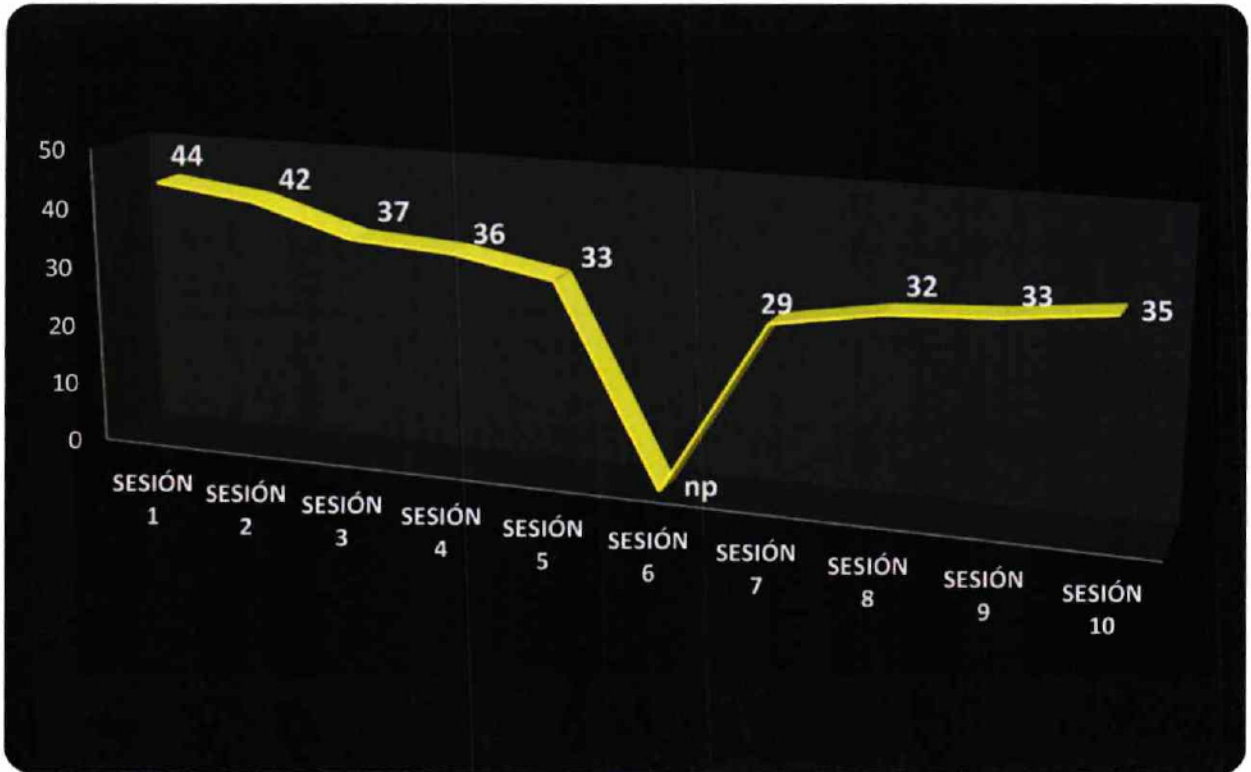
Puntuación en el Inventario de Depresión de Beck-II" (BDI-II) aplicado en las 10 sesiones al sujeto 1 del grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala

Sesiones	Puntuaciones	Nivel
Sesión 1	44	Grave
Sesión 2	42	Grave
Sesión 3	37	Grave
Sesión 4	36	Grave
Sesión 5	33	Grave
Sesión 6	np	-----
Sesión 7	29	Grave
Sesión 8	32	Grave
Sesión 9	33	Grave
Sesión 10	35	Grave
Media	36	Grave
Desviación Estándar	4.80	

Fuente: Elaborado por Quintero (2019). Datos obtenidos del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) np=no se presentó

En la Tabla 1 se recogen las puntuaciones del sujeto 1 del grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala en sus diez sesiones. Los resultados nos indican que las puntuaciones oscilan entre 29 y 44 indicando que este adolescente se mostró gravemente deprimido en 9 de las 10 sesiones. Observamos también en esta tabla que este adolescente no se presentó a sesión 6.

La puntuación media fue de 36 con una desviación estándar de 4.08. Estos resultados nos están indicando que el sujeto 1 presentó en promedio puntuaciones altas, es decir gravemente deprimido. Los resultados se aprecian en la Gráfica 1.



Gráfica 1. Puntuación en el Inventario de Depresión de Beck-II" (BDI-II) aplicado en las 10 sesiones al sujeto 1 del grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala

Fuente: Elaborado por Quintero (2019). Datos obtenidos del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Tabla 2

Puntuación en el Inventario de Depresión de Beck-II" (BDI-II) aplicado en las 10 sesiones al sujeto 2 del grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala

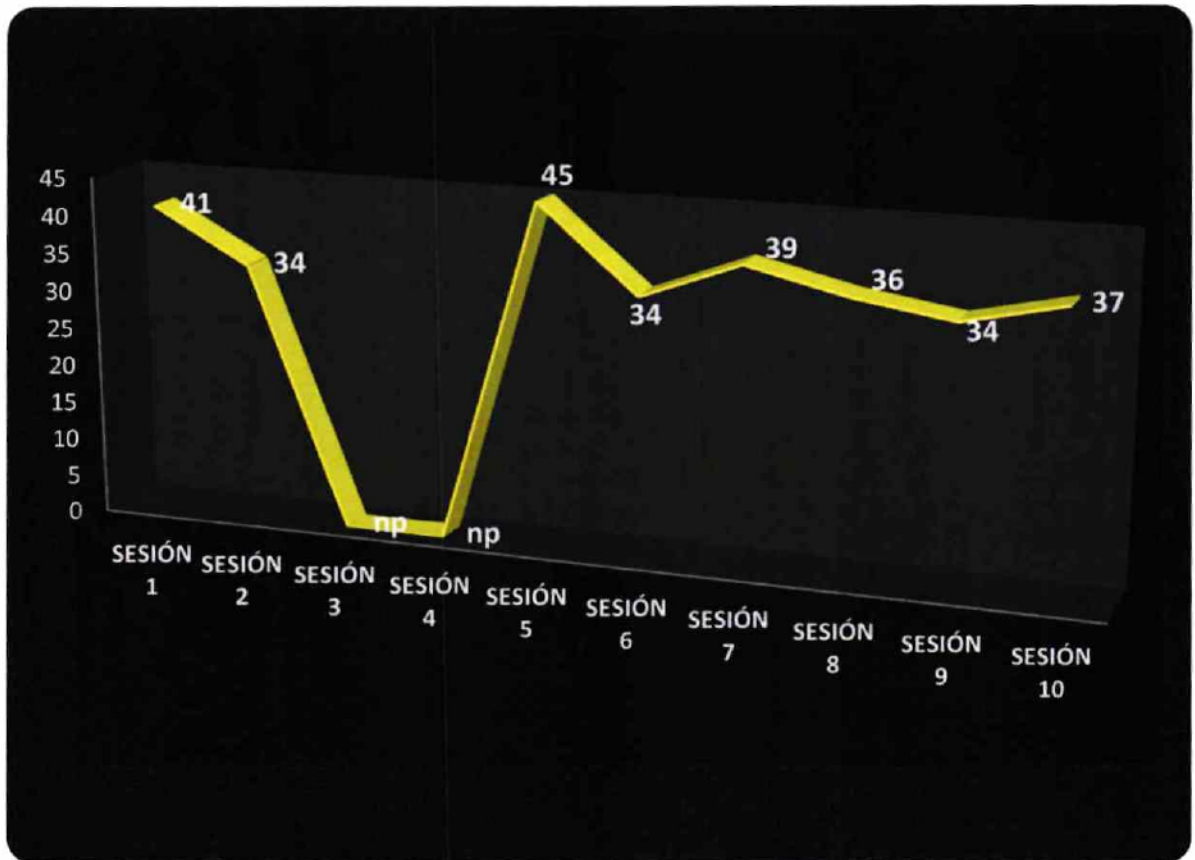
Sesiones	Puntuaciones	Nivel
Sesión 1	41	Grave
Sesión 2	34	Grave
Sesión 3	np	-----
Sesión 4	np	-----
Sesión 5	45	Grave
Sesión 6	34	Grave
Sesión 7	39	Grave
Sesión 8	36	Grave
Sesión 9	34	Grave
Sesión 10	37	Grave
Media	38	Grave
Desviación Estándar	3.96	

Fuente: Elaborado por Quintero (2019). Datos obtenidos del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) np=no se presentó

En la Tabla 2 se recogen las puntuaciones del sujeto 2 del grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapal en sus diez sesiones. Los resultados nos indican que las puntuaciones oscilan entre 34 y 45 indicando que este adolescente se encontró gravemente deprimido en 8 de las 10 sesiones. Observamos también en esta tabla que este adolescente no se presentó a las sesiones 3 y 4.

La puntuación media durante el desarrollo de las sesiones fue de 38 con una desviación estándar de 4.08. Estos resultados nos están indicando que el sujeto 2 presentó en promedio

puntuaciones altas, es decir severamente deprimido. Los resultados se aprecian en la Gráfica 2.



Gráfica 2. Puntuación en el Inventario de Depresión de Beck-II” (BDI-II) aplicado en las 10 sesiones al sujeto 2 del grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala

Fuente: Elaborado por Quintero (2019). Datos obtenidos del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Tabla 3

Puntuación en el Inventario de Depresión de Beck-II” (BDI-II) aplicado en las 10 sesiones al sujeto 3 del grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala

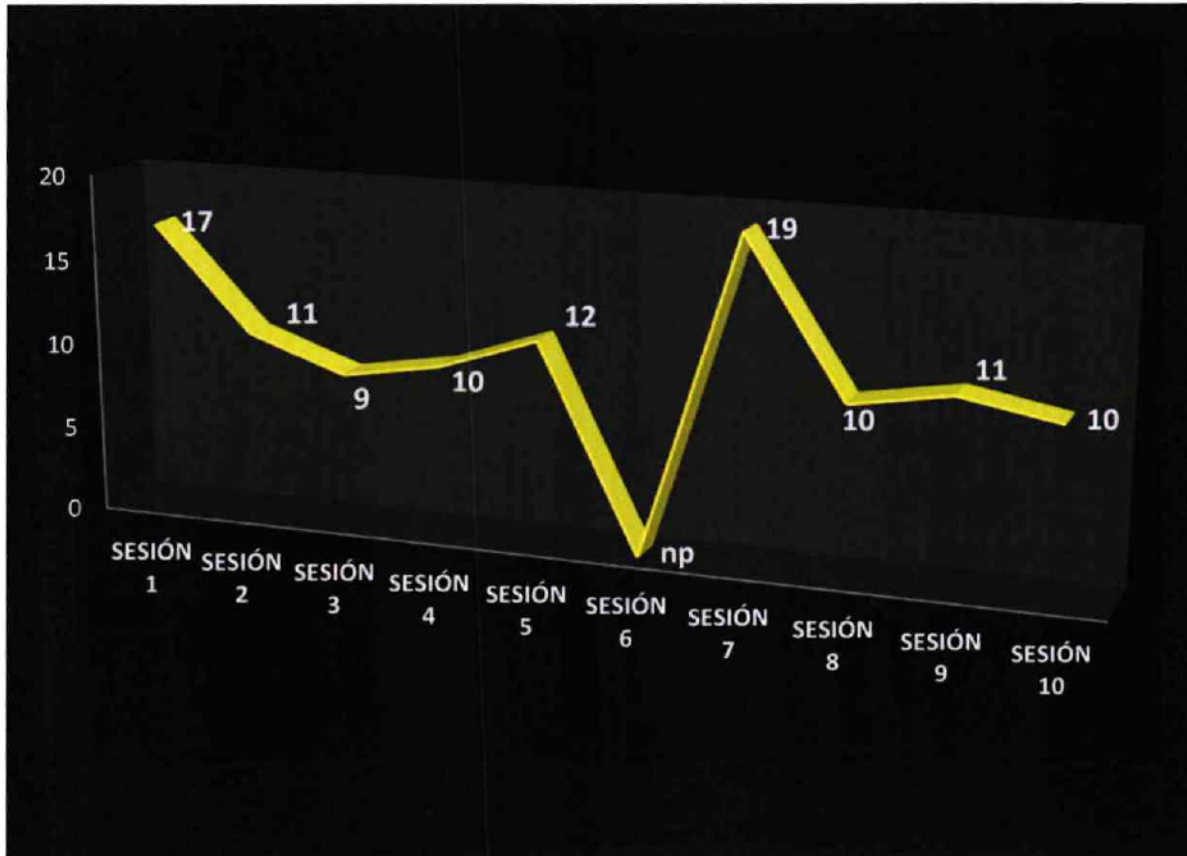
Sesiones	Puntuaciones	Nivel
Sesión 1	17	Leve
Sesión 2	11	Mínimo
Sesión 3	9	Mínimo
Sesión 4	10	Mínimo
Sesión 5	12	Mínimo
Sesión 6	np	-----
Sesión 7	19	Leve
Sesión 8	10	Mínimo
Sesión 9	11	Mínimo
Sesión 10	10	Mínimo
Media	12	Mínimo
Desviación Estándar	3.48	

Fuente: Elaborado por Quintero (2019). Datos obtenidos del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) np=no se presentó

En la Tabla 3 se recogen las puntuaciones del sujeto 3 del grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapal en sus diez sesiones. Los resultados nos muestran que las puntuaciones oscilan entre 9 y 17 indicando que este adolescente se encontró entre un mínimo y levemente deprimido en 9 de las 10 sesiones. Es decir en las sesiones 1 y 7 su nivel de depresión fue leve, y en las 2,3,4,5,8,9,y 10 mantuvo un mínimo de depresión.

Observamos también en esta tabla que este adolescente no se presentó a la sesión 6.

La puntuación media durante el desarrollo de las sesiones fue de 12 con una desviación estándar de 3.48. Estos resultados nos están indicando que el sujeto 3 presentó en promedio puntuaciones mínimas de depresión. Los resultados se aprecian en la Gráfica 3.



Gráfica 3. Puntuación en el Inventario de Depresión de Beck-II'' (BDI-II) aplicado en las 10 sesiones al sujeto 3 del grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala

Fuente: Elaborado por Quintero (2019). Datos obtenidos del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Tabla 4

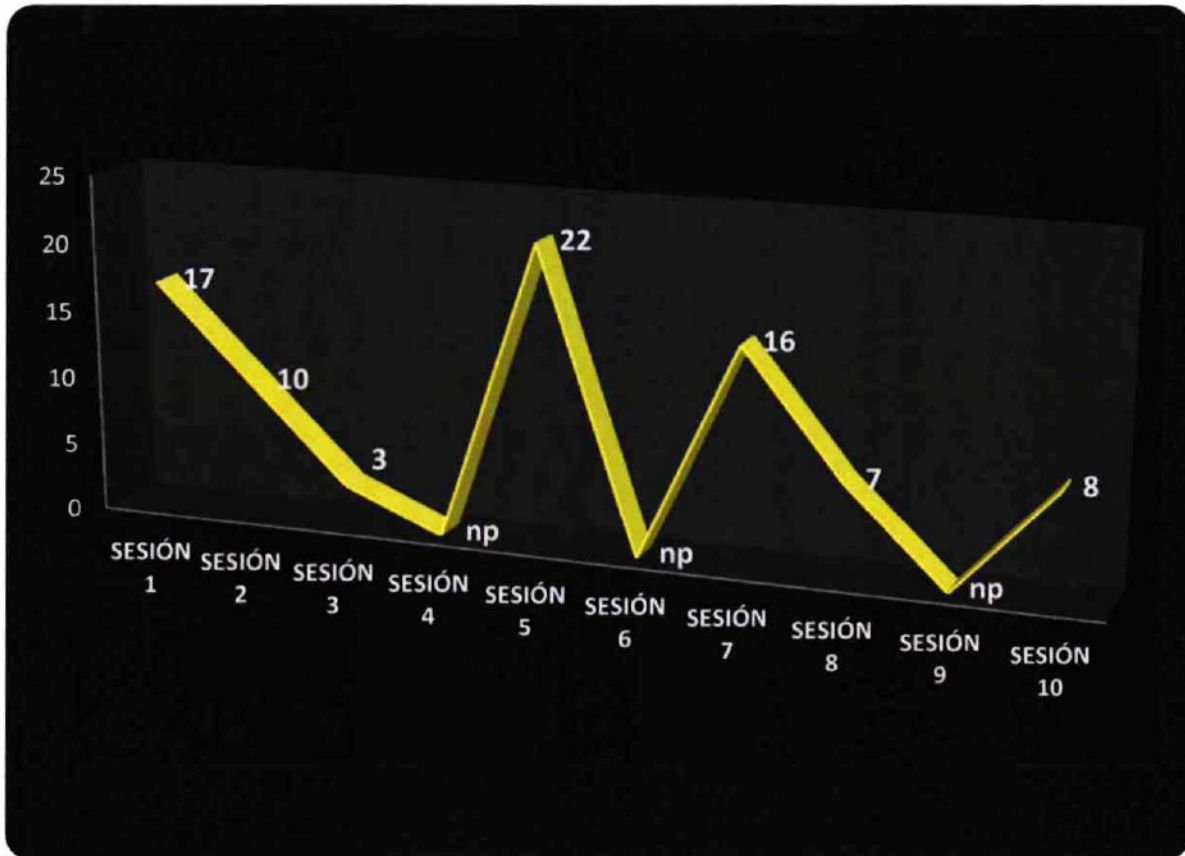
Puntuación en el Inventario de Depresión de Beck-II" (BDI-II) aplicado en las 10 sesiones al sujeto 4 del grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala

Sesiones	Puntuaciones	Nivel
Sesión 1	17	Leve
Sesión 2	10	Mínimo
Sesión 3	3	Mínimo
Sesión 4	np	-----
Sesión 5	22	Moderado
Sesión 6	np	-----
Sesión 7	16	Leve
Sesión 8	7	Mínimo
Sesión 9	np	-----
Sesión 10	8	Mínimo
Media	8	Mínimo
Desviación Estándar	7.90	

Fuente: Elaborado por Quintero (2019). Datos obtenidos del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)
np=no se presentó

En la Tabla 4 se recogen las puntuaciones del sujeto 4 del grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapal en sus diez sesiones. Los resultados nos indican que las puntuaciones oscilan entre 3 y 22 indicando que este adolescente se encontró entre un mínimo y moderadamente deprimido en 7 de las 10 sesiones. Es decir en las sesiones 1 y 7 su nivel de depresión fue leve, en la sesión 5 su nivel de depresión fue moderado y en las sesiones 2,3,8, y 10 mantuvo un mínimo de depresión. Observamos también en esta tabla que este adolescente no se presentó a las sesiones 4,6 y 9.

La puntuación media durante el desarrollo de las sesiones fue de 8 con una desviación estándar de 7.90. Estos resultados nos están indicando que el sujeto 4 presentó en promedio puntuaciones mínimas de depresión. Los resultados se aprecian en la Gráfica 4.



Gráfica 4. Puntuación en el Inventario de Depresión de Beck-II" (BDI-II) aplicado en las 10 sesiones al sujeto 4 del grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala

Fuente: Elaborado por Quintero (2019). Datos obtenidos del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Tabla 5

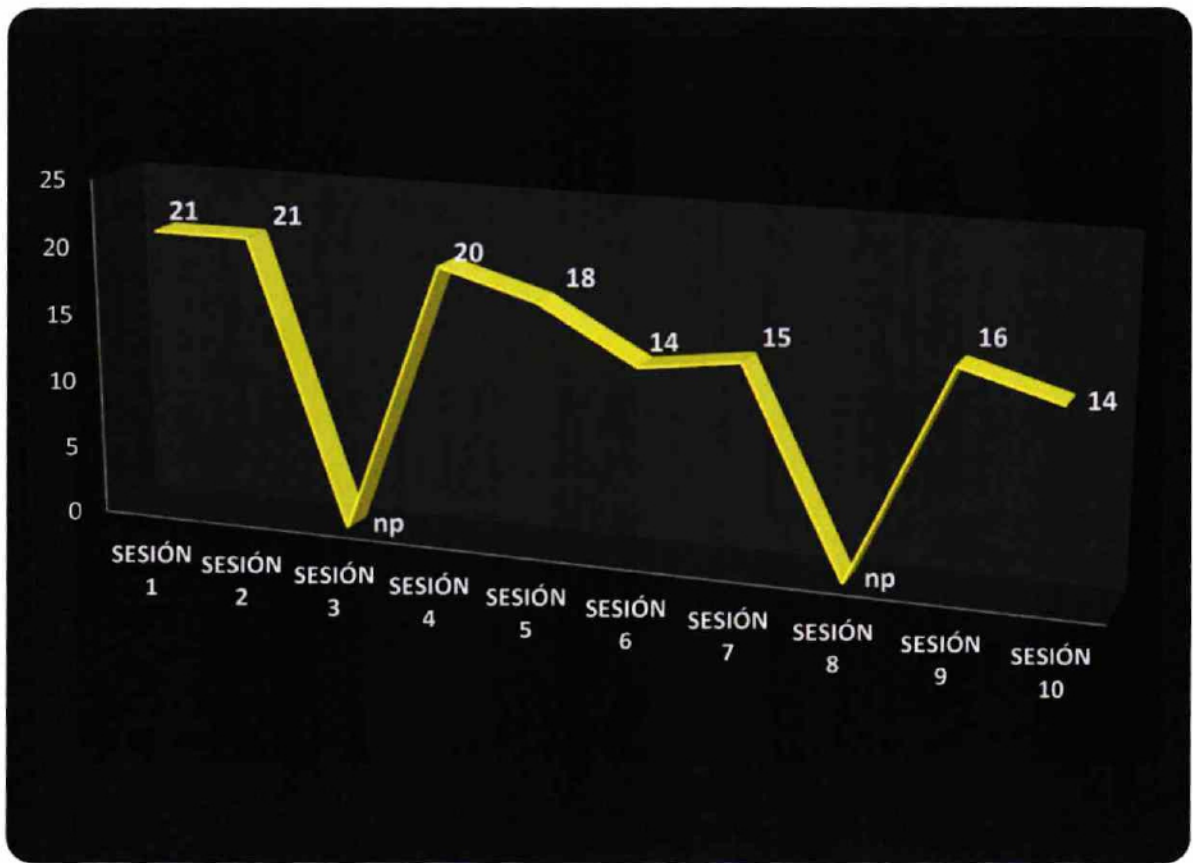
Puntuación en el Inventario de Depresión de Beck-II” (BDI-II) aplicado en las 10 sesiones al sujeto 5 del grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala

Sesiones	Puntuaciones	Nivel
Sesión 1	21	Moderado
Sesión 2	21	Moderado
Sesión 3	np	-----
Sesión 4	20	Moderado
Sesión 5	18	Leve
Sesión 6	14	Leve
Sesión 7	15	Leve
Sesión 8	np	-----
Sesión 9	16	Leve
Sesión 10	14	Leve
Media	14	Leve
Desviación Estándar	7.80	

Fuente: Elaborado por Quintero (2019). Datos obtenidos del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) np=no se presentó

En la Tabla 5 se recogen las puntuaciones del sujeto 5 del grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapal en sus diez sesiones. Los resultados nos indican que las puntuaciones oscilan entre 14 y 21 indicando que este adolescente se encontró entre leve y moderadamente deprimido en 8 de las 10 sesiones. Es decir en las sesiones 1, 2 y 4 su nivel de depresión fue moderado y en las sesiones 5, 6, 7, 9 y 10 mantuvo niveles leves de depresión. Observamos también en esta tabla que este adolescente no se presentó a las sesiones 3 y 8.

La puntuación media durante el desarrollo de las sesiones fue de 14 con una desviación estándar de 7.80. Estos resultados nos están indicando que el sujeto 5 presentó en promedio puntuaciones leves de depresión. Los resultados se aprecian en la Gráfica 5.



Gráfica 5. Puntuación en el Inventario de Depresión de Beck-II” (BDI-II) aplicado en las 10 sesiones al sujeto 5 del grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala

Fuente: Elaborado por Quintero (2019). Datos obtenidos del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Tabla 5

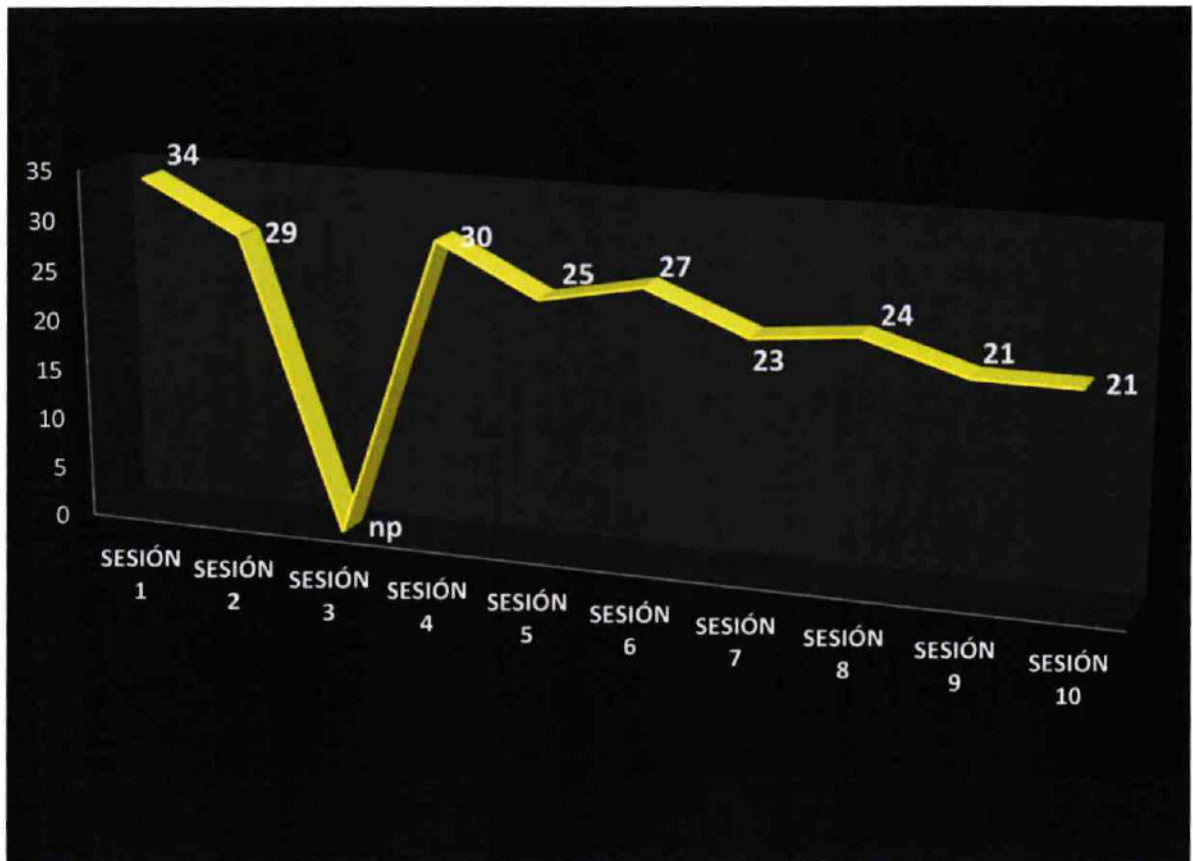
Puntuación en el Inventario de Depresión de Beck-II" (BDI-II) aplicado en las 10 sesiones al sujeto 6 del grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala

Sesiones	Puntuaciones	Nivel
Sesión 1	34	Grave
Sesión 2	29	Grave
Sesión 3	np	-----
Sesión 4	30	Grave
Sesión 5	25	Moderado
Sesión 6	27	Moderado
Sesión 7	23	Moderado
Sesión 8	24	Moderado
Sesión 9	21	Moderado
Sesión 10	21	Moderado
Media	23	Moderado
Desviación Estándar	9.20	

Fuente: Elaborado por Quintero (2019). Datos obtenidos del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) np=no se presentó

En la Tabla 6 se recogen las puntuaciones del sujeto 6 del grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapal en sus diez sesiones. Los resultados nos indican que las puntuaciones oscilan entre 21 y 34 indicando que este adolescente se encontró entre moderado y gravemente deprimido en 9 de las 10 sesiones. Es decir en las sesiones 1, 2 y 4 su nivel de depresión fue grave y en las sesiones 5, 6, 7,8, 9 y 10, mantuvo moderados niveles de depresión. Observamos también en esta tabla que este adolescente no se presentó a la sesión 3.

La puntuación media durante el desarrollo de las sesiones fue de 23 con una desviación estándar de 9.20. Estos resultados nos están indicando que el sujeto 6 presentó en promedio puntuaciones moderadas de depresión. Los resultados se aprecian en la Gráfica 6.



Gráfica 6. Puntuación en el Inventario de Depresión de Beck-II” (BDI-II) aplicado en las 10 sesiones al sujeto 6 del grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala

Fuente: Elaborado por Quintero (2019). Datos obtenidos del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

3.2 Resultados del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)

Tabla 11

Puntuación en la Escala de Depresión del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) aplicado a un grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala

Sujeto	Pretest	Postest
1	72	66
2	69	69
3	63	58
4	65	57
5	60	60
6	69	61
Media	66.33	61.83
Desviación estándar	4.57	4.70

Fuente: Elaborado por Quintero (2019). Datos obtenidos de la *Escala de Depresión del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)*

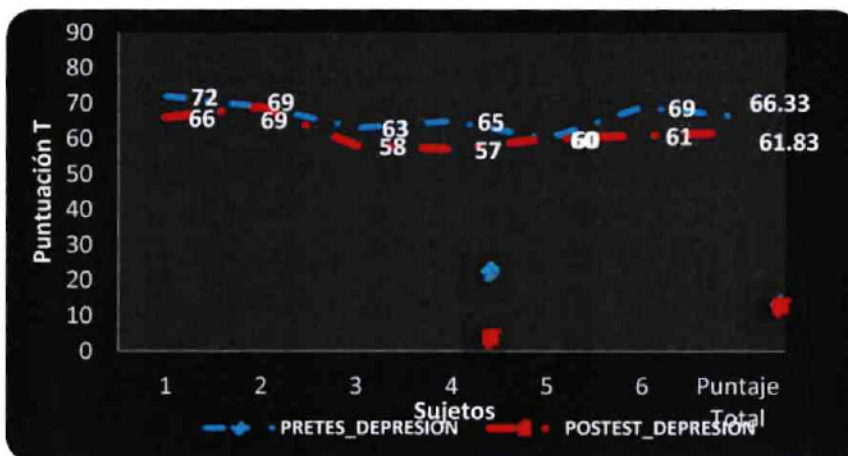
En la Tabla 11, observamos las puntuaciones en la Escala de Depresión del Cuestionario Educativo Clínico. Los resultados nos indican que en el pretest las puntuaciones oscilan entre 60 y 72 indicando sujetos con posible riesgo emocional hasta problemas de cierta gravedad.

Las puntuaciones obtenidas en la parte previa al tratamiento son las siguientes: El sujeto 3 y sujeto 5 presentan alerta o posible riesgo depresivos, mientras que los sujetos 1, sujeto 2, sujeto 4 y el sujeto 6 presentan puntuaciones altas indicando posible estado de ánimo depresivo o irritable, insomnio o hipersomnía, inutilidad, pérdida de energía, disminución de la capacidad de pensar, pérdida de apetito y pensamiento suicida.

Después del tratamiento observamos que en el sujeto 1 los estados depresivos tuvieron una disminución de 6 puntuaciones quedando en 66. El sujeto 2 mantuvo la misma puntuación (69), el sujeto 3 logró una disminución de 5 puntos quedando en 58; el sujeto 4 logró una disminución de 8 puntos quedando en 57; el sujeto 5 mantuvo la misma puntuación (60); y el sujeto 6 logró una disminución de 8 puntos quedando en 61 puntos.

La puntuación media antes del tratamiento fue de 66.33 con una desviación estándar de 4.57 y después del tratamiento esta media disminuyó a 61.83 con una desviación estándar de 4.70. Estos resultados nos están indicando que los sujetos de puntuaciones altas (problemas de cierta gravedad) pasaron a puntuaciones de alerta, posible riesgo emocional.

Los resultados se aprecian en la Gráfica 11.



Gráfica 11. Puntuación en la Escala de Depresión del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) aplicado a un grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala.

Tabla 12

Puntuación en la Escala de Ansiedad del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) aplicado a un grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala

Sujeto	Pretest	Postest
1	67	55
2	74	70
3	66	62
4	68	67
5	59	60
6	70	66
Media	67.33	63.33
Desviación estándar	4.96	5.42

Fuente: Elaborado por Quintero (2019). Datos obtenidos de *la Escala de Depresión del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)*

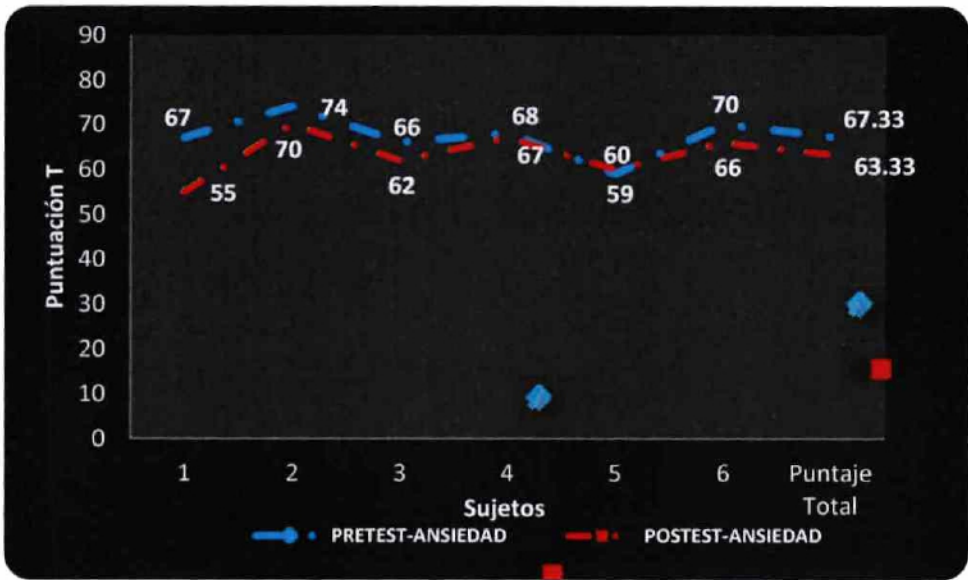
En la Tabla 12, observamos las puntuaciones en la Escala de Ansiedad del Cuestionario Educativo Clínico. Los resultados nos indican que en el pretest las puntuaciones oscilan entre 59 y 74 indicando sujetos con posibles riesgos emocionales hasta problemas de cierta gravedad.

Las puntuaciones obtenidas en la parte previa al tratamiento son las siguientes: El sujeto 5 presentan alerta o posible riesgo de ansiedad, mientras que los sujetos 1, sujeto 2, sujeto 3, sujeto 4 y el sujeto 6 presentan puntuaciones altas indicando posible tensión muscular y

problemas inherentes a una incorrecta respiración, miedos, preocupaciones y pensamientos molestos.

Después del tratamiento observamos que en el sujeto 1 los estados de ansiedad disminuyeron a 12 puntuaciones quedando en 55. El sujeto 2 logró una disminución de 4 puntos quedando en 70; el sujeto 3 logró una disminución de 4 puntos quedando en 62; el sujeto 4 disminuyó un punto quedando en 67; y el sujeto 6 logró una disminución de 4 puntos quedando en 66 puntos.

La puntuación media antes del tratamiento fue de 67.33 con una desviación estándar de 4.96 y después del tratamiento esta media disminuyó a 63.38 con una desviación estándar de 5.42. Estos resultados nos están indicando que los sujetos de puntuaciones altas (problemas de cierta gravedad) pasaron a puntuaciones de alerta, posible riesgo emocional. Estos resultados se aprecian en la Gráfica 12.



Gráfica 12. Puntuación en la Escala de Ansiedad del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) aplicado a un grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala

Tabla 13

Puntuación en la Escala de Inutilidad del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) aplicado a un grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala

Sujeto	Pretest	Postest
1	71	64
2	67	67
3	64	63
4	61	54
5	60	60
6	58	50
Media	63.50	59.67
Desviación estándar	4.84	6.47

Fuente: Elaborado por Quintero (2019). Datos obtenidos de *la Escala de Depresión del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)*

En la Tabla 13, observamos las puntuaciones en la Escala de Inutilidad del Cuestionario Educativo Clínico. Los resultados nos indican que en el pretest las puntuaciones oscilan entre 58 y 71 indicando sujetos con posibles riesgos emocionales hasta problemas de cierta gravedad.

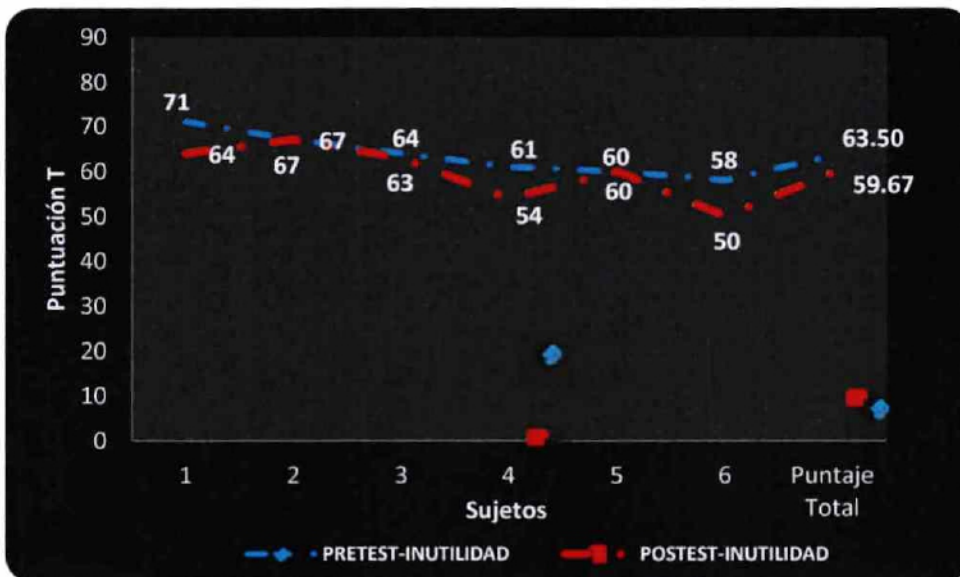
Las puntuaciones obtenidas en la parte previa al tratamiento son las siguientes: Los sujetos:3, 4,5 y 6 presentan alerta o posible riesgo emocional, mientras que los sujetos 1 y 2 presentan puntuaciones altas sugiriendo que este sujeto considera que no hace bien

ninguna tarea, que duda constantemente sobre cómo hacer las cosas, que siempre necesita la ayuda de otras personas para enfrentarse a sus tareas.

Después del tratamiento observamos que en el sujeto 1 los estados disminuyeron a 7 puntuaciones quedando en 64. El sujeto 2 mantuvo la misma puntuación antes y después del tratamiento. El sujeto 3 logró una disminución de 1 puntos quedando en 63; el sujeto 4 logró una disminución de 7 puntos quedando en 54; el sujeto 5 mantuvo la misma puntuación (60); y el sujeto 6 logró una disminución de 8 puntos quedando en 50 puntos.

La puntuación media antes del tratamiento fue de 63.50 con una desviación estándar de 4.84 y después del tratamiento esta media disminuyó a 59.67 con una desviación estándar de 6.47. Estos resultados, a pesar de que disminuyeron en el postest se mantienen en el rango de puntuaciones de alerta, posible riesgo emocional.

Estos resultados se aprecian en la Gráfica 13



Gráfica 13. Puntuación en la Escala de Inutilidad del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) aplicado a un grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala

Tabla 14

Puntuación en la Escala de Irritabilidad del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) aplicado a un grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala

Sujeto	Pretest	Postest
1	63	58
2	66	63
3	67	73
4	64	76
5	60	56
6	76	68
Media	66	65.67
Desviación estándar	5.47	8.06

Fuente : Elaborado por Quintero (2019). Datos obtenidos de *la Escala de Depresión del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)*

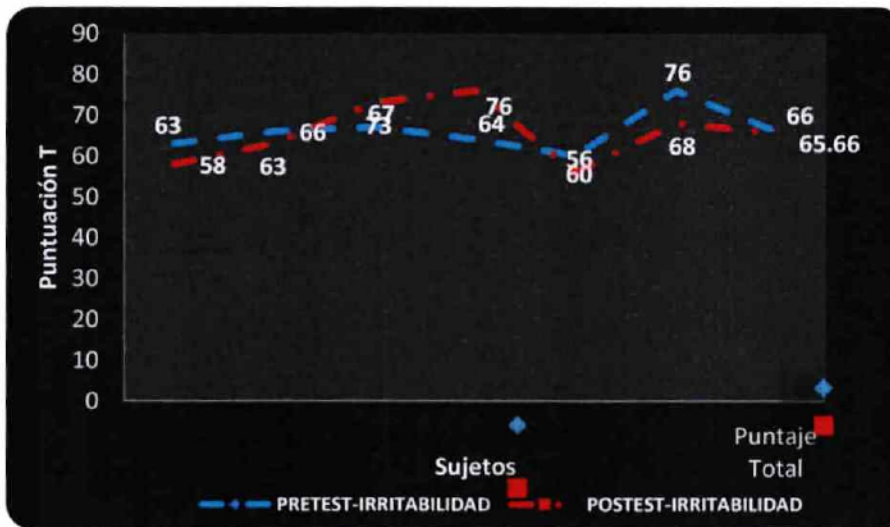
En la Tabla 14, observamos las puntuaciones en la Escala de Irritabilidad del Cuestionario Educativo Clínico. Los resultados nos indican que en el pretest las puntuaciones oscilan entre 60 y 76 indicando sujetos con posibles riesgos emocionales hasta problemas de cierta gravedad.

Las puntuaciones obtenidas en la parte previa al tratamiento son las siguientes: Los sujetos:1, 4 y 5 presentan alerta o posible riesgo emocional, mientras que los sujetos 3 y 6 presentan puntuaciones altas sugiriendo que este sujeto se percibe con una alta capacidad para enfadarse y con sensación interna de rabia ante las situaciones cotidianas.

Después del tratamiento observamos que en el sujeto 1 los estados de disminuyeron a 58. El sujeto 2 logró una disminución de 3 puntos quedando en 63; el sujeto 3 logró aumentó 6 puntos quedando en 73; el sujeto 4 también aumentó su puntuación a 76; el sujeto 5 logró una disminución de 4 puntos quedando en 56 puntos y el sujeto 6 logró una disminución de 8 puntos quedando en 68.

La puntuación media antes del tratamiento fue de 66 con una desviación estándar de 5.47 y después del tratamiento esta media disminuyó a 65.67 con una desviación estándar de 8.06. Estos resultados, a pesar de que disminuyeron en el postest se mantienen en problemas de cierta gravedad.

Estos resultados se aprecian en la Gráfica 14



Gráfica 14. Puntuación en la Escala de Irritabilidad del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) aplicado a un grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala.

Tabla 15

Puntuación en la Escala de Problemas de Pensamiento del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) aplicado a un grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala

Sujeto	Pretest	Postest
1	72	62
2	70	65
3	61	66
4	74	70
5	54	56
6	78	61
Media	68.16	63.33
Desviación estándar	8.95	4.80

Fuente: Elaborado por Quintero (2019). Datos obtenidos de la *Escala de Depresión del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)*

En la Tabla 15, observamos las puntuaciones en la Escala Problemas de Pensamiento del Cuestionario Educativo Clínico. Los resultados nos indican que en el pretest las puntuaciones oscilan entre 61 y 78 indicando sujetos con posibles riesgos emocionales hasta problemas de cierta gravedad.

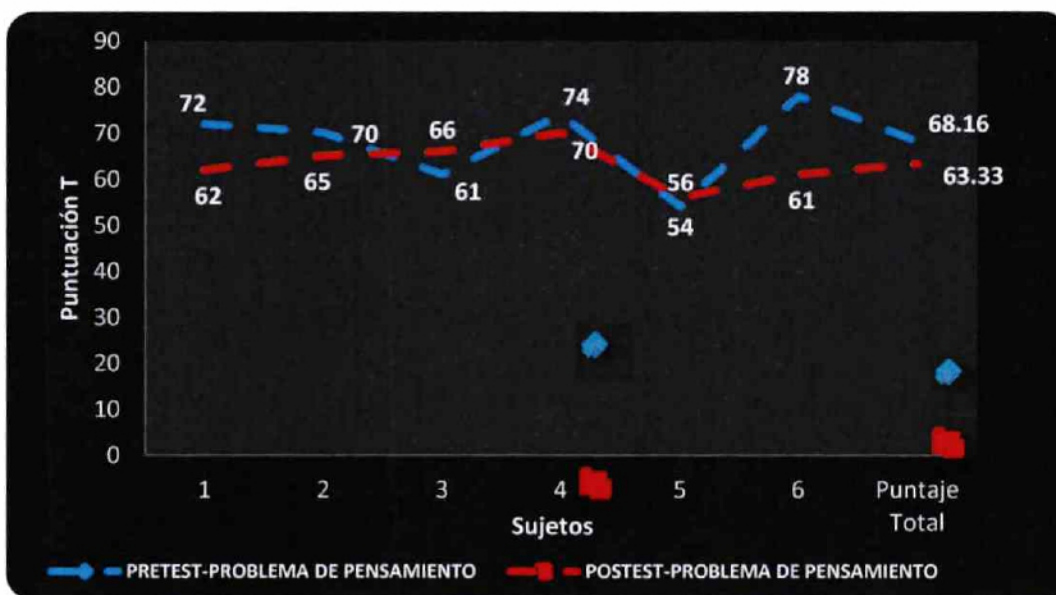
Las puntuaciones obtenidas en la parte previa al tratamiento son las siguientes: Los sujetos: 3 y 5 presentan alerta o posible riesgo emocional, mientras que los sujetos 1,2,4 y

6 presentan puntuaciones altas sugiriendo que este sujeto se siente inundado por pensamientos intrusivos, miedo a perder el control y con tendencia a elaborar las cosas desde la perspectiva más negativa.

Después del tratamiento observamos que en el sujeto 1 los estados de disminuyeron a 10 puntuaciones quedando en 62. El sujeto 2 logró una disminución de 5 puntos quedando en 65; el sujeto 3 aumentó 5 puntos quedando en 66; el sujeto 4 disminuyó su puntuación a 4 quedando en 70; el sujeto 5 aumentó 2 puntos quedando en 56 puntos y el sujeto 6 logró una disminución de 17 puntos quedando en 61.

La puntuación media antes del tratamiento fue de 68.16 con una desviación estándar de 8.95 y después del tratamiento esta media disminuyó a 63.33 con una desviación estándar de 4.80. Estos resultados pasaron de problemas de cierta gravedad a posibles riesgos emocionales.

Estos resultados se aprecian en la Gráfica 15.



Gráfica 15. Puntuación en la Escala de Problemas de Pensamiento del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) aplicado a un grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala.

Tabla 16

Puntuación en la Escala de Síntomas psicofisiológicos del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) aplicado a un grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala

Sujeto	Pretest	Postest
1	63	46
2	76	76
3	68	63
4	66	64
5	58	59
6	64	62
Media	65.83	61.67
Desviación estándar	6.01	9.64

Fuente: Elaborado por Quintero (2019). Datos obtenidos de *la Escala de Síntomas psicofisiológicos del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)*

En la Tabla 16, observamos las puntuaciones en la Escala Síntomas psicofisiológicos del Cuestionario Educativo Clínico. Los resultados nos indican que en el pretest las puntuaciones oscilan entre 58 y 76 indicando sujetos con posibles riesgos emocionales hasta problemas de cierta gravedad.

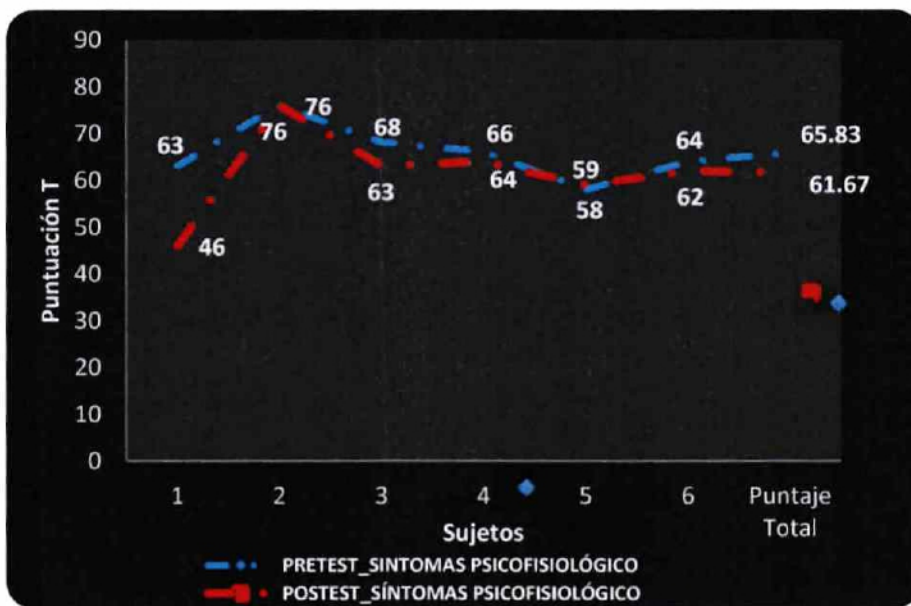
Las puntuaciones obtenidas en la parte previa al tratamiento son las siguientes: Los sujetos: 3 y 5 presentan alerta o posible riesgo emocional, mientras que los sujetos 2,3 y 4

presentan puntuaciones altas sugiriendo que estos sujetos se muestran usualmente tensos, con dolores corporales, problemas respiratorios, dificultades en la conciliación o en el mantenimiento del sueño, temblor de manos etc.

Después del tratamiento observamos que en el sujeto 1 los síntomas psicofisiológicos disminuyeron a 17 puntuaciones quedando en 46. El sujeto 2 mantuvo la misma puntuación alta (76) tanto en el pretest como el postest; el sujeto 3 aumentó 5 puntos quedando en 63; el sujeto 4 disminuyó su puntuación a 2 quedando en 64; el sujeto 5 aumentó 1 punto quedando en 59 puntos y el sujeto 6 logró una disminución de 2 puntos quedando en 62.

La puntuación media antes del tratamiento fue de 65.83 con una desviación estándar de 6.01 y después del tratamiento esta media disminuyó a 61.67 con una desviación estándar de 9.64. Estos resultados, pasaron de problemas de cierta gravedad a posibles riesgos emocionales.

Estos resultados se aprecian en la Gráfica 16.



Gráfica 16. Puntuación en la Escala de Síntomas Psicofisiológicos del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) aplicado a un grupo de adolescentes de la Escuela Vocacional de Chapala

3.3. Análisis Inferencial

3.3.1. Resultados de la Prueba Pretest y Postest del Inventario de Depresión de Beck

Hipótesis 1

H_0 : No hay diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión de los participantes del estudio antes y después de implementar el tratamiento.

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H_1 : Si hay diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión de los participantes del estudio antes y después de implementar el tratamiento.

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

•Prueba estadística: Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas

Nivel de significancia: α 0.05

•Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

Si $p > 0.05$ se acepta H_0

Resultados:

Tabla 17*Rangos*

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Puntaje Postest BD_II_10S	Rangos negativos	6	3.50	21.00
Puntajes Pretest BDI_II_1S	Rangos positivos	0	0.00	0.00
	Empates	0		
	Total	6		

Fuente: Tabla elaborado por Quintero (2019)

En la Tabla 17, titulada “Rangos” vemos que se analizaron 6 pares (los 6 adolescentes de la muestra). Hubo seis rangos negativos, no se encontraron rangos positivos ni empate.

Tabla 18*Estadístico de contraste Wilcoxon para muestras dependientes*

	Puntaje Postest BD_II_10S
	Puntajes Pretest BDI_II_1S
Z	-2.214 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	0.027

Fuente: Tabla elaborada por Quintero (2019)

Decisión:

Con un valor de $Z=-2.214$ y una significancia asintótica de 0.027 es menor que el nivel de significancia $\alpha=0.05$, hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula y aceptar

la hipótesis alterna, es decir, si hay diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión de los participantes del estudio antes y después de implementar el tratamiento.

Tamaño del efecto

Para darle más precisión al análisis calculado (Prueba Wilcoxon para muestras dependientes o relacionadas) se utilizó la *d* de *Cohen* como tamaño de efecto ya que aporta una información básica para apreciar la relevancia de la diferencia en una situación dada, y esto incluso aunque la diferencia no sea estadísticamente significativa.

Las diferencias halladas entre el pretest y postest son grandes ($d_{Cohen}=0.90$) corroborando los resultados de que hay evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula, por lo que existen diferencias estadísticamente significativas (sig. 0.027) entre las medias de los puntajes del pretest y postest de ambos grupos.

Estos resultados se observan en la Tabla 19.

Tabla 19

La d de Cohen como tamaño de efecto en el Pretest y Postest en las puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck

<i>Grupo</i>	N	Media	Desv. típ.
Pretest	6	29	12.21
Postest	6	20.83	12.52
Valor d de Cohen	0.90		
Tamaño del Efecto	Grande		

Fuente: Tabla elaborada por Quintero (2019)

3.3.2. Resultados de la Prueba Pretest y Postest del Cuestionario Educativo-Clínico:

Ansiedad y Depresión (CECAD)

Hipótesis 2

H₀: No hay diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión de los participantes del estudio antes y después de implementar el tratamiento

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H₁: Si hay diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión de los participantes del estudio antes y después de implementar el tratamiento

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

Prueba estadística: Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas.

Nivel de significancia: α 0.05

•Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

Si $p > 0.05$ se acepta H_0

Resultados:

Tabla 20*Rangos*

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Postest_depresión	Rangos negativos	4	2.50	10.00
Pretest_depresión	Rangos positivos	0	0.00	0.00
	Empates	2		
	Total	6		

Fuente: Tabla elaborada por Quintero (2019)

En la Tabla 20, titulada “Rangos” vemos que se analizaron 6 pares (los 6 adolescentes de la muestra). Hubo cuatro rangos negativos, no se encontraron rangos positivos y hubo dos empates.

Tabla 21*Estadístico de contraste Wilcoxon para muestras dependientes*

	Postest _Depresión – Pretest _Depresión
Z	-1.841 ^b

Sig. asintótica (bilateral) 0.066

Fuente: Tabla elaborada por Quintero (2019)

Decisión

Con un valor de $Z=-1.8441$ y una significancia asintótica de 0.066 es mayor que el nivel de significancia $\alpha=0.05$, no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, es decir, no hay diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión de los participantes del estudio antes y después de implementar el tratamiento. Por lo que se concluye que el programa no resultó ser efectivo para la Escala de Depresión.

Tabla 22

La d de Cohen como tamaño de efecto en el Pretest y Postest en las puntuaciones de la Escala de Depresión del Cuestionario Educativo-Clinico: Ansiedad y Depresión

<i>Grupo</i>	N	Media	Desv. típ.
<i>Pretest</i>	6	66.33	4.57
<i>Postest</i>	6	61.83	4.70
<i>Valor d de Cohen</i>	0.75		
<i>Tamaño del Efecto</i>	Grande		

Tabla elaborada por Quintero (2019)

En la Tabla 22, observamos las medias, desviaciones estándar y el tamaño del efecto de d de Cohen en la escala de depresión en el pretest y postest de los participantes del estudio.

No se halló un efecto estadísticamente significativo de interacción entre las medias antes y después en la escala de depresión, sin embargo, si observamos que las puntuaciones medias después de la terapia (postest) son menores que las puntuaciones medias en el

pretest. Estos resultados nos están indicando que los sujetos de puntuaciones altas (problemas de cierta gravedad) pasaron a puntuaciones de alerta, posible riesgo emocional.

El valor del estadístico obtenido no ofrece significación estadística: $p = 0.06$ y $d_{\text{Cohen}}=0.75$ (grande); este valor p se aproxima más hacia la significación ($\alpha 0.05$), sin embargo, después de la aplicación del programa de intervención no indica que haya habido diferencias significativas.

Hipótesis 3

H_0 : No hay diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Ansiedad de los participantes del estudio antes y después de implementar el tratamiento.

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H_1 : Si hay diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Ansiedad de los participantes del estudio antes y después de implementar el tratamiento.

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

Prueba estadística: Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas.

Nivel de significancia: $\alpha 0.05$

•Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

Si $p > 0.05$ se acepta H_0

Resultados:

Tabla 23*Rangos*

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Postest	Rangos			
ansiedad –	negativos	5	3.90	19.50
Pretest	Rangos positivos	1 ^e	1.50	1.50
_ansiedad	Empates	0 ^f		
	Total	6		

Tabla elaborada por Quintero (2019)

En la Tabla 23, titulada ‘Rangos’, vemos que se analizaron seis pares (los seis adolescentes de la muestra). Hubo cinco rangos negativos, un rango positivo, pero no hubo empate.

Tabla 24*Estadístico de contraste Wilcoxon para muestras dependientes*

Postest _Ansiedad –	
Pretest _Ansiedad	
Z	-1.913 ^b
Sig.	asintótica
(bilateral)	0.056

Fuente: Tabla elaborado por Quintero (2019)

Decisión

Con un valor de $Z=-1.913$ y una significancia asintótica de 0.056 es mayor que el nivel de significancia $\alpha=0.05$, no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, es decir, no hay diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad de los participantes del estudio antes y después de implementar el tratamiento. Por lo que se concluye que, el programa no resultó ser efectivo para la Escala de Ansiedad.

Tabla 25

La d de Cohen como tamaño de efecto en el Pretest y Posttest en las puntuaciones de la Escala de Ansiedad del Cuestionario Educativo-Clinico: Ansiedad y Depresión

<i>Grupo</i>	N	Media	Desv. típ.
Pretest	6	67.33	4.96
Posttest	6	63.33	5.42
Valor d de Cohen	0.78		
Tamaño del Efecto	Grande		

Fuente: Tabla elaborado por Quintero (2019)

En la Tabla 25, observamos las medias, desviaciones estándar y el tamaño del efecto de d de Cohen en la escala de ansiedad en el pretest y posttest de los 6 adolescentes participantes del estudio.

No se halló un efecto estadísticamente significativo de interacción entre las medias antes y después en la escala de ansiedad, sin embargo, si observamos que las puntuaciones medias después de la terapia (posttest) son menores que las puntuaciones medias en el

pretest. Estos resultados nos están indicando que los sujetos de puntuaciones altas (problemas de cierta gravedad) pasaron a puntuaciones de alerta, posible riesgo emocional. El valor del estadístico obtenido no ofrece significación estadística: $p = 0.056$ y $d_{\text{Cohen}}=0.78$ (grande); este valor p se aproxima más hacia la significación ($\alpha 0.05$), sin embargo, después de la aplicación del programa de intervención no indica que haya habido diferencias significativas.

Hipótesis 4

H_0 : No hay diferencias estadísticamente significativas en la Escala Inutilidad de los participantes del estudio antes y después de implementar el tratamiento

$$H_0: \bar{X}_{GE\text{pretest}} = \bar{X}_{GE\text{postest}}$$

H_1 : Si hay diferencias estadísticamente significativas en la Escala Inutilidad de seis adolescentes varones entre los 15 y 17 años de la Escuela Vocacional de Chapala antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la terapia cognitivo conductual.

$$H_1: \bar{X}_{GE\text{pretest}} \neq \bar{X}_{GE\text{postest}}$$

Prueba estadística: Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas.

Nivel de significancia: $\alpha 0.05$

•Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

Si $p > 0.05$ se acepta H_0

Resultados:

Tabla 26*Rangos*

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Rangos negativos	4 ^a	2.50	10.00
Rangos positivos	0 ^b	0.00	0.00
Empates	2 ^c		
Total	6		

Fuente: Tabla elaborado por Quintero (2019)

En la Tabla 26, titulada “Rangos”, vemos que se analizaron seis pares (los seis adolescentes de la muestra). Hubo cuatro rangos negativos, no se encontró rango positivo, pero si hubo dos empates.

Tabla 27*Estadístico de contraste Wilcoxon para muestras dependientes*

	Postest-Inutilidad - Pretest_Inutilidad
Z	-1.841 ^b
Sig. (bilateral)	asintótica 0.066

Fuente: Tabla elaborado por Quintero (2019)

Decisión

Con un valor de $Z=-1.841$ y una significancia asintótica de 0.066 es mayor que el nivel de significancia $\alpha=0.05$, no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, es decir, no hay diferencias estadísticamente significativas en los factores de inutilidad de los participantes del estudio antes y después de implementar el tratamiento. Por lo que se concluye que el programa no resultó ser efectivo para la Escala de Inutilidad.

Tabla 28

La d de Cohen como tamaño de efecto en el Pretest y Postest en las puntuaciones de la Escala de Inutilidad del Cuestionario Educativo-Clinico: Ansiedad y Depresión

Grupo	N	Media	Desv. típ.
Pretest	6	63.50	4.84
Postest	6	59.67	6.47
Valor d de Cohen	0.75		
Tamaño del Efecto	Grande		

Fuente: Tabla elaborado por Quintero (2019)

En la Tabla 28, observamos las medias, desviaciones estándar y el tamaño del efecto de d de Cohen en la escala inutilidad en el pretest y postest de los seis adolescentes participantes del estudio.

No se halló un efecto estadísticamente significativo de interacción entre las medias antes y después en la escala de inutilidad, sin embargo, si observamos que las puntuaciones medias después de la terapia (postest) son menores que las puntuaciones medias en el

pretest. Estos resultados nos están indicando que los sujetos de puntuaciones altas (problemas de cierta gravedad) pasaron a puntuaciones de alerta, posible riesgo emocional.

El valor del estadístico obtenido no ofrece significación estadística: $p = 0.06$ y $d_{\text{Cohen}}=0.75$ (grande); este valor p se aproxima más hacia la significación ($\alpha 0.05$), sin embargo, después de la aplicación del programa de intervención no indica que haya habido diferencias significativas.

Hipótesis 5

H_0 : No hay diferencias estadísticamente significativas en la Escala Irritabilidad de los participantes del estudio antes y después de implementar el tratamiento

$$H_0: \bar{X}_{GE\text{pretest}} = \bar{X}_{GE\text{postest}}$$

H_1 : Si hay diferencias estadísticamente significativas en la Escala Irritabilidad, los participantes del estudio de implementar el tratamiento

$$H_1: \bar{X}_{GE\text{pretest}} \neq \bar{X}_{GE\text{postest}}$$

Prueba estadística: Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas.

Nivel de significancia: $\alpha 0.05$

•Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

Si $p > 0.05$ se acepta H_0

Resultados:

Tabla 29*Rangos*

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Postest_Irritabilidad	4	2.75	11.00
Pretest_Irritabilidad	2 ^k	5.00	10.00
Empates	0		
Total	6		

Fuente: Tabla elaborado por Quintero (2019)

En la Tabla 29, titulada “Rangos”, vemos que se analizaron seis pares (los seis adolescentes de la muestra). Hubo cuatro rangos negativos, dos rangos positivos, pero no hubo dos empates.

Tabla 30*Estadístico de contraste Wilcoxon para muestras dependientes*

Postest_Irritabilidad - Pretest_Irritabilidad	
Z	-0.105
Sig. (bilateral)	asintótica 0.917

Fuente: Tabla elaborado por Quintero (2019)

Decisión:

Con un valor de $Z=-0.105$ y una significancia asintótica de 0.917 es mayor que el nivel de significancia $\alpha=0.05$, no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, es decir, no hay diferencias estadísticamente significativas en los factores de irritabilidad de seis adolescentes varones entre los 15 y 17 años de la Escuela Vocacional de Chapala antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la Terapia Cognitivo Conductual. Por lo que se concluye que, el programa no resultó ser efectivo para la escala irritabilidad.

Tabla 31

La d de Cohen como tamaño de efecto en el Pretest y Postest en las puntuaciones de la Escala de Irritabilidad del Cuestionario Educativo-Clinico: Ansiedad y Depresión

Grupo	N	Media	Desv. típ.
Pretest	6	66	5.47
Postest	6	65.67	8.06
Valor d de Cohen	0.042		
Tamaño del Efecto	Pequeño		

Fuente: Tabla elaborado por Quintero (2019)

En la Tabla 31, observamos las medias, desviaciones estándar y el tamaño del efecto de d de Cohen en la escala de Irritabilidad en el pretest y postest de los participantes del estudio

No se halló un efecto estadísticamente significativo de interacción entre las medias antes y después en la escala de irritabilidad, sin embargo, si observamos que las puntuaciones

medias después de la terapia (postest) son relativamente menor que las puntuaciones medias en el pretest. Estos resultados nos están indicando que los sujetos de puntuaciones altas (problemas de cierta gravedad) pasaron a puntuaciones de alerta, posible riesgo emocional.

El valor del estadístico obtenido no ofrece significación estadística: $p = 0.917$ y $d_{\text{Cohen}}=0.042$ (pequeño); este valor p se aleja bastante de la significación ($\alpha 0.05$), por lo que el grupo en esta escala no ha tenido variaciones a lo largo del estudio, es decir ha permanecido sin cambios.

Hipótesis 6

H_0 : No hay diferencias estadísticamente significativas en la Escala Problemas de pensamiento de los participantes del estudio antes y después de implementar el tratamiento

$$H_0: \bar{X}_{\text{GEpretest}} = \bar{X}_{\text{GEpostest}}$$

H_1 : Si hay diferencias estadísticamente significativas en la Escala Problemas de pensamiento de los participantes del estudio antes y después de implementar el tratamiento

$$H_1: \bar{X}_{\text{GEpretest}} \neq \bar{X}_{\text{GEpostest}}$$

Prueba estadística: Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas.

Nivel de significancia: $\alpha 0.05$

•Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

Si $p > 0.05$ se acepta H_0

Resultados:

Tabla 32*Rangos*

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Postest_Problema de Rangos de Pensamiento negativos	4	4.13	16.50
Pretest_Problema de Rangos positivos	2	2.25	4.50
Empates	0 ^o		
Total	6		

Fuente: Tabla elaborado por Quintero (2019)

En la Tabla 32, titulada “Rangos”, vemos que se analizaron seis pares (los seis adolescentes de la muestra). Hubo cuatro rangos negativos, dos rangos positivos, pero no hubo dos empates.

Tabla 33*Estadístico de contraste Wilcoxon para muestras dependientes*

	Postcecad_Problema de Pensamiento - Pretest_Problema de Pensamiento
Z	-1.261 ^b
Sig. (bilateral)	asintótica 0.207

Fuente: Tabla elaborado por Quintero (2019)

Decisión:

Con un valor de $Z=-1.261$ y una significancia asintótica de 0.207 es mayor que el nivel de significancia $\alpha=0.05$, no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, es decir, no hay diferencias estadísticamente significativas en los factores de problemas de pensamiento de los participantes del estudio antes y después de implementar el tratamiento. Por lo que se concluye que, el programa no resultó ser efectivo para la Escala de Problemas de pensamiento.

Tabla 34

La d de Cohen como tamaño de efecto en el Pretest y Postest en las puntuaciones de la Escala de Problema de Pensamiento del Cuestionario Educativo-Clinico: Ansiedad y Depresión

Grupo	N	Media	Desv. típ.
Pretest	6	68.16	8.95
Postest	6	63.33	4.80
Valor d de Cohen	0.51		
Tamaño del Efecto	Grande		

Fuente: Tabla elaborado por Quintero (2019)

En la Tabla 34, observamos las medias, desviaciones estándar y el tamaño del efecto de d de Cohen en la escala problema de pensamiento en el pretest y postest de los 6 adolescentes con edades comprendidas entre 15 y 17 años que participaron en la Terapia Cognitivo Conductual.

No se halló un efecto estadísticamente significativo de interacción entre las medias antes y después en la escala de problema de pensamiento, sin embargo, si observamos que las puntuaciones medias después de la terapia (postest) son menores que las puntuaciones medias en el pretest. Estos resultados, pasaron de problemas de cierta gravedad a posibles riesgos emocionales.

El valor del estadístico obtenido no ofrece significación estadística: $p = 0.207$ y $d_{\text{Cohen}}=0.51$ (grande); este valor p se aleja de la significación ($\alpha 0.05$), por lo que el grupo en esta escala no ha tenido variaciones a lo largo del estudio, es decir ha permanecido sin cambios.

Hipótesis 7

H_0 : No hay diferencias estadísticamente significativas en la Escala Síntomas psicofisiológicos de los participantes del estudio antes y después de implementar el tratamiento.

$$H_0: \bar{X}_{GE\text{pretest}} = \bar{X}_{GE\text{postest}}$$

H_1 : Si hay diferencias estadísticamente significativas en la Escala Síntomas psicofisiológicos de los participantes del estudio antes y después de implementar el tratamiento.

$$H_1: \bar{X}_{GE\text{pretest}} \neq \bar{X}_{GE\text{postest}}$$

Prueba estadística: Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas

Nivel de significancia: $\alpha 0.05$

•Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

Si $p > 0.05$ se acepta H_0

Resultados:

Tabla 35*Rangos*

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Rangos negativos	4 ^p	3.50	14.00
Rangos positivos	1 ^q	1.00	1.00
Empates	1 ^r		
Total	6		

Fuente: Tabla elaborado por Quintero (2019)

En la Tabla 35, titulada “Rangos”, vemos que se analizaron seis pares (los seis adolescentes con edades comprendidas entre 15 y 17 años). Hubo cuatro rangos negativos, un rango positivo y un empate.

Tabla 36*Estadístico de contraste Wilcoxon para muestras dependientes*

	Postest_ Síntomas psicofisiológicos – Pretest- Síntomas psicofisiológicos
Z	-1.761 ^b
Sig. (bilateral)	asintótica 0.078

Fuente: Tabla elaborado por Quintero (2019)

Decisión

Con un valor de $Z=-1.761$ y una significancia asintótica de 0.078 es mayor que el nivel de significancia $\alpha=0.05$, no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, es decir, no hay diferencias estadísticamente significativas en los síntomas psicofisiológico de los participantes del estudio antes y después de implementar el tratamiento. Por lo que se concluye que, el programa no resultó ser efectivo para la Escala Síntomas psicofisiológicos.

Tabla 37

La d de Cohen como tamaño de efecto en el Pretest y Postest en las puntuaciones de la Escala de Síntomas psicofisiológicos del Cuestionario Educativo-Clinico: Ansiedad y Depresión

Grupo	N	Media	Desv. típ.
Pretest	6	65.83	6.01
Postest	6	61.67	9.64
Valor d de Cohen	0.71		
Tamaño del Efecto	Grande		

Fuente: Tabla elaborado por Quintero (2019)

En la Tabla 37, observamos las medias, desviaciones estándar y el tamaño del efecto de d de Cohen en la Escala Síntomas psicofisiológicos en el pretest y postest de los participantes del estudio.

No se halló un efecto estadísticamente significativo de interacción entre las medias antes y después en la Escala de Síntomas psicofisiológicos, sin embargo, si observamos que las puntuaciones medias después de la terapia (postest) son menores que las puntuaciones medias en el pretest. Estos resultados, pasaron de problemas de cierta gravedad a posibles riesgos emocionales.

El valor del estadístico obtenido no ofrece significación estadística: $p = 0.078$ y $d_{\text{Cohen}}=0.71$ (grande); este valor p se aproxima más hacia la significación ($\alpha 0.05$), sin embargo, después de la aplicación del programa de intervención no indica que haya habido diferencias significativas.

3.4. Discusión

El propósito de la investigación era demostrar si la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual grupal disminuye la sintomatología depresiva en los seis participantes.

En la pre y post evaluación del Inventario de Depresión de Beck y el CECAD, algunos sujetos mantuvieron sus niveles de depresión mientras que otros presentaron cierta disminución en sus puntuaciones. Estadísticamente no resultó significativa la efectividad de la terapia, a pesar de que se observó una disminución en los puntajes en algunos adolescentes después de aplicada la intervención.

Los resultados de esta investigación no corroboran los resultados de la literatura que demuestran las diferencias en la sintomatología depresiva en adolescentes después de una intervención de terapia cognitivo conductual.

Son varias las razones posibles por la que dichos resultados arrojaron que la terapia no fue efectiva. En primer lugar, la intervención aplicada no tenía técnicas lo suficientemente poderosas para generar un cambio verdadero. Eran necesarias reestructuraciones cognitivas de pensamientos automáticos, creencias intermedias y centrales, cosa que no sucedió con la intervención ya que no se utilizaron técnicas de reestructuración tales como cuestionamiento socrático ni registros de pensamientos disfuncionales. En segundo lugar, no hubo un acceso suficiente al contenido cognitivo de los participantes que permitiera una auténtica modificación de los procesos de pensamiento, en parte debido a la poca experiencia de la investigadora y en parte debido a la poca apertura para participar de parte de los conformantes de la muestra. En tercer lugar, los participantes tienen una historia de vida marcada por muchos factores de riesgo, que aún se mantienen presentes en sus vidas

y que no han sido tratados, tales como: pobreza, conflictos familiares, violencia intrafamiliar, consumo de drogas y alcohol en la familia, psicopatología de los padres, entre otros. Son sucesos que contribuyen poderosamente en el mantenimiento de los estados depresivos y que perjudicaban la intervención, debido a que la muestra interactuaba con estos factores los fines de semana que se encontraban fuera de la Escuela Vocacional de Chapala. En cuarto lugar, no se logró generar nuevas experiencias (a través de experimentos conductuales) que permitieran la adquisición de nuevas habilidades debido a que la muestra no se mantuvo comprometida con las tareas para casa. La TCC se basa en un modelo de colaboración en donde el paciente juega un rol activo, cosa que no ocurrió en el presente estudio. En quinto lugar, las ausencias de los sujetos en más de una sesión pudieron influenciar en los resultados. En sexto lugar, el contexto en la escuela representaba una fuente generadora de estrés importante en la muestra debido a la ausencia de actividades recreativas y deportivas en el centro escolar además de la constante presencia de interacciones conflictivas entre el profesorado y los estudiantes.

La depresión es un trastorno complejo que requiere de soluciones complejas. Los resultados apuntan que los adolescentes que reportaron mayor gravedad al comienzo del tratamiento también presentaron los mayores niveles de gravedad al finalizar el mismo. Quienes peor se encontraron al inicio de la intervención, peor terminaron y por la complejidad de cada caso y sus antecedentes, estos jóvenes necesitan más tiempo en terapia, sesiones de terapia de corte individual, intervenciones con los padres, y entrenamiento de habilidades grupales, donde padres y adolescentes aprendan juntos. A su vez, por la complejidad de los antecedentes de estos jóvenes en riesgo social, es necesario la utilización de otras estrategias terapéuticas en conjunto con la TCC, como por

ejemplo la Terapia Dialéctica Conductual o la Terapia de Esquemas. Estos tipos de terapia trabajan a un nivel más profundo que la cognición y cuyo objetivo es enseñarles a los adolescentes técnicas que les ayuden a comprender sus emociones sin juzgarlas, el componente de permanecer en el momento presente y comprender los signos de las emociones no reguladas y también a adquirir habilidades y técnicas para manejar esas emociones y cambiar comportamientos impulsivos, autodestructivos o autolesionantes.

Resumiendo, lo anterior expuesto intenta detallar las limitaciones del presente estudio que pudieron haber influenciado en los resultados obtenidos. Si bien, los resultados no fueron los esperados y los estados depresivos de la muestra se mantuvieron, se pudieron detectar factores que pueden y deben ser atendidos para mejorar la sintomatología depresiva de estos estudiantes. En el apartado de recomendaciones se amplía mejor este aspecto.

CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- Las ausencias en más de una sesión pudieron afectar los resultados del tratamiento, ya que hubo sujetos que se ausentaron en dos sesiones consecutivas. A mayor ausentismo menor el efecto positivo del tratamiento.
- Los seis adolescentes no obtuvieron una disminución significativa en los síntomas de depresión al obtenido antes del inicio del tratamiento, pero sí se observaron disminución en los puntajes en algunos adolescentes después de la terapia.
- En el BDI-II, los adolescentes en promedio pasaron de presentar puntuaciones graves de depresión a puntuaciones moderadas a medida que fueron avanzando en las sesiones.
- En el CECAD, no hubo cambios estadísticamente significativos que demostraran que la terapia tuvo un efecto en la disminución de los síntomas en las escalas de depresión, ansiedad, sentimientos de inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamientos y síntomas psicofisiológicos. Sin embargo, comparando los resultados entre pretest y postest, algunos sujetos presentaron disminución en sus niveles y puntuaciones en las escalas.
- En el CECAD, los adolescentes en promedio presentaron la mayor disminución de puntuaciones en la Escala Problemas de Pensamiento y la menor en la Escala Irritabilidad.

4.2 Recomendaciones

La investigación

- En futuras investigaciones, es recomendable aplicar entrevistas a los padres y personas significativas de los sujetos que conforman la muestra, para conocer sus estados de salud mental, así como la historia clínica de los jóvenes para así identificar aquellos factores externos que puedan estar originando o manteniendo los síntomas depresivos.
- Aplicar un entrenamiento en habilidades de comunicación con los sujetos de la muestra, previo a iniciar la intervención de terapia cognitivo conductual, para que desarrollen recursos que fomente una participación durante la intervención.
- Aplicar una intervención de terapia cognitiva conductual con técnicas cognitivas y conductuales más poderosas que las utilizadas en el presente estudio.

Escuela Vocacional de Chapala

- Organizar talleres grupales para el equipo docente, que incluyan psicoeducación sobre el adecuado manejo de adolescentes en riesgo social, entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación.
- Realizar sesiones de terapia psicológica para docentes que lo requieran, con el objetivo de reducir sus problemas de salud mental y que ello ayude a mejorar su calidad en las interacciones con los estudiantes.
- Implementar actividades lúdicas, culturales y deportivas para los estudiantes que les permita recrearse y mejorar su estado físico, repercutiendo directamente en su salud mental.

- Proveer terapia (grupal o individual) a cada uno de los estudiantes de la escuela, que le entrene en estrategias de afrontamiento productivas y reducir aquellas estrategias improductivas que derivan en conductas de riesgo como ideación suicida, consumo de drogas y conducta sexual desprotegida.
- Promover actividades lúdicas y educativas para la familia de los jóvenes del centro que fomenten una mayor y mejor interacción con los estudiantes.
- Brindar psicoeducación continua a los padres y cuidadores de los estudiantes sobre estilos positivos de crianza.
- Captación temprana de estudiantes con sintomatología deprimida para su intervención a tiempo y oportuna.
- Implementar TCC para los demás estudiantes de la escuela que lo requieran.

El Ministerio de Educación

- Detectar estudiantes en edad escolar con síntomas y conductas que pudieran estar indicando una depresión clínica o subclínica para su posterior aplicación de TCC, debido a que las depresiones infantiles tienen una alta probabilidad de permanencia.
- Trabajar TCC de manera preventiva con estudiantes en edad escolar que presenten trastornos interiorizados como ansiedad y retraimiento, ya que estudios indican una mayor predisposición a desarrollar trastornos depresivos en la adolescencia.
- Evaluar y tratar el estado mental de los padres, porque influye directamente en las interacciones con sus hijos. Dichas interacciones se convierten en factores de riesgo o protección para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo.

BIBLIOGRAFÍA

- Ambrossini J. y Puig-Antich, J. (1985). *Major depression in children's and adolescents*. New York, Estados Unidos: Free Press
- American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Madrid, España: Médica Panamericana
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (dsm-5)*. Madrid, España: Médica Panamericana
- Barcelata, B. (2015). *Adolescentes en riesgo. Una mirada desde la resiliencia*. Ciudad de México, México: Manual Moderno
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.)*. Madrid, España: Pearson
- Benard, B. (2004). *Resiliency: what we have learned*. San Francisco, Estados Unidos: West Ed
- Brent, D. A., y Birmaher, B. (2002). Adolescent depression. *The New England Journal of Medicine*, 347(9), 667-671. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp012249>
- Cantwell, D. P., y Carlson, G. A. (1987). *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca
- Cárdenas M., y Arancibia, H. (2014). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto: complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología.

Salud & Sociedad, 5(2), 210-224. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439742475006>

Carrasco, A. (2017). Modelos Psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Interamerican Journal of Psychology*, 51 (2), 181-189. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/284/28454546004.pdf>

Casas, J.J., y Ceñal, M.J. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, IX (1), 20-24. Recuperado de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)

Coleman J. y Hendry, L. (2003) *Psicología de la adolescencia*. Madrid, España: Ediciones Morata, S, L

Costello, E., Mustillo, S., Keeler G., y Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 60(8), 837-844. doi: 10.1001/archpsyc.60.8.837

Craig, G. y Baucum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico*. Ciudad de México, México: Pearson.

Del Barrio, V., (2007). *El niño deprimido*. Barcelona, España: Ariel

Del Barrio, V., y Carrasco, M. (2013). *Depresión en niños y adolescentes*. Madrid, España: Síntesis

Desarrollo en la adolescencia (s.f.) Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Donas, S. (2001). *Adolescencia y juventud en América Latina*. San José, Costa Rica: Libro Universitario Regional

Evaluación del Inventario BDI-II. (s.f.). Recuperado de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

Ferran-Aranaz M. *Análisis estadístico*. Madrid: Osborne McGraw-Hill, 2001

Figuroa, M.I., Contini, N., Lacunza, A.B., Levín, M., Estévez, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21(1), 66-72. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16721108.pdf>

Fonseca, E., Paino, M., Lemos, S., y Muñoz, J. (2011). Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(4), 217-225. Recuperado de <http://www.p3-info.es/PDF/PrevalenciaYCaracteristicasSintomatologiaDepresivaAdolescentes.pdf>

Garnezy, N. (1991). Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416-430. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1177/0002764291034004003>

Gómez-Gómez M, Danglot-Banck C, Velásquez-Jones L (2001). Bases para la revisión crítica de artículos médicos. *Rev Mex Pediatr*: 69, 152-9

Gutman, L. M., y Eccles, J. S. (2007). Stage-environment fit during adolescence: Trajectories of family relations and adolescent outcomes. *Developmental Psychology*, 43(2), 522-537. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.43.2.522>

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill

- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill
- Lasso, M. (14 de febrero de 2019). Deficiencias en programas de salud mental llevan a jóvenes panameños al suicidio. *Panamá América*. Recuperado de <https://www.panamaamerica.com.pa/sociedad/deficiencias-en-programas-de-salud-mental-llevan-jovenes-panamenos-al-suicidio-1128013>
- Los cambios biológicos de la adolescencia. (s.f.). Recuperado de <http://www.desarrolloinfantil.net/salud-infantil/adolescencia-y-cambios-biologicos>
- Lozano, L., García, E., y Lozano, L.M. (2013). *Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión*. Madrid, España: tea ediciones
- Luthar, S. (2003). *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. Nueva York, Estados Unidos: Cambridge University Press
- O'Connell, M., Warner, K., y Boat, T. (2009). *Preventing mental, emotional and behavioral disorders among young people*. Washington D.C, Estados Unidos: The National
- Organización Mundial de la Salud OMS (2008). *Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud. (1986). La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad (731). Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/36922/WHO_TRS_731_spa.pdf?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud OPS. (2002) Resumen del informe mundial sobre violencia y salud. Recuperado de https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf

Ortiz, A. (2012). *Aplicación de la terapia cognitiva de Beck para el tratamiento de depresión en un grupo de adolescentes de 12 a 15 años del Instituto Técnico Superior Gran Colombia*. (Tesis de grado). Recuperado de <https://repositorio.uide.edu.ec/handle/37000/485>

Palacio, J.D. (Ed.) (2014). *Psiquiatría Infantil. Aspectos Claves*. Medellín, Colombia: Fondo Editorial.

Papalia, D., Duskin, R., y Martorell, G., (2010). *Desarrollo Humano*. Ciudad de México, México: McGraw Hill.

Parolari, F., (2005). *Psicología de la Adolescencia. Despertar para la vida*. Bogotá, Colombia: San Pablo.

Pelkonen, M., y Marttunen, M. (2003). Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors and approaches to prevention. *Paediatrdrugs*, 5(4), 243-65. doi: 10.2165/00128072-200305040-00004

Quintero, M. (2015). *Intervención social con adolescentes en riesgo social* (tesis de pregrado). Recuperado de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/943/Intervencion+social+con+adolesce>

ntes+en+riesgo+social..pdf;jsessionid=13A99DBC96BB61FBD01CE84C07A3AC4E
?sequence=1

Ravera, J., (s.f). *Aspectos Biológicos de la Adolescencia. XII Jornada sobre Adolescencia.*
Recuperado de
<http://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompletos/appia/079737211977041-202.pdf>

Roselló, J., y Bernal, G. (2007). *Manual de tratamiento para la terapia cognitivo conductual. Adaptación para adolescentes puertorriqueñas.* Recuperado de
http://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales_tara/grupal_participantes_esp.pdf

Ruiz, M., Díaz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales.* Bilbao, España: Descleé de Brouwer

Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 205-209. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.001>

Rutter, M. (2011). Research review: Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *J Child Psychol Psychiatry*, 52(6), 647-60. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02367.x

Segura, A., Chaves, S., y Castillo, K. (2009). La investigación dirigida como un método alternativo en la enseñanza de las ciencias. *Revista Ensayos Pedagógicos*, 6(1), 115-132. Recuperado de
<https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/ensayospedagogicos/article/view/4484/431>

Sharon Castro. (2013, julio, 11). Podemos decir que niñez y adolescencia en riesgo social hace referencia a niños, niñas y adolescentes que viven situaciones de vulnerabilidad, donde

las condiciones para su debido desarrollo (en todas las áreas) y crecimiento no son las óptimas. [Actualización facebook]. Recuperado de <https://www.facebook.com/notes/alas/ni%C3%B1ez-y-adolescencia-en-riesgo-social-y-yo-qu%C3%A9-estoy-haciendo/652128381481305/>

Siegel, D., (2014). *Tormenta Cerebral*. Barcelona, España: Alba.

Stallard, P., (2007). *Pensar bien, sentirse bien*. Bilabo, España: Desclée de Brouwer.

Toro, D., Paniagua, R., González C. y Montoya, B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 27 (3), 302-308. Recuperado de https://www.academia.edu/32586324/Caracterizaci%C3%B3n_de_adolescentes_escolarizados_con_riesgo_de_suicidio_Medell%C3%ADn_2006

Vázquez, F., Muñoz, R., y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX, 8(3), 417-449. Recuperado de https://www.academia.edu/37742068/depresi%C3%B3n_diagn%C3%B3stico_modeloste%C3%B3ricos_y_tratamiento_a_finales_del_siglo_XX

Villatoro, J., Gaytán, F., Moreno, M., Gutiérrez, M. *et al.* (2011). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de Estudiantes del 2009. *Salud Mental*, 34, 81-94. Recuperado de Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58225137001>

Werner, E. y Smith, R. (1992). *Overcoming the odds*. Nueva York, Estados Unidos: Cornell University Press.

ANEXOS

Evaluación del estado mental y antecedentes de cada sujeto

A continuación se detallan los antecedentes de cada sujeto que conformó la muestra de esta investigación, información recopilada a través de la entrevista clínica aplicada a cada uno

SUJETO 1

Presentó cambios de humor durante las sesiones, conducta autolesiva, comportamiento en grupo normal, expresión en el rostro de ligera tristeza.

Antecedentes: Fallecimiento de la madre cuando era niño por lo que el padre lo dejó bajo el cuidado de las Aldeas SOS. Pocos meses antes de la intervención su padre falleció, por lo que se encontraba en un proceso de duelo.

SUJETO 2

Ligera tristeza en la expresión de su rostro, expresión afectiva reducida, aislamiento leve en el grupo, bajo contacto visual, baja autoestima, responde con cautela.

Antecedentes: Enfermedad mental de la madre, padrastro alcohólico y violencia doméstica

SUJETO 3

Cambios de humor durante las sesiones, irritabilidad, necesidad de aprobación, inquietud/intranquilidad, ligeramente ansioso.

Antecedentes: Madre discapacitada, pobreza marcada en su hogar y rechazo marcado por parte de sus hermanas. Figura del padre ausente durante toda su vida.

SUJETO 4

Expresiones afectivas muy reducidas, aislamiento en grupo, baja actividad/lentitud, tono de voz muy bajo, expresión triste, no responde a ciertas preguntas, pasividad en las interacciones

Antecedentes: Formaba parte de una banda delictiva, consumo de marihuana.

SUJETO 5

Pobre contenido en el habla, articulación del habla deficiente, muy bajo contacto visual, aislamiento completo en el grupo, irritabilidad, deficiente capacidad para comunicar, inseguridad, vergüenza.

Antecedentes: violencia doméstica, separación de los padres.

SUJETO 6

Aislamiento leve en el grupo, pensamientos suicidas, comportamiento ocasionalmente incongruente en el grupo, lentitud/baja actividad, bajo contacto visual

Antecedentes: Ausencia de la figura paterna, reciente descubrimiento de que su padrastro no es su padre.

Investigador Principal: Ana Isabel Quintero
Correo de contacto: anaquintero9028@gmail.com

CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACION EN LA INVESTIGACIÓN

Marque todas las casillas:

- Declaro que se me ha explicado toda la información sobre el estudio y acepto participar en él.
- Entiendo que no tengo la obligación de participar de este estudio, que puedo retirarme en cualquier momento sin dar explicaciones del motivo y que la decisión de no participar no tendrá ninguna consecuencia desfavorable para mí.
- Entiendo que la información obtenida será introducida en una base de datos para su posterior análisis informático y será tratado de manera estrictamente confidencial por su investigadora.
- Entiendo que no me identificarán en el informe escrito del estudio.
- Confirmando que he entendido la información recibida y estoy de acuerdo en participar en este estudio.

- ACEPTO
 NO ACEPTO

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto

Nombre del Participante

Fecha

Ana Isabel Quintero
Investigador

Termómetro del Ánimo



Fecha	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
El Mejor	9	9	9	9	9	9	9
Bastante Mejor	8	8	8	8	8	8	8
Mejor	7	7	7	7	7	7	7
Mejor que Regular	6	6	6	6	6	6	6
Regular	5	5	5	5	5	5	5
Peor que Regular	4	4	4	4	4	4	4
Peor	3	3	3	3	3	3	3
Bastante Peor	2	2	2	2	2	2	2
El Peor	1	1	1	1	1	1	1