



**Traballo de Fin de Máster**

**Proxecto de Intervención:**

Obradoiros de  
Aprendizaxe  
Socioemocional para a  
prevención de depresión e  
ansiedade en adolescentes

Autor: Antonio Muiños Lorenz

Titora: Cristina Gómez Román

**Máster en Psicoloxía: Especialidade en Intervención Social e Comunitaria**

**Curso 2022/23**

---

# Índice

<b>Resumo</b>	<b>2</b>
<b>Abstract</b>	<b>3</b>
<b>1. Introducción teórica</b>	<b>4</b>
1.1. A Adolescencia como etapa vital	5
1.1.1. <i>Desenvolvemento biolóxico</i>	5
1.1.2. <i>Desenvolvemento cognitivo</i>	6
1.1.3. <i>Desenvolvemento socioemocional</i>	6
1.2. Problemas emocionais na adolescencia: depresión e ansiedade	8
1.2.1. <i>Caracterización e incidencia da depresión en adolescentes</i>	8
1.2.2. <i>Caracterización e incidencia da ansiedade en adolescentes</i>	9
1.2.3. <i>Factores de risco e protección</i>	10
1.3. Aprendizaxe Socioemocional	12
1.3.1. <i>Definición e características</i>	12
1.3.2. <i>Experiencias empíricas previas</i>	14
1.3.3. <i>Variables de intervención</i>	15
1.3.3.1. <i>Autoconsciencia</i>	15
1.3.3.2. <i>Autorregulación/Autocontrol</i>	16
1.3.3.3. <i>Toma de decisións responsables</i>	18
1.3.3.4. <i>Interacción social</i>	21
<b>2. Obxectivos</b>	<b>26</b>
<b>2. Metodoloxía</b>	<b>29</b>
3.1. Participantes	29
3.2. Contexto de aplicación	29
3.3. Estratexias de intervención	29
3.3.1. <i>Plan de actividades do obradoiro de depresión</i>	30
3.3.2. <i>Plan de actividades do obradoiro de ansiedade</i>	34
3.4. Recursos	38
3.5. Cronograma	38
3.6. Avaliación	39
<b>4. Resultados previstos</b>	<b>42</b>
<b>5. Discusión e Conclusións</b>	<b>43</b>
5.1. Fortalezas	43
5.2. Limitacións	43
5.3. Valoración final	44
<b>6. Bibliografía</b>	<b>45</b>
<b>7. Anexos</b>	<b>55</b>

# Resumo

A adolescencia é unha etapa do desenvolvemento caracterizada por unha maior inestabilidade e vulnerabilidade emocional que outros períodos vitais. Ademais, poden coexistir múltiples factores de risco, que neste estadio facilitan a aparición de problemas de depresión e ansiedade, os cales afectan tanto ó benestar inmediato coma o desenvolvemento futuro dos mozos e mozas.

Para paliar isto, expónse unha proposta de intervención que consiste no deseño de dous obradoiros educativos que teñen como obxectivo a prevención de problemas de depresión e ansiedade en adolescentes dende o marco teórico da Aprendizaxe Socioemocional (SEL, en inglés).

Dado que este traballo está vencellado a un dispositivo de prácticas, a metodoloxía de traballo é a típica que emprega a Fundación Igaxes nos seus obradoiros educativos, polo que ambos contan coas seguintes características: 1) son programas de prevención universal, 2) están concibidos para ser impartidos enteiramente na aula, e 3) constan de 4 sesións de aproximadamente 60 minutos desenvoltas durante un mes.

Ao longo deste traballo farase unha descrición detallada da base teórica, a metodoloxía e os contidos de ambos obradoiros. E finalmente, debido a que non se puideron executar os plans de intervención, farase tamén unha valoración crítica de ambas propostas de intervención dende un punto de vista conceptual máis que empírico.

**Palabras chave:** Aprendizaxe Socioemocional, depresión, ansiedade, adolescentes

**Número de palabras:** 15,528

# Abstract

Adolescence is a stage of development characterized by greater instability and emotional vulnerability than other life periods. In addition, multiple risk factors can coexist, which at this stage facilitate the appearance of depression and anxiety problems that affect both the immediate well-being and the future development of young people.

To mitigate this, the present work exposes two intervention proposals that aim to prevent problems of depression and anxiety in adolescents from the theoretical framework of the Socio-Emotional Learning (SEL).

Since this work is associated with a practicum dispositive, the methodology is the one used by the Igaxes Foundation in its educational workshops, so both proposals: 1) are universal prevention programs, 2) are designed to be taught in the classroom, and 3) consist of 4 sessions of approximately 60 minutes developed over the course of a month .

Throughout this work, a detailed description of the theoretical basis, methodology and contents of both workshops will be made. Finally, due to the fact that the intervention plans could not be implemented, a critical assessment of both programs will be made from a conceptual rather than an empirical point of view.

**Key words:** Socio-Emotional Learning, depression, anxiety, adolescents

**Word number:** 15,528

# 1. Introducción teórica

No século XXI, e especialmente a partires da década do 2010, un dos problemas máis graves e acuciantes cos que ten que lidiar a mocidade dos países occidentais dáse no eido da saúde mental (World Health Organization, WHO, 2022; Abi-Jaoude et al., 2020). Máis concretamente, os datos dispoñibles indican que os problemas de depresión e ansiedade, tanto a nivel clínico coma subclínico, son as dúas fontes de sufrimento psicolóxico máis presentes nesta poboación, especialmente nas rapazas (WHO, 2022).

En base a isto, para poder potenciar o benestar psicolóxico nesta franxa etaria, unha solución pasa por entender cales son os factores que causan estes problemas, de xeito que así se poida prever a súa aparición. Desta maneira, a investigación previa demostrou que a Aprendizaxe Socioemocional é un marco teórico axeitado para comprender e intervir neste eido, xa que consegue dotar aos adolescentes dunha serie de actitudes, valores e habilidades útiles para desenvolverse con éxito en situacións de dificultade. E complementariamente, a falta destas disposicións e cualidades xera máis posibilidades de ter problemas emocionais (Durlak et al., 2015; Durlak et al., 2011).

Por este motivo, este traballo integrará un enfoque de Aprendizaxe Socioemocional cunha revisión máis ampla dos factores de risco e protección da depresión e ansiedade en adolescentes para xerar así sendos obradoiros de prevención.

Polo tanto, para contextualizar axeitadamente este enfoque, describirase, primeiramente, as características nucleares da adolescencia coma etapa vital. A continuación, afondarase na natureza dos problemas depresivos e ansiosos nesta poboación, describirase cómo o marco da Aprendizaxe Socioemocional pode ser útil para atenualos e, finalmente, delimitaranse as variables concretas que serán obxecto de intervención.

## 1.1. A Adolescencia como etapa vital

A adolescencia é un período vital que abrangue aproximadamente entre os 11 e os 19 anos de idade, e cuxo inicio está determinado por cuestións fundamentalmente biolóxicas (puberdade) e a súa conclusión por factores principalmente psicosociais (adopción dos roles da adultez) (Breinbauer e Maddaleno, 2005). Trátase pois, dun estadio marcado por profundos cambios biolóxicos, cognitivos, emocionais e sociais que afectan á construción da

identidade persoal do adolescente, e que polo tanto inflúen profundamente no resto da súa traxectoria vital (Bordignon, 2005). Para comprender, polo tanto, a gran complexidade que presenta esta etapa, o ideal é adoptar enfoques integradores nos que se teñan en conta variables de distintos niveis de análise e de distinta natureza. É por iso que a continuación presentárase unha breve caracterización da adolescencia dende unha perspectiva biopsicosocial.

### 1.1.1. Desenvolvemento biolóxico

Dende o punto de vista biolóxico, o principal detonante da puberdade é a activación do eixo hipotálamico-hipofisario-gonadal. A súa activación está marcada pola secreción da hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) debido á acción do hipotálamo. A hormona GnRH provoca á súa vez a liberación das hormonas LH e FSH, que son responsables do aumento da secreción dos esteroides sexuais (estróxenos e andróxenos) nas gónadas. Esta secreción supón, finalmente, a base biolóxica dos cambios físicos, sexuais e cerebrais que atravesan os adolescentes: rápido crecemento en altura e en masa corporal, cambios na anatomía facial, desenvolvemento das características sexuais primarias e secundarias, aumento da densidade da materia gris, maior mielinización das conexións neuronais, desenvolvemento dos sistemas emocionais subcorticais e do córtex prefrontal, etc. Ademais, existen diferenzas de xénero na idade na que se inician estes procesos, comezando normalmente aos 11 anos nas nenas e aos 12 nos nenos, o cal termina xerando diferentes traxectorias de desenvolvemento (Blakemore et al., 2010; Casey et al., 2008).

A súa vez, estes cambios biolóxicos son acompañados por un notable desenvolvemento cognitivo, o cal presenta certas particularidades neste estadio vital que serán descritas á continuación.

### 1.1.2. Desenvolvemento cognitivo

A adolescencia tamén representa un poderoso avance nas capacidades cognitivas dos mozos. Segundo a teoría da epistemoloxía xenética de Piaget, nesta etapa prodúcese unha transición do pensamento concreto ao abstracto (Gaete, 2015). Isto implica que os adolescentes, a diferenza dos nenos, son capaces de pensar en ideas que refiren a cousas que

non están manifestamente presentes nas situacións inmediatas. Deste xeito, prodúcese un notable aumento na capacidade de abstracción simbólica, o cal outórgalles unha moita maior autonomía para resignificar a súa realidade e a súa identidade persoal. Esta capacidade permítelles tamén outras destrezas cognitivas de gran relevancia, tales como a posibilidade de concibir escenarios hipotéticos, levar a cabo deducións e inducións, prever consecuencias a longo prazo, inferir con razoable precisión estados mentais noutras persoas ou poder adoptar facilmente múltiples puntos de vista (Gaete, 2015). Porén, a evidencia empírica, contrariamente ao que propón a teoría de Piaget, indica que non tódolos adolescentes chegan á etapa de pensamento abstracto ou formal; ou aínda que o fagan, ás veces isto é específico dun dominio concreto e non é xeneralizable a calquera contido de pensamento (Babakr et al., 2019).

Estes cambios nas habilidades cognitivas, ademais, xeran unha maior complexidade na forma na que o adolescente experimenta a súa vida socioemocional, que será analizada a continuación.

### 1.1.3. Desenvolvemento socioemocional

Erikson (1959) propoñía no seu modelo de desenvolvemento psicosocial que as traxectorias vitais dos seres humanos están compostas por unha serie de etapas nas que se produce un antagonismo entre determinadas fortalezas e debilidades, o cal alcanza o seu cénit nas épocas de crise, que separan un estadio do outro, e que en función de como se resolvan, poden conlevar un crecemento psicolóxico cara a un novo estadio de desenvolvemento ou un estancamento vital (Bordignon, 2005).

No caso da adolescencia, atopámonos cun conflito entre a forza positiva da construción da identidade e a vulnerabilidade que supón a confusión persoal (Bordignon, 2005). Para poder explorar a creación dunha identidade, o adolescente necesita reclamar unha maior autonomía e independencia para si, o cal é unha característica crucial desta etapa. Neste estadio, polo tanto, prodúcese un debilitamento dos vínculos coa familia, con quenes diminúe sensiblemente tanto o involucramiento emocional coma o tempo compartido (Nurmi, en Lerner e Steinberg, 2004).

Este afastamento vese compensado por un fortalecemento nas relacións cos grupos de iguais. Estes grupos, a pesar de ser relativamente inestables, contribúen a forxar un forte

sentido de identidade e aceptación, xa que os membros comparten valores, actitudes, preferencias estéticas, referencias internas, comportamentos, etc. (Shaffer e Kipp, 2010).

Neste contexto da relación cos iguais, como xa se apuntou, os avances cognitivos que se dan nesta etapa son a fonte dunha maior complexidade e riqueza das relacións sociais. Agora o adolescente pode inferir estados e rasgos psicolóxicos nos demais, e é consciente de que os outros tamén poden facer o mesmo con el. Desta maneira, prodúcese un incremento na importancia que se lle concede ao status e á validación social, que practicamente se converten no *leitmotiv* inmediato do adolescente (Orr e Ingersoll, 1988; Nurmi, en Lerner e Steinberg, 2004; Gaete, 2015).

Froito deste feito prodúcese numerosas consecuencias psicolóxicas. Por exemplo, en busca de obter coñecemento sobre si mesmo, o adolescente incrementa notablemente a frecuencia coa que compara a súa conduta e aparencia cos seus pares e con estereotipos culturais (Gaete, 2015), dando a veces lugar a problemas de autoestima cando se percibe nun lugar inferior da xerarquía de valor.

A adolescencia tamén é un período marcado por unha considerable labilidade emocional con rápidas flutuacións no estado anímico, así como pola aparición de emocións novas e máis intensas que as que se daban na infancia (p.e. amor romántico, odio, desesperanza, etc.) (Herd e Kim-Spoon, 2021). Ademais, tamén se produce un aumento da frecuencia das emocións negativas con respecto a outras etapas vitais (Sendzik et al., 2017).

Todos estes factores parece que nos invitan a pensar que a adolescencia é un período de “tormenta e estrés” (Hall, 1904; citado en Arnett, 1999). Non obstante, aínda que si é certo que na adolescencia danse máis “tormentas emocionais” que noutras épocas da vida, non podemos obviar que non tódolos adolescentes experimentan esta etapa vital desta maneira, e que ademais existen grandes diferenzas culturais na forma na que se desenvolve a adolescencia, de xeito que, por exemplo, hai máis conflitos emocionais cos pais nas culturas menos tradicionalistas coma as democracias liberais occidentais (Arnett, 1999).

Xa noutro nivel de análise, un factor individual que se asocia coa tendencia a experimentar a adolescencia coma unha época de estrés é a capacidade de regulación emocional (Thompson, et al., en Barret et al., 2013). Segundo indican os estudos lonxitudinais, hai un progresivo incremento desta capacidade ao longo das diferentes subetapas da adolescencia.

Así, vemos que a adolescencia temperá (11-13 anos) caracterízase pola alta volatilidade emocional, polas baixa capacidade de regulación de impulsos e polas numerosas condutas de risco (Thompson et al., en Barret et al., 2013; Zimmermann e Iwanski, 2014).

Por outra banda, a adolescencia media (14-16), distínguese polo aumento da capacidade empática, da capacidade de avaliar a utilidade das emocións para lograr certos fins, e pola intensificación dos roles de xénero (xa que as mozas comezan a preocuparse moito máis polo benestar dos demais e a expresar emocións negativas, mentres que os mozos fan todo o contrario) (Zimmermann e Iwanski, 2014; Sabatier et al., 2017).

Finalmente, na adolescencia tardía (17-19 anos), os adolescentes exhiben xa capacidades de regulación emocional semellantes ás dos adultos, polo que están máis capacitados para resistir a presión grupal, para mostrar comportamentos de menor risco e para xestionar a súa vida emocional de maneira que lles resulte máis doado acadar os seus obxectivos (Silvers et al, 2012; Sabatier et al., 2017).

Volvendo outra vez a un nivel de análise máis amplo, como puidemos comprobar, a adolescencia é un período no que se produce un incremento na complexidade na vida das persoas. As novas ferramentas psicolóxicas que adquiren os adolescentes e o incremento progresivo en autonomía persoal que o seu contexto lles confire dótalles dun abanico máis amplo de posibilidades. Isto implica que os mozos teñen, grazas a isto, acceso a praceres máis intensos (p.e. a posibilidade de relacións de amor entre iguais que comentabamos antes), pero tamén a sufrimentos máis profundos. Será neste segundo punto o que será exposto a continuación.

## 1.2. Problemas emocionais na adolescencia: depresión e ansiedade

### 1.2.1. Caracterización e incidencia da depresión en adolescentes

Dentro do espectro dos problemas depresivos, o máis representativo é o Trastorno de Depresión Maior (TDM) (American Psychological Association, APA, 2013). Este fenómeno psicolóxico dáse de maneira moi semellante tanto nos adolescentes coma nos adultos, de xeito que podemos dicir que as súas dúas características nucleares son: 1) a presenza constante dun estado anímico depresivo (que a diferenza dos adultos, no caso dos adolescentes pode ser máis ben un estado de ánimo irritable); e 2) a apatía e/ou a anhedonia,

que fan referencia a un estado de escasa motivación e baixa capacidade para experimentar pracer. Ademais, algunhas doutras características que adoitan estar presentes son a sensación reiterada de fatiga, a baixa autoestima, a ideación suicida, a alteración do sono ou os problemas de concentración (APA, 2013). Por engadido, topámonos fronte a un problema emocional insidioso e de forte calado. Unha vez diagnosticado un episodio na adolescencia, este tende a durar entre 7 e 9 meses. E o que é aínda máis preocupante, dende o primeiro diagnóstico, hai un 70% de posibilidades de volver a padecer outro episodio nos seguintes 5 anos (Parker e Roy, 2001).

Dende un punto de vista estatístico, estímase que o 2% dos adolescentes de todo o mundo están diagnosticados de depresión (WHO, 2022), concentrándose especialmente en países occidentais. Ademais, estudos anteriores suxiren que entre un 20% e un 50% dos adolescentes reporta niveis subclínicos de depresión (Hankin, 2005).

Desgrazadamente, trala aparición da crise do coronavirus, a prevalencia de trastornos de depresión nesta poboación aumentou nun 28% (WHO, 2022). De feito, segundo a metaanálise de Racine et al. (2021), estímase que despois do primeiro ano da pandemia, máis do 25% dos menores de todo o mundo presentaban síntomas depresivos clinicamente relevantes.

Ademais, con respecto aos problemas depresivos da mocidade española trala pandemia, compre mencionar que, unha vez iniciada a desescalada do confinamento, aínda que os síntomas diminuíron con respecto aos meses previos, tamén é certo que estes non voltaron aos niveis anteriores á pandemia (González-Sanguino et al., 2021).

### 1.2.2. Caracterización e incidencia da ansiedade en adolescentes

Igual que coa depresión, cando os problemas clínicos de ansiedade acadan niveis extremos tamén nos atopamos cun espectro de diferentes trastornos. Neste caso, as etiquetas diagnósticas son máis heteroxéneas que no caso dos problemas depresivos, de xeito que a etioloxía e a sintomatoloxía dos diferentes trastornos (p.e. fobia social, TOC, ansiedade xeneralizada, etc.) maniféstanse de forma particular en cada caso (APA, 2013). Malia isto, si que é certo que hai unha serie de características nucleares que se dan de xeito transversal nos diferentes problemas de ansiedade, as cales son: 1) as preocupacións recorrentes, 2) a

sensación subxectiva de medo ou ansiedade, e 3) a hiperactivación fisiolóxica (APA, 2013; Racine et al., 2021).

Dende o punto de vista epidemiolóxico, sobre o 4,1% dos adolescentes de todo o mundo teñen diagnosticado un trastorno de ansiedade, que constitúe unha incidencia superior nun 26% aos datos prepandémicos (WHO, 2022).

Adicionalmente, aínda que non cumprían os criterios para ser diagnosticados cun trastorno de ansiedade, sobre un 20% dos adolescentes de todo o mundo presentaban síntomas de relevancia clínica tralo primeiro ano de pandemia (Racine et al., 2021).

E máis especificamente, no caso da xuventude española, González-Sanguino et al. (2021) constataron que, de xeito semellante ao que acontecía coa depresión, os síntomas de ansiedade seguían nos mesmos niveis na época de desescalada que no pico da pandemia.

Todos estes datos sobre problemas de depresión e ansiedade na xuventude son un claro indicio de problemas psicolóxicos que empeoran profundamente a calidade de vida de millóns de persoas. E polo tanto, detéctase así a necesidade de establecer protocolos de actuación para poder previlos.

### 1.2.3. Factores de risco e protección

Consecuentemente, para deseñar programas de prevención axeitados, é necesario coñecer cales son os factores que facilitan ou obstaculizan a aparición dos problemas de depresión e ansiedade en adolescentes. Por iso, a continuación preséntase un breve resumo dos factores de risco e protección reportados na literatura previa (adaptado a partir das achegas de Gladstone et al., 2011; Hankin, 2006; Parker e Roy, 2001; e Cabral e Patel, 2020).

*Táboa 1. Factores de risco nos trastornos depresivos en adolescentes.*

		Factores de risco	Factores de protección
<b>Nivel de análise individual</b>	<b>Factores biolóxicos</b>	Enfermidade crónica, pais con antecedentes de trastornos mentais, desregulación do eixo hipotalámico-pituitario-renal.	-
	<b>Factores de personalidade</b>	Neuroticismo, timidez.	-
	<b>Factores cognitivos</b>	<u>Baixo autoconcepto</u> , imaxe corporal negativa, <u>baixa capacidade de control percibida</u> , estilos inferenciais e atribucionais negativos, <u>actitudes disfuncionais</u> , <u>rumiación</u> , <u>autocriticismo</u> .	-

		pesimismo.	
	<b>Factores emocionais</b>	<u>Baixa autoestima</u> , desesperanza.	<u>Habilidades de regulación emocional</u> .
	<b>Factores condutuais</b>	<u>Estilo de afrontamento ineficaz</u> .	<u>Habilidades de afrontamento</u> .
<b>Nivel de análise social</b>	<b>Familia</b>	Entorno familiar conflictivo, entorno familiar invalidante, maltrato infantil, abuso sexual, ruptura familiar, divorcio, pobreza, baixo apoio familiar, apego inseguro, dependencia emocional, pais con antecedentes de trastornos mentais.	Relacións familiares sólidas.
	<b>Escola e Grupos de pares</b>	<u>Baixo apoio social</u> , illamento social, victimización, apego inseguro, <u>excesiva busca de aprobación</u> , dependencia emocional.	<u>Relacións sólidas con compañeiros e amigos</u> .
	<b>Comunidade e Sociedade</b>	Ser muller, falta de cohesión social, falta de responsabilidade social.	-

Táboa 2. Factores de risco nos trastornos de ansiedad en adolescentes.

		<b>Factores de risco</b>	<b>Factores de protección</b>
<b>Nivel de análise individual</b>	<b>Factores biolóxicos</b>	Enfermidade crónica, complicacións perinatais, exposición prenatal a sustancias nocivas.	-
	<b>Factores de personalidade</b>	Neuroticismo.	-
	<b>Factores cognitivos</b>	<u>Baixo autocontrol percibido</u> .	-
	<b>Factores emocionais</b>	-	<u>Autoestima</u> .
	<b>Factores condutuais</b>	<u>Estilo de afrontamento evitativo</u> , malos hábitos de sono.	<u>Habilidades de manexo de conflitos, habilidades de afrontamento, autosuficiencia, flexibilidade, hixiene do sono</u> .
<b>Nivel de análise social</b>	<b>Familia</b>	Enfermidade ou discapacidade crónica dos pais, baixo nivel educativo dos pais, baixo nivel socioeconómico, situacións de abuso, divorcio, apego inseguro, afectividade negativa, sobreprotección, estratexias parentais de resolución de problemas por evitación.	Educación superior dos pais, nivel socioeconómico alto, unidade familiar cohesionada, apego seguro, estilos parentais democráticos, apoio familiar.
	<b>Escola e Grupos de pares</b>	Dificultades de aprendizaxe, baixo rendemento académico.	<u>Clima positivo no sistema escolar</u> , apoio de amigos.

	<b>Comunidade e Sociedade</b>	Falta de recursos comunitarios (educación, transporte, vivenda), inxustiza social, discriminación, altas taxas de desemprego, violencia veciñal, acceso a sustancias ilegais, illamento da comunidade, mala rede de apoio comunitario.	Redes comunitarias sólidas, elevada consciencia social, grupos minoritarios étnicos integrados.
--	-------------------------------	--	---

Como se pode apreciar, hai algunhas variables que aparecen subliñadas. Isto quere dicir que son as que se escolleron finalmente como focos de intervención para os obradoiros. A necesidade de escoller un número máis reducido de variables xurde do feito de que esta lista de factores é demasiado extensa e heteroxénea como para poder construír programas de prevención coherentes, realistas e implementables.

Polo tanto, os principais criterios de selección que se tiveron en conta para a criba foron os seguintes: 1) os factores escollidos son modificables (polo que se exclúen factores biolóxicos); 2) pódense traballar na aula sen necesidade de involucrar contextos de intervención adicionais (polo que se exclúen factores sociocomunitarios e familiares); e 3) axústanse de xeito harmonioso coa metodoloxía da Aprendizaxe Socioemocional, a cal actúa como o marco teórico que permite integrar e coordinar as variables escollidas en plans de intervención. Deste xeito, a continuación darase conta de en que consiste a Aprendizaxe Socioemocional.

## 1.3. Aprendizaxe Socioemocional

### 1.3.1. Definición e características

A Aprendizaxe Socioemocional (SEL, en inglés) refírese ao proceso mediante o cal as persoas aprenden e aplican un conxunto de habilidades, actitudes, comportamentos e valores que lles axudan a dirixir os seus pensamentos, sentimentos e accións para ter éxito na escola, no traballo e na vida (Jones et. al, 2021).

Trátase dun dos marcos conceptuais máis empregados nos programas universais de prevención en escolas e institutos. De feito, o termo serviu de paraugas para moitos eidos da psicoloxía do desenvolvemento no contexto educativo, e empregouse en múltiples intervencións de índole sumamente diversa (por exemplo, para a prevención do acoso escolar,

a ensinanza en resolución de conflitos, a formación en habilidades sociais, etc.) (Jones et. al, 2021,; Weissberg et al., en Durlak et al., 2015).

O SEL consiste nun enfoque holístico, que propón que para optimizar o desenvolvemento socioemocional dos mozos e mozas hai que traballar co propio alumnado na aula, co equipo directivo dos centros educativos, coas familias e cos responsables políticos das comunidades. Aínda así, tamén se demostrou que as intervencións SEL centradas unicamente no traballo na aula tamén teñen éxito (Weissberg et al., en Durlak et al., 2015).

Adicionalmente, Elias et al. (1997) sinalan que o SEL tamén é un proceso de adquisición de competencias para recoñecer e regular as emocións, establecer obxectivos positivos, ter en conta a perspectiva dos demais, establecer relacións sociais positivas, tomar decisións responsables e manexar as situacións interpersoais de forma construtiva. Deste xeito, o modelo SEL busca potenciar o benestar emocional, as relacións interpersoais, as condutas prosociais e o rendemento académico do alumnado mediante o desenvolvemento dunha serie de 5 competencias cognitivo-emocionais interrelacionadas. Esas competencias son as seguintes (Weissberg et al., en Durlak et al., 2015; Greenberg et al., 2017):

- 1) **Autoconsciencia:** esta competencia refírese ao recoñecemento e comprensión dos propios pensamentos, emocións, comportamentos, fortalezas e debilidades, así como á capacidade para comprender como estas se interrelacionan.
- 2) **Autocontrol/Autorregulación:** inclúe as habilidades e actitudes que permiten a xestión emocional e condutual. Algúns procesos que quedan englobados neste dominio son a capacidade de atrasar a gratificación en pos dun ben maior, o control dos impulsos, o establecemento de metas ou a xestión do estrés.
- 3) **Toma de decisións responsable:** baséase no conxunto de coñecementos, actitudes e habilidades que permiten tomar decisións positivas sobre a propia conduta e as relacións cos demais en múltiples contextos. Algunhas habilidades necesarias neste campo son a capacidade de inferir as consecuencias a curto e longo prazo dunha acción, ou a capacidade de detectar cando se producen comportamentos de risco.
- 4) **Conciencia social:** esta competencia está asociada á motivación para ter en conta perspectivas e subxectividades distintas das propias, así como á capacidade de empatizar coas demais persoas. Tamén implica coñecer as normas sociais que regulan a conduta no contexto da familia, da escola e comunidade.

- 5) **Habilidades relacionais:** por último, esta competencia está relacionada coa capacidade de crear e manter relacións saudables con outras persoas. Algunhas das habilidades específicas que forman parte deste dominio son a comunicación asertiva, a escoita activa ou a cooperación.

Adicionalmente, as intervencións SEL caracterízanse por 4 principios, recollidos baixo o acrónimo "SAFE". Segundo isto, os programas deben ser: *Secuenciados* (ter unha serie de actividades interrelacionadas e coordinadas), *Activos* (promover ao alumno como protagonista do proceso de aprendizaxe), *Focalizados* no desenvolvemento das competencias e habilidades, e *Explícitos* (centrados no desenvolvemento de habilidades socioemocionais específicas) (Durlak et al., 2010).

### 1.3.2. Experiencias empíricas previas

Por outra banda, existen múltiples experiencias exitosas de programas de prevención basados no marco SEL. Segundo a metaanálise de Durlak et al. (2011), demostrouse que as intervencións SEL teñen un impacto positivo en 6 dimensións diferentes, a saber: aumento das habilidades socioemocionais, diminución do malestar emocional (problemas de depresión e ansiedade), menos problemas de comportamento, aumento do comportamento social, actitudes máis positivas cara a un mesmo e cara a outros, e incluso un incremento do 11% no rendemento académico, que sobre todo, segundo os resultados de Corcoran et al. (2018), maniféstase nas áreas de matemáticas, lingua e, en menor medida, ciencias. Ademais, a evidencia empírica suxire que os programas SEL tamén teñen un impacto positivo (aínda que moderado) a longo prazo. Por exemplo, Taylor et al. (2017) atoparon que as melloras en interacción social, en sintomatoloxía clínica ou en condutas delictivas manifestábanse incluso 18 anos despois de que tiveran lugar as intervencións.

Máis concretamente, tamén hai múltiples experiencias positivas previas de programas SEL enfocados á prevención de problemas depresivos (p.e. Reicher et al., 2017; Cardemil et al., 2007) e ansiosos (p.e. Berger et al., 2007; Barret et al., 2006). Normalmente, estes programas adoitan ser de prevención universal, seguir o protocolo SAFE e estar baseados en asuncións teóricas e técnicas cognitivo-conductuais. En promedio, as intervencións deste tipo cando están enfocadas á depresión son efectivas nun 65% dos casos, mentres que cando

traballan problemas de ansiedade acadan os seus obxectivos o 73% das veces (Corrieri et al., 2014).

Agora ben, unha vez constatadas que as intervencións son eficaces, cabe preguntarse que é o que fai que unhas intervencións en Aprendizaxe Socioemocional sexan eficaces e outras non. A literatura previa permite dar algunhas respostas concretas a esta pregunta. Por exemplo, segundo a metaanálise de Helland et al. (2022), os programas de regulación emocional con adolescentes funcionan mellor cando se lles adestra no establecemento de obxectivos realistas e específicos (tamaño de efecto moderado) e cando hai actividades de psicoeducación sobre a aceptación e a validación das emocións (tamaño de efecto grande). De forma semellante, nos programas nos que se traballan as Habilidades Sociais (HHSS), conséguese un rendemento óptimo cando se inclúen entre 3-6 actividades de psicoeducación socioemocional e entre 11-20 actividades de adestramento en HHSS (de Mooji et al., 2020).

### 1.3.3. Variables de intervención

Unha vez descritas as características básicas e a evidencia empírica a favor do SEL, tamén cabe engadir que se trata dun marco teórico amplo, polo que é máis axeitado consideralo como unha guía xeral para deseñar e implementar intervencións que como un conxunto limitado, ríxido e estático de protocolos e pautas de actuación. Traballar con constructos tan amplos como a “toma de decisións responsable” ou a “interacción social”, polo tanto, sería complexo ao abarcar aspectos tan diversos. Por iso, para poder establecer un programa de prevención, é necesario subdividir cada dimensión nun número limitado de variables máis concretas. Así, a continuación detallarase as variables que serán obxecto de intervención dentro de cada dimensión do SEL, as cales tamén foron seleccionadas atendendo aos factores de risco e protección enunciados previamente. O esquema será, polo tanto, o seguinte:

- 1) **Autoconsciencia**: traballarase mediante a variable da consciencia emocional.
- 2) **Autocontrol e Autorregulación**: autorregulación emocional
- 3) **Toma de decisións responsable**: establecemento de obxectivos, resolución de problemas e flexibilidade psicolóxica.
- 4) **Interacción social (conciencia social e habilidades relacionais)**: apoio social, asertividade, autoconceito e empatía.

### 1.3.3.1. Autoconsciencia

#### a) Consciencia emocional

A consciencia emocional é a capacidade para detectar e comprender emocións, recoñecer as súas causas, e discernir en que situacións son axeitadas e en cales non. Trátase dun constructo que se manifesta tanto a nivel intra como interpersoal (O'Toole et al., 2013). Tal e como se adoita conceptualizar, a consciencia emocional é un prerequisite para que se produza a regulación emocional, de tal xeito que a consciencia fai referencia a un fenómeno intelectual (o que a persoa cree ou sabe sobre as emocións e a súa xestión), mentres que a regulación ten un carácter máis instrumental (a partir desas crenzas, que estratexias emprega a persoa para xestionar a vida emocional) (Schäfer et al., 2016).

Con respecto á depresión, o metaanálise de Nyquist e Luebbe (2013) demostra que existe unha asociación robusta entre a baixa autoconsciencia emocional e a sintomatoloxía depresiva. Ademais, esta relación tamén se manifesta en estudos lonxitudinais, polo que hai indicios dunha posible relación de causalidade, de xeito que os individuos con problemas para comprender as súas propias emocións son máis vulnerables a sufrir depresión. Adicionalmente, a nivel interpersoal, demostráronse 3 negos das persoas depresivas no recoñecemento de emocións nos demais: 1) unha sobreestimación de tristeza; 2) unha infraestimación de felicidade; e 3) unha sobreestimación de enfado. Deste xeito, as persoas depresivas tenden tamén a atribuír máis estados desagradables e menos agradables nos demais.

En canto á ansiedade, tamén existe unha relación significativa (e moderada) entre a baixa consciencia emocional e a ansiedade, especialmente a social. Porén, esta relación dáse unicamente cando falamos das emocións complexas ou sociais (orgullo, vergoña, etc.), pero non das básicas (alegría, asco, etc.) (Sendzik et al., 2017; O'Toole et al., 2013). De feito, Sendzik et al. (2017) apuntan a unha posible relación bidireccional entre as dúas variables, de tal maneira que unha baixa consciencia emocional conleva unha mala interpretación das situacións sociais, e polo tanto unha conduta inapropiada, a cal xera avaliacións negativas por parte dos demais, que conducen a súa vez a unha maior ansiedade.

### 1.3.3.2. Autorregulación/Autocontrol

#### a) Autorregulación emocional

A autorregulación emocional pode definirse como un conxunto de procesos cognitivo-condutuais destinados a modificar a ocorrencia, intensidade, duración e expresión das emocións. Segundo isto, a autorregulación pode ser tanto un proceso voluntario como automático, e enfocado á potenciación ou á inhición de certos estados emocionais (Campbell-Sills e Barlow, en Gross, 2007).

A literatura previa estableceu, neste xeito, unha distinción entre estratexias de autorregulación adaptativas (que tenden a producir consecuencias positivas a longo prazo) e desadaptativas (consecuencias negativas a longo prazo). As estratexias desadaptativas caracterízanse porque a curto prazo xeran unha redución das emocións desagradables nos suxeitos, de forma que a través do reforzamento negativo consolídanse como estratexias habituais. Na depresión, as máis comúns son: 1) a *rumiación*, que consiste en facer verbalizacións de carácter emocional desagradable cuxo contido está orientado ao pasado ou ao presente (p.e. “fixen o ridículo aquel día na exposición do traballo”); e 2) o *illamento social*, que consiste nun afastamento da vida social debido quizais á anhedonia ou á anticipación de que ao estar nun estado anímico depresivo non se desenvolverá adecuadamente en situacións sociais. En canto á ansiedade, as estratexias desadaptativas máis utilizadas son: 1) a *evitación*, que consiste en eludir as situacións ansioxénicas; 2) a *distracción*, que se produce cando se está nunha situación ansioxénica e se intenta non prestar atención a aqueles estímulos que xeran malestar; 3) a *supresión*, que consiste en intentar eliminar as emocións e pensamentos desagradables; e 4) a *preocupación*, que son verbalizacións sobre temas desagradables e que teñen un contido orientado ao futuro (Campbell-Sills e Barlow, en Gross, 2007).

Por outra banda, Campbell-Sills e Barlow (en Gross, 2007) sinalan dúas estratexias de regulación emocional adaptativas: 1) a *reavaliación*, que se da cando a persoa fai unha reinterpretación máis positiva, realista e baseada na evidencia dos desencadenantes do seu malestar; e 2) a modificación de “*condutas dirixidas pola emoción*” (*CDE*), que consiste en inhibir as condutas máis salientables asociadas a cada emoción (p.e. ser quen de inhibir comportamentos agresivos cando se sente ira, ou ser capaz de non evitar unha situación que nos xera ansiedade). Adicionalmente, Schäfer et al. (2016) engaden como estratexias de

regulación adaptativas a 3) *aceptación* das emocións e a 4) *orientación á resolución de problemas*, que serán expostas máis adiante.

#### 1.3.3.3. Toma de decisións responsables

Como xa se mencionara, esta dimensión do SEL asóciase coa tendencia a tomar decisións positivas sobre a propia conduta e as relacións cos demais en múltiples contextos. Para isto, é necesario delimitar qué metas se perseguen con esas decisións e ser quen de establecer plans de acción axeitados para acadalas. Por isto, as variables nas que se materializará esta dimensión do SEL son: o establecemento de obxectivos, a resolución de problemas e a flexibilidade psicolóxica.

##### a) Establecemento de obxectivos

Un prerequisite para a toma de decisións responsable é ter claros os obxectivos que se pretenden acadar a través desas decisións. Pola nosa capacidade de proxección e abstracción temporal, os seres humanos somos quen de empregar o noso coñecemento adquirido no pasado e trazar plans de futuro para orientar así a nosa conduta no presente e tomar decisións. Deste xeito, os obxectivos son o punto de referencia co que avaliamos a nosa situación actual. Así, da discrepancia entre as nosas aspiracións e o noso presente, xurde a motivación (Massey et al., 2008).

Os obxectivos persoais son importantes porque dotan á persoa dunha sensación de control, propósito e autodeterminación, o cal conduce a unha maior satisfacción vital. Ademais, esta magnifícase cando os obxectivos plantexados obedecen máis a motivacións intrínsecas que extrínsecas (Massey et al, 2008).

Dende o punto de vista afectivo, a forma na que se produce o establecemento de metas asóciase coa depresión e a ansiedade, xa que tanto a depresión coma a ansiedade son mantidas, en parte, por intentos condutuais e cognitivos de evitar expoñerse ante estímulos desafiantes ou ameazantes, o cal acaba impedindo que se obteñan as habilidades necesarias para afrontalos adecuadamente (Campbell-Sills e Barlow, en Gross, 2007).

Por exemplo, en comparación cos seus pares, os adolescentes con sintomatoloxía ansiosa mostran un maior número de obxectivos de evitación (v.g. “Non quero ser o pringado de clase” ou “Non quero suspender matemáticas”), mentres que os adolescentes depresivos

teñen máis metas de evitación e menos metas de aproximación (v.g. “Quero ser unha persoa extrovertida”) (Dickson e MacLeod, 2004).

Por outra banda, cando se lles pregunta polas súas aspiracións, os adolescentes con síntomas depresivos dan máis razóns polas que un obxectivo pode saír mal, menos razóns polas que se pode alcanzar e teñen unha menor sensación de control (Dickson e MacLeod, 2006).

Adicionalmente, na adolescencia prodúcese unha intensificación das diferenzas de xénero con respecto aos proxectos vitais. Desta maneira, as rapazas mostran un número máis elevado de obxectivos interpersoais (p.e., formar unha familia antes dos 30 anos, atopar parella), mentres que os rapaces están máis interesados no status e no éxito económico (Anderman e Anderman, 1999).

Debido a que hai unha relación entre o benestar psicolóxico e o establecemento de obxectivos, xustifícase así a necesidade de que as estratexias que empreguen os adolescentes para orientar a súa conduta sexan as máis racionais e eficaces posibles. Neste sentido, unha metodoloxía para establecer obxectivos que recibiu considerable atención empírica foi a dos “Obxectivos SMART”, que propón que a maneira óptima de deseñar plans de conduta é mediante obxectivos específicos, medibles, adecuados, relevantes e temporalizados (Ogbeiwi, 2017; Bjerke e Renger, 2016).

#### b) Solución de problemas

En contra das concepcións máis bioloxicistas dos problemas psicolóxicos, que consideran que os comportamentos desadaptativos son consecuencia de trastornos cunha forte base fisiolóxica, os teóricos da apredizaxe social postulan que as condutas desadaptativas e ineficaces para resolver problemas débense a carencias na historia de aprendizaxe das persoas (Bandura, 1969, citado en D’Zurilla e Goldfried, 1971).

Asumindo esta segunda perspectiva teórica, sabemos que o adestramento en resolución de problemas atenúa o risco de padecementos ansiosos e depresivos cando se emprega en programas de prevención multicompoñente con adolescentes (Michelson et al., 2021).

Segundo a proposta de D’Zurilla e Goldfried (1971), a forma máis óptima para ensinar unha resolución eficaz de problemas é presentar un esquema composto por 5 fases secuenciadas:

- 1) Orientación ao problema: consiste en que a persoa asuma que os problemas son parte normal e cotiá da vida, e que interiorice a crenza de que en moitas ocasións conta cos recursos físicos ou psicosociais necesarios para resolvelos.
- 2) Delimitación do problema: dado que os problemas da vida real tenden a ser ambiguos, é necesario facer un proceso de obtención de toda a información relevante, de criba da irrelevante e de aclaración de cales son os criterios de éxito para a resolución do problema.
- 3) Xeración de alternativas: unha vez aclarado o problema, nesta etapa débese pensar en alternativas de resposta que conduzan á resolución. Como se verá no seguinte apartado, a flexibilidade cognitiva e a creatividade son clave nesta etapa. De feito, tal e como se descubriu nos estudos clásicos de Osborn (1963) coa técnica do Brainstorming, aqueles individuos cun pensamento máis creativo (isto é, que non rexeitaban ideas á primeira e que intentaban xerar a maior cantidade de ideas posible), xeraban máis e mellores solucións nos problemas de laboratorio.
- 4) Toma de decisión: nesta fase vislumbranse a viabilidade e as consecuencias a curto e longo prazo de cada decisión e trátase de facer a escolla máis racional posible.
- 5) Verificación: finalmente, unha vez implementada a resposta, trátase de gañar feedback do entorno para ver se a escolla foi axeitada.

Porén, hai que mencionar que na vida real o proceso de resolución de problemas non se da como unha secuencia composta por etapas perfectamente definidas e diferenciadas. Ás veces, por exemplo, o proceso de obter máis información sobre o problema fai que se modifique a orientación que se ten cara este. Non obstante, para fins pedagóxicos é útil o emprego deste esquema (D'Zurilla e Goldfried, 1971).

### c) Flexibilidade Psicolóxica

A ansiedade e a depresión están ámbalas dúas marcadas por un pensamento de tipo perseverativo. Como xa víramos, a depresión caracterízase por constantes rumiacións sobre acontecementos pasados e presentes, mentres que a ansiedade por frecuentes preocupacións de cara ao futuro. Nos dous casos, prodúcese un estreitamento do foco atencional cara unha cantidade moi limitada de información, así como unha rixidez nos patróns de comportamento, que á súa vez dificultan o afrontamento axeitado dos problemas (Campbell-Sills e Barlow, en Gross, 2007).

Polo tanto, non é sorprendente constatar que a flexibilidade psicolóxica é un factor de protección fronte a estes problemas emocionais (Cabral e Patel, 2020; Fresco et al., 2006; McCracken et al., 2021). Ser máis flexibles asóciase cun mellor afrontamento dos estresores, o cal fai que estes se convertan en menos ameazantes, co que se reduce a ansiedade. Ademais, a resolución efectiva de problemas outorga unha maior sensación de control ao individuo sobre o que acontece na súa vida, polo que a sensación de indefensión aprendida aparellada á depresión redúcese tamén.

Tamén, máis concretamente, pódese trazar unha distinción entre a flexibilidade explicativa e a flexibilidade de afrontamento. A primeira fai referencia á capacidade para outorgar novos significados e reinterpretar a información en función dos cambios que se producen no contexto, mentras que a segunda refírese á facultade para adaptar as estratexias de afrontamento en función da natureza do problema. Ambos tipos de flexibilidade permiten ter tanto unha maior capacidade resolutiva coma un menor malestar emocional (Fresco et al., 2006).

Unha maneira de estimular a flexibilidade psicolóxica é mediante o pensamento creativo, xa que este tipo de cognición permite acadar un número maior de ideas orixinais e útiles (Amabile et al., 1996; citado Al-Ababneh, 2020), cousa vantaxosa á hora de afrontar problemas psicolóxicos de xeito flexible e adaptativo. Deste xeito, a propia creatividade pode entenderse como unha ferramenta destinada á resolución de problemas a través do pensamento imaxinativo.

Ademais, a creatividade máis que ser un talento innato e dificilmente modificable, é máis ben un conxunto de habilidades e procesos que poden ser aprendidos e estimulados mediante diferentes técnicas e estratexias cognitivas, que poden funcionar tanto a nivel individual como grupal (Michalko, 1991; Osborn, 1963).

#### 1.3.3.4. Interacción social

A interacción entre personas (sexa en calidade de individuos ou de membros de grupos, sexa nun sentido real ou simbólico) constitúe practicamente todo o campo de estudo da Psicología Social. Polo tanto, esta cuestión tan ampla fórzanos a escoller variables máis específicas que queden dentro do constructo. Así, nesta dimensión traballárase sobre o apoio social, a asertividade, os constructos de autoconcepto-autoestima e a empatía.

### a) Apoio social

O apoio social pode definirse como “a provisión de recursos psicolóxicos e/ou materiais coa intención de axudar a outra persoa a sobrelevar unha situación de estrés” (Cohen, 2004). Porén, non hai que pensar que o apoio social dáse unicamente cando o receptor do apoio experimenta un estresor, xa que tamén pode existir apoio antes da aparición dunha situación problemática en calidade de factor preventivo.

A metaanálise de Sen Chu et al. (2010) demostra que o apoio social nos adolescentes ten unha relación pequena, pero directa e significativa, con diferentes indicadores de satisfacción vitais tales coma o autoconceito, a saúde mental e o axuste social. Complementariamente, a falta de apoio produce importantes deterioros na calidade de vida. House (2001) chega a afirmar que “o illamento social mata”, xa que provoca un afastamento e empeoramento da vida similar ao que provoca a obesidade ou o consumo frecuente de alcol e tabaco. De maneira similar, con respecto á saúde mental, a falta de apoio é un importante predictor de problemas de ansiedade (Teo et al., 2013) e de depresión (Gariépy et al., 2016).

Como xa se apuntara previamente, a adolescencia é un período no que, en termos de socialización e influencia, as relacións cos pares cobran maior importancia que as vinculacións familiares (Nurmi, en Lerner e Steinberg, 2004). A súa vez, as experiencias de rexeitamento e victimización asócianse a unha menor capacidade de regulación emocional; mentres que a aceptación social, cun aumento da competencia social e da autoestima (Herd e Kim-Spoon, 2021). Adicionalmente, hai que recalcar que unha mesma conduta de apoio social percíbese de xeito diferente en función de quen a realiza (Cohen y Syme, 1985), de tal forma que unha mostra de apoio mediante a expresión de cariño pode ser ben vista se provén dun amigo, pero non dun profesor, por exemplo. Polo tanto, se temos en conta estes dous feitos, chegamos á conclusión de que o contexto da aula é un lugar de influencia privilexiado para potenciar o apoio social nos adolescentes.

### b) Habilidades sociais: asertividade

Un dos factores de risco a nivel interpersoal que predí a ocorrencia de problemas depresivos é a excesiva busca de aprobación social (Hankin, 2006). Dende as teorías conductuais, apúntase que na xénese dos problemas depresivos prodúcese unha escaseza de reforzamento social positivo, isto é, que a persoa experimenta poucas interaccións agradables

nas que se sinta validada e estimada (Nezlek et al., 1994; Libert e Lewinsohn, 1973). Esta falta de validación pode conducir, entón, a comportarse de forma pouco asertiva co fin de agradar aos demais.

Segundo as revisións da literatura de Campos et al. (2015) e Segrin (2000), os adolescentes con sintomatoloxía depresiva presentan tamén déficits en habilidades sociais (dentro das cales inclúese a asertividade). Como adoita acontecer moitas veces en psicoloxía, máis que atoparnos fronte a unha relación sinxela de causalidade lineal, semella máis ben que existe un bucle de retroalimentación entre as variables (Segrin, 2000). Deste xeito, a falta de habilidades sociais produce interaccións sociais menos reforzantes e significativas cos demais, fenómeno que vai aparellado coa sintomatoloxía depresiva. E esta sintomatoloxía (o baixo estado anímico, a falta de humor, o cansanzo, a apatía, etc.) convértese á súa vez nun obstáculo que dificulta aínda máis o desenvolvemento de boas habilidades sociais.

Coñecida esta relación, e tendo en conta, ademais, a eficacia dos programas de habilidades sociais en contextos educativos (Moore et al., 1999), queda xustificada así a decisión de traballar sobre estas variables para a prevención de problemas emocionais. .

### c) Autoconcepto e Autoestima

O autoconcepto e a autoestima son constructos que fan referencia á percepción que ten un individuo sobre a súa propia valía persoal. Teorías coma a Identidade Social (Tajfel, 1981) ou a Teoría da Comparación Social (Festinger, 1954) poñen de manifesto a importancia que ten o outro para obter información sobre nós mesmos, o cal repercute no autoconcepto. Disto derivase que o contexto da aula e das relacións entre iguais é un bo punto de referencia para intervir sobre o autoconcepto e a autoestima.

En base a isto, tal e como se adoitan definir, o “autoconcepto” ten o carácter máis cognitivo do proceso avaliativo (as crenzas que unha persoa ten de si mesma), mentres que a “autoestima” refírese ao compoñente emocional (se esas crenzas vincúlanse con sensacións agradables ou desagrabables) (MacDonald e Leary, 2012).

Malia que nos primeiros anos de investigación empírica pensábase que o autoconcepto e a autoestima eran fenómenos estáticos e dificilmente modificables, actualmente a evidencia suxire que varían en función do contexto e do ciclo vital. Máis concretamente, durante as tres primeiras décadas de vida, o único período no que non se produce un incremento na autoestima é entre os 11 e os 15 anos, momento no que se da un

estancamento (Figura 1) (Orth et al., 2018). É relevante apreciar que, a pesar dos enormes avances en aptitudes físicas, cognitivas e sociais que se producen nesta etapa, isto non repercute positivamente na forma na que os adolescentes se ven a si mesmos.

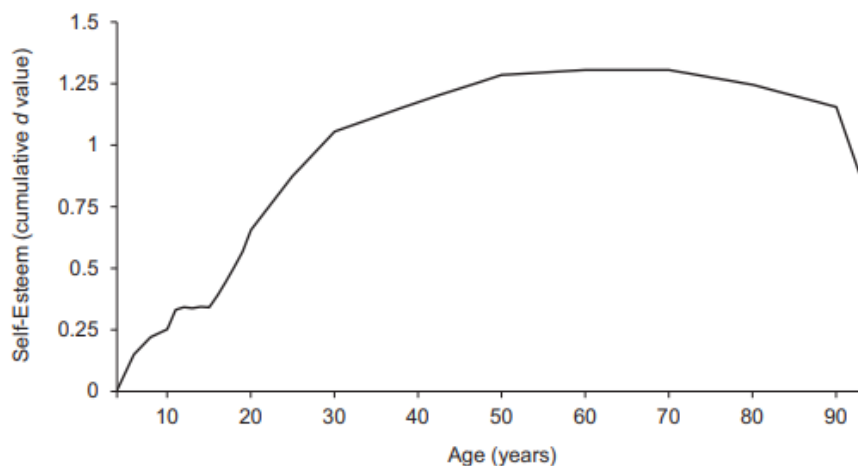


Figura 1. Evolución da autoestima dende os 4 ata os 94 anos (Orth et al., 2018)

Como xa se mencionou previamente, unha das posibles razóns polas que se produce isto é a maior presión pola aceptación grupal que se produce na adolescencia. Os adolescentes buscan ser validados polos pares con máis intensidade que noutras etapas vitais, o cal pode xerar dúbidas e inseguridades sobre un mesmo, máis aínda cando se ten en conta a inestabilidade dos grupos de pares na adolescencia temperá (Shaffer e Kipp, 2010). Sumado a isto, o autoconcepto depende enormemente dos procesos de comparación social (Fang et al., 2018), polo que convivir con persoas especialmente motivadas para mostrarse aos demais como individuos de alta valía podería nesgar os marcos de comparación aínda máis nalgúns adolescentes..

Finalmente, a investigación empírica previa constata que a maior inestabilidade do autoconcepto na adolescencia asóciase coa presenza de problemas de depresión e ansiedade, así como cun maior desaxuste nos vínculos sociais (Ybrandt, 2008). Por isto, existe a necesidade de intervir sobre estes fenómenos para previr estes problemas socioafectivos.

#### d) Empatía

A empatía é un proceso no que se fai uso de diversas capacidades psicolóxicas (percepción, memoria, coñecemento e razoamento) para comprender as ideas e emocións doutras persoas (Ickes, 1997; citado en Decety e Jackson, 2004). Así, adóitase conceptualizar que a empatía estrutúrase en tres dimensións: 1) a capacidade de comprender o que está a pensar e sentir outra persoa (empatía cognitiva); 2) sentir as mesmas emocións que o outro (empatía afectiva); e 3) estar disposto a responder con compaixón cara ao outro cando o contido emocional é negativo (Decety & Jackson, 2004).

A empatía constitúe un elemento indispensable para unha correcta Aprendizaxe Socioemocional. Por unha banda, hai unha profunda relación entre a empatía e o comportamento prosocial, xa que o feito de percibir sentimentos de ledicia noutras persoas xera tamén emocións agradables nun mesmo, o cal é posible que actúe como forza motivadora (Batson, 1991). Por outra, no caso dos adolescentes, a empatía reduce a probabilidade de que se produzan comportamentos agresivos (Lovett e Sheffield, 2007). Estes dous feitos xeran un clima máis positivo na aula, que á súa vez asóciase cun maior benestar psicolóxico e con menos problemas de ansiedade e depresión (Wang et al., 2020).

Con respecto aos programas de intervención, a investigación previa demostrou que é posible promover a empatía no contexto do aula. E é máis, cando nas actividades se lles pide aos participantes que empaticen cunha persoa dos seus círculos sociais próximos, os resultados son máis robustos que se o outro é unha persoa allea a súa vida cotiá (Davis e Begovic, en Parks e Schueller, 2004). Por iso, a aula e as relacións cos compañeiros son un espazo de especial interese para a potenciación da empatía.

## 2. Obxectivos

Tendo en conta a incidencia da ansiedade e depresión e o seu impacto na mostra adolescente, o obxectivo deste traballo é facer unha proposta de intervención psicosocial para previlas. Para iso, emprégase o modelo da Aprendizaxe Socioemocional, que permite xerar dous programas de prevención para a depresión e ansiedade, os cales comparten os mesmos obxectivos xerais, que son os seguintes:

### Obxectivos Xerais

- Aumentar a consciencia emocional.
- Potenciar a autorregulación.
- Mellorar a capacidade de toma de decisións.
- Incrementar a consciencia social e as habilidades relacionais.

Así, para o **Obradoiro de Depresión**, os **Obxectivos Específicos** asociados a cada obxectivo xeral son os seguintes:

#### **Aumentar a consciencia emocional**

- Coñecer a natureza e a función das emocións.
- Coñecer a natureza e os desencadeantes da depresión.<sup>1</sup>
- Comprender a diferenza entre a tristeza coma unha emoción adaptativa e a depresión coma un problema psicolóxico.
- Mellorar na identificación de emocións.
- Aprender a aceptar e validar emocións.
- Traballar as claves non verbais das emocións.
- Facer unha práctica de gratitude mediante a escritura emocional.

#### **Potenciar a autorregulación**

- Coñecer a natureza e os beneficios do autocontrol.
- Ser conscientes e controlar as “condutas dirixidas pola emoción” (CDE).
- Coñecer as estratexias desadaptativas máis presentes na depresión.

---

<sup>1</sup> Os obxectivos que están subliñados son particulares de cada obradoiro; os que non o están, son compartidos.

- Aprender a programar actividades sociais gratificantes.
- Aprender a controlar as tendencias rumiativas.

### **Mellorar a capacidade de toma de decisións**

- Potenciar un locus de control interno.
- Aprender a marcar obxectivos realistas.
- Ser conscientes de como o xénero inflúe nos obxectivos que nos marcamos.
- Coñecer estratexias de resolución activa dos problemas.
- Coñecer pautas para potenciar a a flexibilidade psicolóxica e a creatividade.
- Empregar unha técnica colectiva de resolución de problemas nun caso de depresión.

### **Incrementar a consciencia social e as habilidades relacionais**

- Incrementar a capacidade para a empatía.
- Potenciar as condutas de apoio e o clima social na aula.
- Fomentar o autoconcepto e a autoestima.
- Aprender a ser máis asertivos/as.
- Depender menos da validación externa do grupo.

Por outra banda, para o **Obradoiro de Ansiedade**, os **Obxectivos Específicos** asociados a cada obxectivo xeral son os seguintes:

### **Aumentar a consciencia emocional**

- Coñecer a natureza e a función das emocións.
- Coñecer a natureza e os desencadeantes da ansiedade.
- Comprender a diferenza entre a ansiedade coma unha emoción adaptativa e a ansiedade coma un problema psicolóxico.
- Mellorar na identificación de emocións.
- Aprender a aceptar e validar emocións.
- Traballar as claves non verbais das emocións.
- Facer unha práctica de consciencia emocional mediante a escritura.

### **Potenciar a autorregulación**

- Coñecer a natureza e os beneficios do autocontrol.
- Aprender a ser conscientes e controlar as “condutas dirixidas pola emoción” (CDE).
- Coñecer as estratexias desadaptativas máis presentes na ansiedade.
- Adquirir o hábito de facer actividades positivas pero desagradables a curto prazo.
- Aprender a controlar a tensión corporal.

### **Mellorar a capacidade de toma de decisións**

- Promover un locus de control interno.
- Aprender a marcar obxectivos realistas.
- Ser conscientes de como o xénero inflúe nos obxectivos que nos marcamos.
- Coñecer estratexias de resolución activa dos problemas.
- Coñecer pautas para potenciar a flexibilidade psicolóxica e a creatividade.
- Empregar unha técnica colectiva de resolución de problemas nun caso de ansiedade.

### **Incrementar a consciencia social e as habilidades relacionais**

- Incrementar a capacidade para a empatía.
- Potenciar as condutas de apoio e o clima social na aula.
- Fomentar o autoconcepto e a autoestima.
- Aprender a ser máis asertivos/as.
- Aprender a marcar límites.

## 2. Metodoloxía

Debido a que este TFM está vinculado ao traballo realizado co dispositivo de prácticas, a metodoloxía de traballo é a mesma que a que se emprega na organización “Igaxes” para o desenvolvemento de obradoiros de prevención. Isto implica que ambos obradoiros están compostos por 4 sesións de 50-60 minutos que están concibidas para ser impartidas no contexto da aula.

### 3.1. Participantes

Os destinatarios dos obradoiros son adolescentes estudando en institutos e centros de FP de Galicia.

### 3.2. Contexto de aplicación

Os obradoiros están deseñados para ser impartidos en aulas de institutos e de centros de Formación Profesional. As persoas encargadas de implementar os obradoiros deben desprazarse ao centro educativo pertinente e empregar os espazos concedidos polos propios centros para traballar cos adolescentes.

### 3.3. Estratexias de intervención

Para poder acadar os obxectivos da intervención preséntase un plan de actividades agrupado en catro sesións de entre 50 e 60 minutos cada unha (adaptado á duración dunha clase de instituto ou FP). Cada sesión focalízase nun dos bloques de competencias propostos polo marco SEL. Deste xeito, tanto para o obradoiro sobre ansiedade como no de depresión, na primeira sesión traballárase a *Autoconsciencia*; na segunda, o *Autorregulación*; na terceira, a *Toma de decisións responsable*; e na cuarta, combinaranse as dúas dimensións de competencias sociais do SEL: a *Consciencia Social* e as *Habilidades Relacionais*, subsumidas baixo a etiqueta de *Interacción Social*.

Así mesmo, para atopar un cadro-resumo da programación de actividades de ámbolos dous obradoiros, pódese consultar o Anexo A.

### 3.3.1. Plan de actividades do obradoiro de depresión

#### 1) Sesión 1: Autoconciencia

##### *-Actividade 1. Presentación do obradoiro*

Farase unha introdución breve aos contidos e obxectivos que persegue o obradoiro. Tamén preguntárase aos alumnos ata que punto pensan que a depresión é un problema presente na adolescencia.

*\*Duración: 5 minutos*

##### *-Actividade 2. Aplicación das escalas*

Administración pre-test do TMMS, o ERQ, e o BDI; escalas cuxas características serán descritas posteriormente, no apartado de avaliación.

*\*Duración: 15 minutos*

##### *-Actividade 3. Psicoeducación: Que son as emocións?*

- a) Comezase falando dos tres sistemas (cognitivo, afectivo e comportamental) nos que se manifestan as emocións.
- b) Despois, ensínase a distinción entre emocións primarias e secundarias.
- c) Posteriormente, explícanse as dúas dimensións nas que se organizan as emocións (grao de pracer e *arousal*) e pediráselles aos alumnos que clasifiquen unha serie de emocións que aparecerán no proxector.
- d) Finalmente, rematarase a actividade falando máis en profundidade sobre a tristeza, de cales son as súas funcións adaptativas, de cómo se diferencia esta da depresión, e de por qué é importante aceptar esta emoción e validala.

*\*Duración: 25 minutos*

##### *-Actividade 4. Tabú emocional.*

Ao comezo desta actividade debe saír un voluntario que se poña diante da clase. A esa persoa diránselle tres emocións vencelladas coa depresión ao oído (p.e. culpa, desesperanza e

tristeza) e terá que representalas, polo que o resto da clase tentará adiviñalas. Respecto da primeira emoción, o voluntario terá que dar unha definición sen utilizar determinadas palabras prohibidas ou tabú. Coa segunda, terá que representala mediante mímica. Por último, na terceira quenda, o resto da clase deberá pechar os ollos e o voluntario deberá representar a emoción só a través de sons que non formen palabras.

Segundo a fluidez da dinámica, o dinamizador poderá dar pistas. Se hai tempo, tentarase repetir con varios voluntarios e novas emocións.

*\*Duración: 10 minutos*

*-Actividade 5. Escritura emocional.*

Suxerirase aos participantes como actividade para facer na casa a realización dun exercicio de escritura emocional que consiste en escoller tres cousas dos últimos tres días que lles fagan sentir gratitude e escribir sobre elas.

*\*Duración: 5 minutos*

## **2) Sesión 2: Autocontrol**

*-Actividade 1. Psicoeducación sobre o autocontrol.*

Exporase un vídeo sobre “O experimento do malvavisco” (ver na sección de recursos) e reflexionarase cos estudantes sobre a importancia do autocontrol e os seus beneficios positivos.

*\*Duración: 15 minutos*

*-Actividade 2. O xogo das antiinstrucións.*

Primeiro moveranse as mesas cara aos lados para deixar un espazo aberto no medio da aula. Despois, pediráselles aos participantes que camiñen libremente. Entón, o facilitador dirá unha serie de instrucións (por exemplo, “camiñade máis rápido”) e os participantes deberán facer a acción contraria o máis inmediatamente posible (neste exemplo deberían comezar a camiñar máis lento). A dinámica remata falando da idea das “condutas dirixidas pola emoción” (CDE), destacando a idea de que, aínda que cando percibimos certos estímulos actívanse en nós certas respostas automáticas e intuitivas, mediante o control consciente temos a posibilidade de inhibilas ou reaxustalas. Así, moitas veces non podemos controlar o que sentimos, pero podemos controlar o comportamento que se deriva do que sentimos.

*\*Duración: 15 minutos*

*-Actividade 3. Programación de actividades sociais gratificantes.*

Na primeira metade da actividade, falarase sobre as dúas estratexias de afrontamento desadaptativas máis presentes na depresión: o illamento social e a rumiación. Máis especificamente, describiranse en que consisten, porqué aparecen e se consolidan como hábitos mentais e condutuais, e qué consecuencias producen a curto e longo prazo.

Na segunda metade, pedirase aos estudantes que, como exercizo para inhibir o illamento social, planifiquen para a semana seguinte polo menos 2 actividades sociais gratificantes para eles, as cales non poden estar xa incluídas nos seus hábitos semanais (p.e. se un alumno xa acude tódolos luns a natación, isto non contaría).

*\*Duración: 15 minutos*

*-Actividade 4. Dinámica de Mindfulness.*

Para rematar a sesión, e coa intención de ensinar ferramentas para controlar problemas de rumiación, primeiro expoñerase o concepto e falarase sobre os beneficios do Mindfulness. A continuación, darase a instrución aos estudantes de que se senten ou se tomben nunha posición cómoda para eles, que pechen os ollos e intenten prestar atención plena ao estado do seu corpo e as modalidades sensoriais unha a unha.

Antes de comezar a práctica comentarase tamén que é moi posible que lles coste ao principio estar plenamente atentos ao presente por estar desprazándose mentalmente cara a escenarios pasados, futuros ou imaxinados. Aclararase que é perfectamente normal que isto pase, e que o que teñen que facer cando se dean conta de que se desconcentraron, é simplemente voltar a presentar atención ao presente. Neste caso, a dificultade é síntoma de progreso.

*\*Duración: 15 minutos*

### **3) Sesión 3: Toma de decisións responsable**

*-Actividade 1. Establecemento de obxectivos SMART.*

Comézase falando da importancia de establecer metas e obxectivos no vida, para posteriormente describir a metodoloxía dos obxectivos SMART. Despois, propónse como actividade para a casa que cada participante estableza 4 dos seus propios obxectivos SMART

para a semana seguinte. Para evitar posibles nesgos de xénero, comentaráselles este tipo de desigualdades entre homes e mulleres aos estudantes, e pediráselles que para contrarrestalas, dous dos seus obxectivos teñen que asociarse con logros individuais (que son máis propios dos homes) e dous teñen que vincularse con relacións interpersoais (máis típicos das mulleres).

*\*Duración: 15 minutos*

*-Actividade 2. Técnica de Resolución de Problemas.*

Describirase a Técnica de Resolución de Problemas de D'Zurilla e Goldfried (1971) e pediráselle aos alumnos que propoñan un problema para poder resolvelo usando tódolos pasos de xeito colectivo.

*\*Duración: 15 minutos*

*-Actividade 3. Potenciación da flexibilidade psicolóxica e a creatividade.*

Comezarase a actividade describindo as 4 fases do proceso creativo segundo o modelo de Wallas (1926): preparación, incubación, iluminación e verificación. Tamén se comentará especificamente as consecuencias prácticas que implica a fase de incubación.

Despois, falarase sobre os experimentos que demostran que o movemento físico lixeiro pode estimular a creatividade (Opezzo e Schwartz, 2014; Frith, Miller e Loprinzi, 2020), dando así información sobre a utilidade de camiñar mentres se pensa.

Para concluír a actividade, describirase a técnica do Brainstorming (Osborn, 1963).

*\*Duración: 15 minutos*

*-Actividade 4. Dinámica de Brainstorming sobre asintomatoloxía depresiva leve e o uso inadecuado do móbil.*

Para rematar a sesión, propondrase o caso dunha adolescente con indicios de problemas depresivos asociados cun uso inadecuado do teléfono móbil (ver Anexo B), ante o cal os participantes serán divididos en subgrupos de 5-6 persoas e terán que empregar a técnica do Brainstorming para acadar unha solución. Deixados uns minutos, farase unha posta en común e tentarase escoller as solucións máis axeitadas.

*\*Duración: 15 minutos*

#### **4) Sesión 4: Interacción social**

##### *-Actividade 1. Psicoeducación: Que é a empatía?*

Definirase a empatía, describiranse os tipos de empatía (cognitiva e afectiva) e falarase sobre cales son as condicións nas que é máis doado empatizar co outro.

*\*Duración: 5 minutos*

##### *-Actividade 2. Fortalezas compartidas.*

Cada un dos participantes escribirá o seu nome nun papel. Despois, estes nomes xuntaranse, mesturaranse e volveranse a repartir aleatoriamente. A tarefa consistirá, entón, en que cada un ten que pensar nunha virtude que comparte coa persoa que lle tocou no papel, para posteriormente formar un círculo e saír ao medio para compartilo co resto do grupo.

*\*Duración: 20 minutos*

##### *-Actividade 3. Role-playing: aprender a resistir a presión.*

A clase divídese en equipos de 5-6 persoas nos que tarán que preparar un role-playing breve (duns 2 minutos máis ou menos) no que o grupo intentará persuadir a un membro para facer algo, e este deberá negarse de xeito asertivo.

Daranse uns 5 minutos para preparar o role playing e posteriormente cada grupo expoñerá diante dos demais.

*\*Duración: 15 minutos*

##### *-Actividade 4. Repaso do obradoiro e aplicación das escalas.*

Recapitularase de maneira esquemática o contido de todo o obradoiro, e posteriormente farase a aplicación post-test do TMMS, o ERQ e o BDI.

*\*Duración: 20 minutos*

### **3.3.2. Plan de actividades do obradoiro de ansiedade**

#### **1) Sesión 1: Autoconciencia**

##### *-Actividade 1. Presentación do obradoiro*

Farase unha introducción breve aos contidos e obxectivos que persegue o obradoiro. Tamén preguntárase aos alumnos ata qué punto pensan que a ansiedade é un problema presente na adolescencia.

*\*Duración: 5 minutos*

#### *-Actividade 2. Aplicación das escalas*

Administración pre-test do TMMS, ERQ, e BAI.

*\*Duración: 20 minutos*

#### *-Actividade 3. Psicoeducación: Que son as emocións?*

Esta actividade desenvolverase igual que no obradoiro de depresión, a excepción do apartado d), no que se rematará a actividade falando máis en profundidade sobre a ansiedade, de cales son as súas funcións adaptativas, de como se diferencia esta do medo e tamén dos trastornos clínicos de ansiedade, e de por que é importante aceptar esta emoción e validala.

*\*Duración: 25 minutos*

#### *-Actividade 4. Tabú emocional.*

Igual que no obradoiro de depresión, pero cambian as emocións a representar. Por exemplo, en troques de “culpa”, “desespezanza” e “tristeza”, pódense tratar “vergoña”, “orgullo” e “ansiedade”.

*\*Duración: 10 minutos*

#### *-Actividade 5. Escritura emocional.*

Semellante ao obradoiro de depresión, pero en troques de escribir sobre tres cousas coas que sentiron gratitude, facelo sobre tres cousas que lles xerasen estrés ou ansiedade e que intentaron facer para solventalo.

*\*Duración: 5 minutos*

## **2) Sesión 2: Autocontrol**

#### *-Actividade 1. Psicoeducación sobre o autocontrol.*

Igual que no obradoiro de depresión.

*\*Duración: 15 minutos*

*-Actividade 2. O xogo das antiinstrucións.*

Igual que no obradoiro de depresión.

*\*Duración: 15 minutos*

*Actividade 3. Programación de actividades desagradables pero positivas a longo prazo.*

Comezarase a actividade expoñendo as catro estratexias de afrontamento desadaptativas máis presentes na ansiedade: a evitación, a supresión, a distracción e a preocupación. Máis especificamente, describiranse en que consisten, por qué aparecen e se consolidan como hábitos mentais e condutuais, e que consecuencias producen a curto e longo prazo.

Despois, pedirase aos estudantes que fagan unha lista sobre as condutas importantes para as súas vidas que intentan evitar a día de hoxe. Despois, terán que seleccionar polo menos dúas e programar facelas no prazo dunha semana.

*\*Duración: 15 minutos*

*-Actividade 4. Dinámica de relaxación progresiva.*

Nesta dinámica expoñerase unha técnica útil para controlar a tensión fisiolóxica vinculada coa ansiedade: a Técnica da relaxación progresiva de Jacobson (1929). Primeiro, os estudantes deberán tensionar os pés durante uns segundos, para despois relaxalos e prestar atención ao contraste entre sensacións. Así, deberán facelo mesmo coas demais partes do corpo, seguindo a seguinte orde: pés, pernas, abdome, brazos, mans e cabeza. Finalmente farase unha ronda máis tensando e relaxando todo o corpo ao mesmo tempo.

*\*Duración: 15 minutos*

### **3) Sesión 3: Toma de decisións responsable**

*-Actividade 1. Establecemento de obxectivos SMART.*

Igual que no obradoiro de depresión.

*\*Duración: 15 minutos*

*-Actividade 2. Técnica de resolución de problemas.*

Igual que no obradoiro de depresión.

*\*Duración: 15 minutos*

*-Actividade 3. Potenciación da flexibilidade psicolóxica e a creatividade.*

Igual que no obradoiro de depresión.

*\*Duración: 15 minutos*

*-Actividade 4. Dinámica de Brainstorming sobre a ansiedade e o rendemento académico.*

Para rematar a sesión, propoñerase o caso dunha adolescente con indicios de problemas de ansiedade asociados ao rendemento académico (ver Anexo C), ante o cal os participantes serán divididos en subgrupos de 5-6 persoas e terán que empregar a técnica do Brainstorming para acadar unha solución. Deixados uns minutos, farase unha posta en común e tentarase escoller as solucións máis axeitadas.

*\*Duración: 15 minutos*

#### **4) Sesión 4: Interacción social**

*-Actividade 1. Psicoeducación: Que é a empatía?*

Igual que no obradoiro de depresión.

*\*Duración: 5 minutos*

*-Actividade 2. Fortalezas compartidas.*

Igual que no obradoiro de depresión.

*\*Duración: 20 minutos*

*-Actividade 3. O dilema do ourizo.*

Comézase expoñendo o “Dilema do ourizo” (Schopenhauer, 1851), que consiste nunha metáfora sobre a soidade e as complexidades das relacións humanas (ver Anexo D). Despois, dividirase á clase en dúas filas encaradas unha fronte a outra e situadas nos extremos da aula, de tal maneira que cada participante teña unha parella asignada á que estea mirando de fronte. Entón, os participantes dunha fila deberán aproximarse aos da outra. Os que quedan estáticos deberán ir dicindo “Si” ou “Non” ante cada paso dos participantes en movemento. Se din que si, poden continuar camiñando; se din que non, non poden aproximarse máis ata que o participante estático non o permita. Ao final, a distancia entre os

dous será a que estableza o participante en estático. Durante todo o proceso, o participantes deberán mirarse aos ollos e pensar na súa historia de interacción previa, así como intentar sentir fortaleza ante cada “Si” ou “Non”. Cando se remate, faise un cambio de parellas e de roles.

*\*Duración: 15 minutos*

*-Actividade 4. Repaso do obradoiro e aplicación das escalas.*

Recapitúlase de maneira esquemática o contido de todo o obradoiro, e posteriormente faise a aplicación post-test do TMMS, o ERQ e o BAI.

*\*Duración: 20 minutos*

### 3.4. Recursos

#### **-Materiais**

- Proxector
- Ordenador
  - Vídeo: “La prueba del marshmallow“  
(<https://www.youtube.com/watch?v=wTIqIZe-ets>)
- Folios
- Lápicos/Bolígrafos
- Escalas (descritas máis adiante): requirirase o TMMS e o ERQ para os dous obradoiros. Ademais, o BDI no obradoiro de depresión e o BAI no de ansiedade.

#### **-Humanos**

- Un interventor, preferiblemente con formación en psicoloxía.

Así mesmo, no Anexo E pódese ver un desglose orzamentario do que custaría impartir un obradoiro nun instituto da zona. Pártese da asunción de que o instituto podería prever de ordenador e proxector, polo que estes artigos non foron incluídos no orzamento.

### 3.5. Cronograma

Os obradoiros están deseñados para ser impartidos en catro sesións ao longo dun mes, de xeito que cada semana se imparta unha sesión.

Así, por exemplificalo cun mes do calendario académico, a temporalización podería ser da seguinte maneira:

FEBREIRO 23																				
	Semana 1					Semana 2					Semana 3					Semana 4				
	L	M	M	X	V	L	M	M	X	V	L	M	M	X	V	L	M	M	X	V
<b>Sesión 1</b>																				
<b>Sesión 2</b>																				
<b>Sesión 3</b>																				
<b>Sesión 4</b>																				

### 3.6. Avaliación

A proposta de avaliación consiste nun contraste pre-post con grupo control equivalente. Escolleríanse dúas clases dun mesmo curso dun instituto ou centro de FP, e categorizaríanse azarosamente unha coma grupo control e outra como grupo experimental. A tarefa que realizará o grupo control será o visionado dos seguintes vídeos sobre Intelixencia Emocional e Psicoloxía Positiva durante a hora de titorías:

- 1) “Inteligencia emocional: de la teoría a la práctica cotidiana” (<https://www.youtube.com/watch?v=e8JMWtwdLQ4>)
- 2) “Psicología Positiva: "APRENDER A FLUIR" M.Czíkzentmihályi, Luis Rojas Marcos y Xavier Guix” (<https://www.youtube.com/watch?v=XYfJW4iy--w>)
- 3) “Marian Rojas Estapé, "Entiende y gestiona tus emociones"” (<https://www.youtube.com/watch?v=njHSiUPYDd4>)
- 4) “Versión Completa. Resiliencia: el dolor es inevitable, el sufrimiento es opcional. Boris Cyrulnik” ([https://www.youtube.com/watch?v=\\_IugzPwpsyY](https://www.youtube.com/watch?v=_IugzPwpsyY))

En base a isto, en ambos grupos medírase antes da primeira sesión e no remate da última sesión as seguintes variables:

-A intelixencia emocional, medida mediante a versión abreviada española do TMMS (Fernández-Berrocal et al., 2004). Este cuestionario ten 24 ítems cun formato de resposta tipo Likert de 1 a 5 puntos. Conta con 3 subescalas de 8 ítems cada unha: 1) Atención aos sentimentos (“*A menudo pienso en mis sentimientos*”), que mide os procesos de automonitorización da vida emocional; 2) Claridade emocional (“*Tengo claros mis sentimientos*”), que cuantifica a habilidade percibida para discriminar estados emocionais; e 3) Axuste do estado de ánimo (“*Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme*”), que se asocia coa capacidade percibida para prolongar estados de ánimo positivos e regular os negativos. A fiabilidade de consistencia interna das 3 subescalas é moi boa ( $\alpha$  de Cronbach de máis de .86 nas 3) e os seus indicadores de validez discriminante con variables coma a satisfacción vital ou a depresión son adecuados e van nas direccións esperadas.

-A regulación emocional, operativizada mediante as puntuacións da adaptación española do ERQ (Cabello et al., 2012). Trátase dunha escala de 10 ítems con formato de resposta tipo Likert de 1 a 7 puntos. Ten dúas subescalas: supresión (“*Me guardo mis emociones para mí mismo/a*”) ( $\alpha$  de Cronbach: .75) e reavaliación (“*Cuando quiero reducir mis emociones negativas, cambio mi manera de pensar sobre la situación.*”) ( $\alpha$  de Cronbach: .79). Segundo as achegas de Cabello et al. (2012), aparte de posuír unha fiabilidade aceptable, tamén mostra bos indicadores de validez converxente e discriminante con constructos como a intelixencia emocional ou o neuroticismo, respectivamente.

-Os niveis de sintomatoloxía depresiva, a través da versión española do BDI-II (Sanz et al., 2003). Trátase dunha escala de 21 ítems no que cada un contén 4 alternativas de resposta, graduadas de menor a maior gravidade. Cada ítem refírese a un síntoma propio dos problemas depresivos (“*Tristeza: 0-No me siento triste / 1-Me siento triste gran parte del tiempo / 2-Me siento triste todo el tiempo / 3-Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo*”) Consta de dous factores: un de esencia cognitivo-emocional (“*Sentimientos de inutilidad*”) e outro somático-motivacional (“*Cansancio o fatiga*”).

Ademais, presenta alta fiabilidade ( $\alpha$  de Cronbach: .87) e unha boa validez converxente con constructos como a ansiedade.

-Os niveis de sintomatoloxía ansiosa, mediante a versión española do BAI (Magán et al., 2008). Este cuestionario de 21 ítems ten un formato de resposta Likert de 0 a 3 puntos. Cada ítems mide un síntoma típico dos problemas de ansiedade, e presenta unha estrutura de dous factores: un de natureza cognitivo-afectiva (“*Miedo a perder el control*”) e outro cun contido máis somático (“*Dificultad para respirar*”). Posee unha fiabilidade de consistencia interna moi elevada ( $\alpha$  de Cronbach: .93) e unha validez converxente con constructos como a agresividade ou a depresión aceptable.

## 4. Resultados previstos

A nivel global e cuantitativo, espérase que os obradoiros produzan unha redución significativa na sintomatoloxía ansiosa e depresiva (medidas mediante o BAI e o BDI-II) e incremento na capacidade de xestión emocional (operativizada a través do TMMS e o ERQ).

Máis especificamente, con respecto a estas dúas derradeiras escalas, a expectativa é que os estudantes do grupo experimental superen aos do grupo control nas puntuacións das 3 subescalas do TMMS (Atención os sentimentos, Claridade emocional e Axuste do estado de ánimo), e que no tocante ao ERQ, teñan unha puntuación superior na subescala de Reavaliación e unha puntuación inferior na subescala de Supresión.

Para cuantificar estes cambios, primeiro aplicaríase un contraste de medias mediante a  $t$  de Student para mostras independentes entre as puntuacións do grupo control e grupo experimental, de tal xeito que se espera que as únicas diferenzas significativas se dean no contraste post-test, pero non no pre-test.

Outro posible resultado que cabería esperar sería a existencia de diferenzas de xénero na sintomatoloxía ansiosa e depresiva, xa que como se viu na literatura previa as rapazas tenden a manifestalas en niveis máis elevados (WHO, 2022). En base a isto poderíase pensar que as rapazas terían puntuacións máis altas no BAI e no BDI-II na medición pre-test que os rapaces, e que por tanto a intervención fose máis eficaz con elas (de xeito que houbera unha diferenza máis grande entre a media post-test e a media pre-test que no caso dos varóns).

Finalmente, como un apunte metodolóxico a maiores, tamén é preciso sinalar que antes de aplicar as probas  $t$  de Student examínaríase se os datos cumpren os supostos paramétricos de *normalidade* (mediante a observación de histogramas) e de *homoxeneidade de varianzas* (mediante a Proba de Levene). En caso de que non se cumprisen, ou en caso de que o tamaño mostral dun dos dous grupos fose inferior a 30 suxeitos (o cal pode ser probable se soamente se pode escoller unha única clase para ser grupo control e outra para ser grupo experimental), aplicaríase entón o equivalente non paramétrico: a U de Mann-Whitney.

## 5. Discusión e Conclusións

### 5.1. Fortalezas

Debido á imposibilidade de levar a cabo este obradoiro, a valoración da calidade deste traballo debe darse unicamente de xeito teórico e *a priori*. En base a isto, cabe resaltar en primeiro lugar algunhas das súas fortalezas.

Por unha banda, estes obradoiros estrutúranse seguindo as recomendacións prácticas e teóricas das intervencións SEL que foron respaldadas pola investigación empírica. Así, podemos apreciar que: 1) síguese o protocolo de intervención SAFE (Durlak et al, 2010); 2) intervénse sobre variables específicas que incrementan por sí mesmas a eficacia dos programas emocionais tales como a aceptación emocional e o establecemento de obxectivos (Helland et al., 2022); e 3) trabállase tanto nun nivel de análise individual (potenciando coñecementos e capacidades) coma interindividual (a través das relacións entre os compañeiros de clase).

Ademais, tamén con respecto á metodoloxía, esta é dinámica e inclúe actividades *gamificadas* tales coma “O xogo das antiinstrucións” ou o “Tabú emocional”. Este tipo de actividades tenden a xerar emocións positivas nos participantes, o cal, debido á interrelación que existe entre o afecto e a memoria (Tyng et al., 2017), fai que os aprendizaxes queden máis fortalecidos.

Por último, debido a que rapaces e rapazas difiren nos niveis de ansiedade e depresión na adolescencia, tendo estas últimas problemas máis frecuentes e intensos (WHO, 2022), esta intervención incorpora un enfoque de xénero, no que se inclúe unha actividade na que se aborda esta temática de maneira directa.

### 5.2. Limitacións

Adicionalmente, para facer unha valoración axeitada da intervención hai que poñer a mirada tamén nas súas debilidades. En primeiro lugar, cabe sinalar aquelas que son debidas á propia estrutura dos obradoiros que emprega Igaxes, xa que estes deben reducir as súas posibilidades, recursos e temporalidade en pos de axustarse ás demandas dos centros educativos, o cal conleva, polo tanto, certas limitacións metodolóxicas.

Primeiramente, cabe destacar que a temporalidade dos obradoiros é moi escasa, xa que están compostos por 4 sesións duns 60 minutos ao longo dun mes, mentres que a literatura previa avala que unha duración máis axeitada dáse con sesións semanais ao longo de 3-6 meses (Diekstra e Gravesteyn, 2008).

Por outra banda, se ben é certo que esta metodoloxía permite intervir sobre os procesos de interacción social dentro da aula, non da espazo para levar un enfoque máis amplo, no que se teña en conta de forma directa outro tipo de contextos sociais, tales coma a familia, a rede de amigos fora da escola, ou a comunidade nun sentido máis xeral.

Outra debilidade a destacar é con relación ao perfil dos participantes, xa que, tal e como se mostra na metaanálise de Boncu, Costea e Minulescu (2017), as intervencións SEL funcionan mellor con nenos de 7-12 anos que con adolescentes, polo que é posible optimizar a eficacia deste tipo de obradoiros se se traballa con nenos máis pequenos. Quizais isto débese a que, dado que unha porción moi considerable de problemas de depresión e ansiedade comezan xa na adolescencia (Parker e Roy, 2001), non estamos remontándonos o suficientemente atrás no tempo como para facer unha prevención universal propiamente dita.

Por último, con respecto ao deseño da proposta, cabe sinalar que unha posible ameaza á validez interna é a “característica de demanda”. Debido a que tanto o grupo control coma o grupo experimental serían diferentes clases dun mesmo centro, é posible que os alumnos comenten entre eles o feito de que na hora de titorías fan actividades diferentes, de tal xeito que os suxeitos do grupo experimental se dean conta de que a intervención vai dirixida a eles e pensen que o que se espera é que teñen puntuacións máis altas na administración post-test das escalas, o cal acabe nesgando os seus resultados.

### 5.3. Valoración final

En resumo, malia que aínda non se pode constatar a eficacia deste proxecto de intervención, este supón unha contribución interesante ao propoñer obradoiros en xestión emocional cunha coidada base teórica, unhas pautas metodolóxicas axeitadas e uns obxectivos de prevención claros. Ademais, trátanse de obradoiros de curta duración e que se poden levar a cabo con moi poucos recursos, o cal diferéncios doutras experiencias con adolescentes semellantes a nivel nacional (p.e. Montoya-Castilla, Zegarra e Barrón, 2016; Urdangarin, Gorostegi e Arregi, 2008; Sánchez-Gómez et al., 2020).

## 6. Bibliografía

- Abi Jaoude, E., Naylor, K.T., & Pignatiello, A. (2020). Smartphones, social media use and youth mental health. *CMAJ*, *192*(6), 136-141. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190434>
- Al-Ababneh, M. (2020) The Concept of Creativity: Definitions and Theories. *International Journal of Tourism & Hotel Business Management*, *2*(1) 245-249.
- American Psychological Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anderman, L. H., & Anderman, E. M. (1999). Social predictors of changes in students' achievement goal orientations. *Contemporary Educational Psychology*, *24*, 21–37.
- Arnett J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *The American psychologist*, *54*(5), 317–326. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.54.5.317>
- Babakr, Z., Mohamedamin, P. & Kakamad, K. (2019). Piaget's Cognitive Developmental Theory: Critical Review. *Education Quarterly Reviews*, *2*(3). <https://ssrn.com/abstract=3437574>
- Barrett, P. M., Farrell, L. J., Ollendick, T. H. & Dadds, M. (2006) Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: an evaluation of the FRIENDS program. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *35*, 403–411.
- Batson, C. D. (1991). Empathic joy and the empathy-altruism hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 413-426.
- Berger, R., Pat-Horenczyk, R. & Gelkopf, M. (2007). School-based intervention for prevention and treatment of elementary-students' terror-related distress in Israel: a quasi-randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, *20*, 541–551.
- Bjerke, M. B., & Renger, R. (2017). Being smart about writing SMART objectives. *Evaluation and program planning*, *61*, 125–127. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.12.009>

- Blakemore, S. J., Burnett, S., & Dahl, R. E. (2010). The role of puberty in the developing adolescent brain. *Human brain mapping, 31*(6), 926–933. <https://doi.org/10.1002/hbm.21052>
- Boncu, A., Costea, I., & Minulescu, M. (2017). A meta-analytic study investigating the efficiency of socio-emotional learning programs on the development of children and adolescents. *Romanian Journal of Applied Psychology, 19*(2), 35–41. <https://doi.org/10.24913/rjap.19.2.02>
- Bordignon (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación, 2*(2), 50-63.
- Breinbauer, C., & Maddaleno, M. (2005). Youth: choices and change: promoting healthy behaviors in adolescents. Pan American Health Organization, 594. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/708>
- Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., & Gross, J. J. (2013). A Spanish adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment, 29*(4), 234–240. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000150>
- Cabral, M. D., & Patel, D. R. (2020). Risk Factors and Prevention Strategies for Anxiety Disorders in Childhood and Adolescence. *Advances in experimental medicine and biology, 1191*, 543–559. [https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0\\_27](https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_27)
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating Emotion Regulation into Conceptualizations and Treatments of Anxiety and Mood Disorders. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation (pp. 542–559)*. The Guilford Press.
- Campos, J. R., Del Prette, A., & Pereira del Prette, Z. A. (2015). Habilidades sociais e depressão na adolescência: uma revisão da literatura. *Acta Comportamental: Revista Latina De Análisis Del Comportamiento, 22*(4). Recuperado a partir de <https://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/48986>
- Cardemil, E. V., Reivich, K. J., Beevers, C. G., Seligman, M. E. & James, J. (2007) The prevention of depressive symptoms in low-income, minority children: two-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 313–327.

- Chu, P. S., Saucier, D. A., & Hafner, E. (2010). Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology, 29*(6), 624–645. <https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.6.624>
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist, 59*, 676-684.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. En S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 3–22). Academic Press.
- Corcoran, R.P., Cheung, A.C., Kim, E., & Xie, C. (2018). Effective universal school-based social and emotional learning programs for improving academic achievement: A systematic review and meta-analysis of 50 years of research. *Educational Research Review, 25*, 56-72. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2017.12.001>
- Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2014). School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review. *Health promotion international, 29*(3), 427–441. <https://doi.org/10.1093/heapro/dat001>
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews, 3*(2), 71–100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
- de Mooij, B., Fekkes, M., Scholte, R. H. J., & Overbeek, G. (2020). Effective Components of Social Skills Training Programs for Children and Adolescents in Nonclinical Samples: A Multilevel Meta-analysis. *Clinical child and family psychology review, 23*(2), 250–264. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00308-x>
- Dickson, J. M., & MacLeod, A. K. (2004). Brief report: Anxiety, depression and approach and avoidance goals. *Cognition and Emotion, 18*, 423–430.
- Dickson, J. M., & MacLeod, A. K. (2006). Dysphoric adolescents' causal explanations and expectancies for approach and avoidance goals. *Journal of Adolescence, 29*, 177–191.

- Diekstra, R. F., & Gravesteyn, C. (2008). Effectiveness of School-Based Social and Emotional Education Programmes Worldwide. En Heys, B. (Ed.), *Social and Emotional Education: An International Analysis* (pp. 255-312). Fundación Botín. Disponible en [http://www.fundacionbotin.org/89dguuytdfr276ed\\_uploads/EDUCACION/ANALISIS%20INTERNACIONAL/2008/ingles%202008/Results2008.pdf](http://www.fundacionbotin.org/89dguuytdfr276ed_uploads/EDUCACION/ANALISIS%20INTERNACIONAL/2008/ingles%202008/Results2008.pdf)
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82, 405–432.
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., & Pachan, M. (2010). A meta-analysis of after-school programs that seek to promote personal and social skills in children and adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 45, 294–309.
- Elias, M. J., Zins, J. E., Weissberg, R. P., Frey, K. S., Greenberg, M. T., & Haynes, N. M. (1997). *Promoting social and emotional learning: Guidelines for educators*. Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Erikson, E. (1959). *Identidad y ciclo vital*. Norton.
- Fang, J., Huang, X., Zhang, M., Huang, F., Li, Z., & Yuan, Q. (2018). The big-fish-little-pond effect on academic self-concept: A meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 9, 1569.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751–755.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7(2), 117-140.
- Fresco, D. M., Williams, N. L., & Nugent, N. R. (2006). Flexibility and negative affect: Examining the associations of explanatory flexibility and coping flexibility to each other and to depression and anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 30(2), 201-210.

- Frinz, E., Miller, S., & Loprinzi, P. (2020). A Review of Experimental Research on Embodied Creativity: Revisiting the Mind–Body Connection. *The Journal of Creative Behavior*, 54(4), 767-798.
- Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry : The journal of mental science*, 209(4), 284–293. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094>
- Gladstone, T. R., Beardslee, W. R., & O'Connor, E. E. (2011). The prevention of adolescent depression. *The Psychiatric clinics of North America*, 34(1), 35–52. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.11.015>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. A., Saiz, J., & Muñoz, M. (2021). Mental health consequences of the Covid-19 outbreak in Spain. A longitudinal study of the alarm situation and return to the new normality. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 107, 110219. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110219>
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Weissberg, R. P., & Durlak, J. A. (2017). Social and Emotional Learning as a Public Health Approach to Education. *The Future of Children*, 27(1), 13–32. <http://www.jstor.org/stable/44219019>
- Hankin B. L. (2006). Adolescent depression: description, causes, and interventions. *Epilepsy & Behavior*, 8(1), 102–114. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2005.10.012>
- Helland, S. S., Mellblom, A. V., Kjøbli, J., Wentzel-Larsen, T., Espenes, K., Engell, T., & Kirkøen, B. (2022). Elements in Mental Health Interventions Associated with Effects on Emotion Regulation in Adolescents: A Meta-Analysis. *Administration and policy in mental health*, 49(6), 1004–1018. <https://doi.org/10.1007/s10488-022-01213-2>
- Herd, T., & Kim-Spoon, J. (2021). A Systematic Review of Associations Between Adverse Peer Experiences and Emotion Regulation in Adolescence. *Clinical child and family psychology review*, 24(1), 141–163. <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00337-x>
- House, J. S. (2001). Social isolation kills but how and why? *Psychosomatic Medicine*, 63(2), 273–274.

- Jacobson, E. (1929). *Progressive relaxation*. University of Chicago Press.
- Jones, S., Brush, K., Ramirez, T., Xinyi Mao, Z., Marenus, M., Wettje, S., Finney, K., Raisch, N., Podoloff, N., Kahn, J., Barnes, S., Stickle, L., Brion-Meisels, G., McIntyre, J., Cuartas, J., & Bailey, R. (2021). Background on SEL skills and intervention. En *Navigating Social and Emotional Learning from the Inside Out: Looking Inside and Across 33 Leading SEL Programs: A Practical Resource for Schools and OST Providers* (pp. 14-36). Harvard University, Graduate School of Education. <https://www.wallacefoundation.org/knowledge-center/Documents/navigating-social-and-emotional-learning-from-the-inside-out-2ed.pdf>
- Libet, J.M., & Lewinsohn, P.M. (1973). Concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 40* (2), 304-312
- Lovett, B. J., & Sheffield, R. A. (2007). Affective empathy deficits in aggressive children and adolescents: a critical review. *Clinical psychology review, 27*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.03.003>
- MacDonald, G., & Leary, M. R. (2012). Individual differences in self-esteem. En M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 354 –377). Guilford Press.
- Magán, I., Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2008). Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *The Spanish Journal of Psychology, 11*(2), 626–640.
- Massey, E. K., Gebhardt, W. A., & Garnefski, N. (2008). Adolescent goal content and pursuit: A review of the literature from the past 16 years. *Developmental Review, 28*(4), 421-460.
- McCracken, L. M., Badinlou, F., Buhrman, M., & Brocki, K. C. (2021). The role of psychological flexibility in the context of COVID-19: Associations with depression, anxiety, and insomnia. *Journal of Contextual Behavioral Science, 19*, 28-35.
- Michalko, M. (1991). *Thinkertoys: A Handbook of Creative Thinking Techniques*. Ten Speed Press.

- Montoya-Castilla, I., Zegarra, S. P., & Barrón, R. G. (2016). *Programa PREDEMA. Programa de educación emocional para adolescentes: De la emoción al sentido*. Ediciones Pirámide.
- Moote, G. T., Smyth, N. J., & Wodarski, J. S. (1999). Social Skills Training With Youth in School Settings: A Review. *Research on Social Work Practice, 9*(4), 427–465. <https://doi.org/10.1177/104973159900900403>
- Nezlek, J. B., Imbrie, M., & Shean, G. D. (1994). Depression and everyday social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(6), 1101–1111. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.6.1101>
- Nurmi, J.E. (2004). Socialization and self-development: Channeling, selection, adjustment, and reflection. En R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 85–124). John Wiley & Sons Inc.
- Nyquist, A. C., & Luebbe, A. M. (2020). An Emotion Recognition-Awareness Vulnerability Hypothesis for Depression in Adolescence: A Systematic Review. *Clinical child and family psychology review, 23*(1), 27–53. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00302-3>
- Ogbeiwi O (2017) Why written objectives need to be really SMART. *British Journal of Healthcare Management, 23*(7), 324–336.
- Orr, D. P., & Ingersoll, G. M. (1988). Adolescent development: a biopsychosocial review. *Current problems in pediatrics, 18*(8), 441–499. [https://doi.org/10.1016/0045-9380\(88\)90034-5](https://doi.org/10.1016/0045-9380(88)90034-5)
- Orth, U., Erol, R. Y., & Luciano, E. C. (2018). Development of self-esteem from age 4 to 94 years: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological bulletin, 144*(10), 1045–1080. <https://doi.org/10.1037/bul0000161>
- Osborn, A. F. (1963). *Applied imagination: Principles and procedures of creative problem-solving* (3<sup>a</sup> ed.). Scribner's.
- O'Toole, M.S., Hougaard, E., & Mennin, D.S. (2013). Social anxiety and emotion knowledge: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 27*(1). 98-108.
- Oppezzo, M., & Schwartz, D. L. (2014). Give your ideas some legs: the positive effect of walking on creative thinking. *Journal of Experimental Psychology: Learning, memory, and cognition, 40*(4), 1142–1152. <https://doi.org/10.1037/a0036577>

- Parker, G., & Roy, K. (2001). Adolescent depression: a review. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 35(5), 572–580. <https://doi.org/10.1080/0004867010060504>
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 175(11), 1142–1150. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
- Reicher, H., & Matischek-Jauk, M. (2017). Preventing depression in adolescence through social and emotional learning. *International Journal of Emotional Education*, 9(2), 110-115
- Sabatier, C., Restrepo Cervantes, D., Moreno Torres, M., Hoyos De los Rios, O., & Palacio Sañudo, J.. (2017). Emotion Regulation in Children and Adolescents: concepts, processes and influences. *Psicología desde el Caribe*, 34(1), 101-110. Disponible en [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-417X2017000100101&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2017000100101&lng=en&tlng=en).
- Sanchez-Gomez, M., Oliver, A., Adelantado-Renau, M., & Bresó Esteve, E. (2020). Inteligencia emocional y ansiedad en adolescentes: una propuesta práctica en el aula. *Quaderns digitals: Revista de Nuevas Tecnologías y Sociedad*, 91, 74-89. Disponible en [http://www.quadernsdigitals.net/datos/hemeroteca/r\\_1/nr\\_862/a\\_11544/11544.pdf](http://www.quadernsdigitals.net/datos/hemeroteca/r_1/nr_862/a_11544/11544.pdf)
- Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249–280.
- Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of youth and adolescence*, 46(2), 261–276. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>
- Schopenhauer, A. (1851). *Parerga y Paralipómena*. Valdemar.
- Segrin, C (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 379–403.

- Sendzik, L., Ö Schäfer, J., C Samson, A., Naumann, E., & Tuschen-Caffier, B. (2017). Emotional Awareness in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of youth and adolescence*, 46(4), 687–700. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0629-0>
- Shaffer & Kipp (2010). Development of the self concept. En Shaffer, D. y Kipp, K.(eds). *Developmental psychology: Childhood and Adolescence* (pp. 413-417). Wadsworth Cengage.
- Shaffer & Kipp (2010). The Context of Development II: Peers, Schools, and Technology. En Shaffer, D. y Kipp, K.(eds). *Developmental psychology: Childhood and Adolescence* (pp. 567-600). Wadsworth Cengage.
- Silvers, J. A., McRae, K., Gabrieli, J. D., Gross, J. J., Remy, K. A., & Ochsner, K. N. (2012). Age-related differences in emotional reactivity, regulation, and rejection sensitivity in adolescence. *Emotion*, 12(6), 1235-1247. doi:10.1037/a0028297
- Tajfel, H. (1981). *Grupos humanos y categorías sociales: estudios de la psicología social*. Herder.
- Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A., & Weissberg, R. P. (2017). Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A Meta-Analysis of Follow-Up Effects. *Child development*, 88(4), 1156–1171. <https://doi.org/10.1111/cdev.12864>
- Teo, A. R., Lerrigo, R., & Rogers, M. A. (2013). The role of social isolation in social anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 27(4), 353–364. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.03.010>
- Thompson, R. A., Virmani, E. A., Waters, S. F., Raikes, H. A., & Meyer, S. (2013). The development of emotion self-regulation: The whole and the sum of the parts. En K. C. Barrett, N. A. Fox, G. A. Morgan, D. J. Fidler, & L. A. Daunhauer (Eds.), *Handbook of self-regulatory processes in development: New directions and international perspectives* (pp. 5–26). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203080719.ch2>
- Tyng, C. M., Amin, H. U., Saad, M. N. M., & Malik, A. S. (2017). The Influences of Emotion on Learning and Memory. *Frontiers in psychology*, 8, 1454. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01454>

- Urdangarín, B.E., Gorostegi, A.I., & Arregi, A.L. (2008). *Inteligencia emocional*. Gipuzkoako Foru Aldundia. Disponible en [https://www.todostuslibros.com/libros/inteligencia-emocional\\_978-84-7907-596-5](https://www.todostuslibros.com/libros/inteligencia-emocional_978-84-7907-596-5)
- Wallas, G. (1926). *The art of thought*. Harcourt Brace.
- Wang, M.-T., L. Degol, J., Amemiya, J., Parr, A., & Guo, J. (2020). Classroom climate and children's academic and psychological well-being: A systematic review and meta-analysis. *Developmental Review*, 57, 100912. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2020.100912>
- Weissberg, R. P., Durlak, J. A., Domitrovich, C. E., & Gullotta, T. P. (2015). Social and emotional learning: Past, present, and future. En J. A. Durlak, C. E. Domitrovich, R. P. Weissberg, & T. P. Gullotta (Eds.), *Handbook of social and emotional learning: Research and practice* (pp. 3–19). The Guilford Press.
- WHO (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Ybrandt, H. (2008). The relation between self-concept and social functioning in adolescence. *Journal of Adolescence*, 31(1), 1-16.
- Zimmermann, P., & Iwanski, A. (2014). Emotion regulation from early adolescence to emerging adulthood and middle adulthood: Age differences, gender differences, and emotion-specific developmental variations. *International Journal of Behavioral Development*, 38(2), 182-194. [10.1177/0165025413515405](https://doi.org/10.1177/0165025413515405)

## 7. Anexos

### a) Cuadro-resumo da programación de actividades dos obradoiros.

	Actividades do Obradoiro de Depresión	Actividades do Obradoiro de Ansiedade
<b>Sesión 1: Autoconsciencia</b>	<u>1) Presentación (5 min.)<sup>2</sup></u>	<u>1) Presentación (5 min.)</u>
	2) Aplicación das escalas (15 min.)	2) Aplicación das escalas (15 min.)
	<u>3) Psicoeducación: Que son as emocións (25 min.)</u>	<u>3) Psicoeducación: Que son as emocións (25 min.)</u>
	<u>4) Tabú emocional (10 min.)</u>	<u>4) Tabú emocional (10 min.)</u>
	<u>5) Escritura emocional (5 min.)</u>	<u>5) Escritura emocional (5 min.)</u>
<b>Sesión 2: Autocontrol</b>	1. Psicoeducación: autocontrol (15 min.)	1. Psicoeducación: autocontrol (15 min.)
	2. O xogo das antiinstrucións (15 min.)	2. O xogo das antiinstrucións (15 min.)
	<u>3. Programación de actividades gratificantes (15 min.)</u>	<u>3. Programación de actividades desagradables pero positivas a longo prazo (15 min.)</u>
	<u>4. Dinámica de Mindfulness (15 min.)</u>	<u>4. Dinámica de Relaxación progresiva (15 min.)</u>
<b>Sesión 3: Toma de decisións responsables</b>	1. Establecemento de Obxectivos SMART (15 min.)	1. Establecemento de Obxectivos SMART (15 min.)
	2. Técnica de resolución de problemas (15 min.)	2. Técnica de resolución de problemas (15 min.)
	3. Potenciación da flexibilidade psicolóxica e a creatividade (15 min.)	3. Potenciación da flexibilidade psicolóxica e a creatividade (15 min.)
	<u>4. Dinámica Brainstorming sobre depresión (15 min.)</u>	<u>4. Dinámica Brainstorming sobre ansiedade (15 min.)</u>
<b>Sesión 4: Interacción social</b>	1. Psicoeducación: Que é a empatía? (15 min.)	1. Psicoeducación: Que é a empatía? (15 min.)
	2. Fortalezas compartidas (15 min.)	2. Fortalezas compartidas (15 min.)
	<u>3. Role playing: aprender a resistir a presión (15 min.)</u>	<u>3. O dilema do ourizo (15 min.)</u>
	<u>4. Repaso do obradoiro e aplicación das escalas (15 min.)</u>	<u>4. Repaso do obradoiro e aplicación das escalas (15 min.)</u>

<sup>2</sup> As actividades subliñadas son as que difiren -sexa no tipo de actividade ou no contido- en ámbolos dous obradoiros.

**b) Caso de sintomatoloxía depresiva leve (non clínica) e uso inadecuado do teléfono móbil.**

“Marta é unha rapaza de 13 anos que, en xeral, sentíase ben coa súa vida. Adoitaba estar sempre de bo humor co seu grupo de amigos, sacaba boas notas e as súas actividades extraescolares (natación e baile) resultábanlle divertidas e agradables.

Fai uns meses, polo seu cumpleaños, os seus pais regaláronlle un móbil novo con acceso a Internet -o que tiña antes era un móbil de teclado que soamente usaba para chamar-. Dende entón, Marta puido empregalo para estar máis en contacto cos seus amigos e para estar ao tanto de diversas redes sociais.

Porén, Marta pensa que está comezando a ter problemas co uso do móbil. Sente que a veces pasa longas horas diante da pantalla sen ter feito nada interesante. Resúltalle moito máis difícil manter a concentración que de costume -o cal repercute nas súas notas-, e cóstalle manter os horarios de sono por quedarse consumindo contido ata as tantas. Ademais, nestes últimos meses comezou a interesarse máis polos mozos da súa idade, e tamén a ter máis inseguridades co seu aspecto físico, e o feito de comparar o seu propio corpo co das influencers ás que segue non axuda.

Ultimamente atópase tamén máis fatigada, apática e cabizbaixa que de costume, e algunha vez ten faltado a actividades extraescolares e a quedadas co seu grupo de amigos porque “non se atopaba con enerxías”, cousa que antes era moi infrecuente.

Algunha vez intentou reducir o uso do seu teléfono móbil por pura forza de vontade, dicíndose a sí mesma que a partir de agora usarán menos, pero sen moito éxito.

Que estratexias podemos recomendarlle a Marta para mellorar a súa situación?”

**c) Caso de ansiedade e rendemento académico.**

“Alicia é unha rapaza de 16 anos que comezou este ano a estudar Bacharelato nun instituto no que non coñece a ninguén. Sempre foi unha alumna moi autoexigente, o cal se manifesta no seu historial de boas notas. Ten claro que quere estudar medicina, coma os seus pais, polo que agora está cursando o Bacharelato científico.

Na súa historia pasada, un ou dous días antes de ter un exame era normal que se sentira algo nerviosa ou tensa, pero Alicia era quen de canalizar esas sensacións para estudar máis e rendir mellor.

Non obstante, nos últimos meses a situación neste novo instituto empeorou. No seu antigo centro, Alicia estaba acostumada a que a maior parte da nota dunha asignatura consistise en traballar por proxectos individuais e grupais, e que os exames fosen soamente un complemento adicional.

Agora, sen embargo, os exames teñen a meirande parte da carga da nota final, e son moito máis frecuentes que antes. Isto, unido ao feito de que Alicia xa non ten ao seu antigo grupo de amigas para darlle apoio, e que agora ten unha presión adicional para sacar unha nota alta para poder facer medicina, xenera un estrés en ela que lle custa controlar.

De feito, no último parcial de Matemáticas, Alicia viu que o exame lle estaba saíndo peor que de costume, e comezou a sentir unha forte tensión no corpo e a hiperventilar. Ao final tivo que ausentarse da clase e non puido rematar o exame.

Agora mesmo adica practicamente todo o seu tempo de ocio a estudar ou a pensar nas notas, descoidando as súas relacións sociais e as cousas que facía na ESO, coma saír a dar paseos ou quedar coas súas amigas.

Como poderíamos axudar a Alicia para mellorar a súa situación?

#### **d) Exposición do “Dilema do ourizo”.**

“Imaxinémonos a dous ourizos que están padecendo o frío dunha noite de inverno. Como é natural, estes ourizos intentarán xuntarse para darse calor mutuamente. Non obstante, canto máis se acerquen o un ao outro, máis probable será que se fagan dano ao clavarse as súas espiñas.

Do mesmo xeito, os seres humanos, canto máis deixamos a alguén entrar na nosa vida e ser unha parte importante dela, máis capacidade lle outorgamos a esa persona para facernos dano. Vivir con outros implica atopar un delicado equilibrio entre sentir a calor doutras persoas para evitar o frío da soidade, e ao mesmo tempo coidarnos de non lastimar nin ser lastimados”

**e) Estimación do orzamento para a implementación dun obradoiro.**

<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>GASTOS</b>	<b>PREZO</b>
PROFESIONAIS TÉCNICOS	Implementación das sesións (4 horas)	123.52 €
	Elaboración e exposición de informe de resultados (2 horas)	61.66 €
RECURSOS PEDAGÓXICOS	Folios (1 pack de 250 páxinas)	2.5 €
RECURSOS ADMINISTRATIVOS	Impresión das enquisas	3 €
<b>TOTAL</b>		<b>190.68 €</b>

## 8. Índice de táboas e figuras.

<b>Táboa 1. Táboa 1. Factores de risco nos trastornos depresivos en adolescentes.....</b>	<b>10</b>
<b>Táboa 2. Factores de risco nos trastornos de ansiedad en adolescentes.....</b>	<b>11</b>
<b>Figura 1. Evolución da autoestima dende os 4 ata os 94 anos.....</b>	<b>24</b>