



**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

***APLICACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK PARA  
EL TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN UN GRUPO DE  
ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DEL INSTITUTO  
TÉCNICO SUPERIOR GRAN COLOMBIA DE LA CIUDAD DE  
QUITO DE OCTUBRE DEL 2011 A ENERO DEL 2012.***

**PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA**

**AUTORA**

**ADRIANA CAROLINA ORTIZ AMORES**

**DIRECTOR**

**DR. JAIME TERÁN**

**QUITO, 2012**



Yo, ADRIANA CAROLINA ORTIZ AMORES declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional y, que se ha consultado la bibliografía detallada.

Cedo mis derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador, según lo establecido en la Ley de Propiedad Intelectual, reglamento y leyes.

### **Resumen**

En la presente investigación se realizó un estudio de cómo el modelo Cognitivo Conductual de Aaron Beck ayudó a resolver trastornos emocionales de un grupo de adolescentes de 12 a 15 años del Instituto Técnico Superior Gran Colombia de la ciudad de Quito de octubre a enero del 2011, en un lapso temporal de 4 meses.

En una primera fase se realizaron valoraciones de los estados emociones mediante el Cuestionario de Depresión de Beck junto con un análisis cualitativo de los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV (2000) para la depresión. Los recursos utilizados en la terapia abarcaron las áreas cognitiva, emotiva y conductual, asociadas al pensamiento a modificar. Se realizaron evaluaciones en la mitad y al final del tratamiento para medir el progreso.

Los principales factores que incidieron en los estados depresivos de las adolescentes fueron los pensamientos erróneos acerca de si mismas, los otros y el mundo, así como conflictos de comunicación y abandono por parte de padres. Se observó además una importante influencia del medio y la toma de decisiones equivocadas.

El proceso terapéutico mejoró los estados emocionales de las adolescentes mediante la utilización de técnicas cognitivo conductuales, brindándoles herramientas que les permitieron manejar de mejor manera sus conflictos. La terapia les permitió modificar su pensamiento, identificar sus creencias disfuncionales, confrontar su realidad, proporcionándoles así otras posibilidades para la resolución de conflictos y el adecuado manejo de sus emociones.

### **Palabras claves**

Modelos Cognitivo Conductuales, Aaron Beck, Trastornos emocionales, Depresión, Adolescentes de 12 a 15 años, Instituto Técnico Superior Gran Colombia.

### **Abstract**

This paper describes the work of the American psychiatrist Aaron T. Beck with his Cognitive Therapy. It describes how his type of psychotherapy helps to treat emotional disorders. The aim of the project was to help teenagers from 12 to 15 from Instituto Técnico Superior Gran Colombia, Quito to solve their emotional problems. The research lasted four months from October 2011 to January 2012.

On the first stage the emotional status of the teenagers were evaluated using the Beck Inventory and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV (2000). During therapy, the patients overcame difficulties by identifying and changing dysfunctional thinking, behavior, and emotional responses. The patients were evaluated during therapy to test the advances in the process, and at the end to measure the results.

Depression in teenagers was mainly caused by mistaken ideas about themselves, others or the world. The abandonment of parents and difficulties in communication made teenagers more susceptible. Also, social influence was an important factor as it increased their vulnerability to make incorrect decisions.

The aim of the therapy was achieved by improving the emotional status of the teenagers using cognitive techniques. This involved helping patients to develop skills for modifying beliefs, identifying distorted thinking, relating to others in different ways, and changing behaviors. Once those thoughts were challenged, one's feelings about the subject matter of those thoughts were more easily subject to change.

### **Key words**

Cognitive Therapy, Aaron Beck, Emotional Disorders, Depression, Teenagers from 12 to 15 years old, Instituto Técnico Superior Gran Colombia.

## Índice general

|                                                |    |
|------------------------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN                                   | 9  |
| Capítulo I: PLANEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN   |    |
| 1. 1 Posicionamiento teórico                   | 12 |
| 1.2 Delimitación del Problema                  | 19 |
| 1. 3 Objetivos de investigación                | 21 |
| 1. 4 Justificación                             | 21 |
| Capítulo II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL          |    |
| 2.1 Instituto Técnico Superior Gran Colombia   | 24 |
| 2.1.2 Antecedentes de la creación              | 26 |
| 2.1.3 Objetivos generales y específicos        | 27 |
| 2.2 La adolescencia                            | 27 |
| 2.2.1 Características biológicas               | 27 |
| 2.2.2 Desarrollo cognitivo                     | 30 |
| 2.2.3 Características psicológicas             | 34 |
| 2.2.4 Características sociales                 | 35 |
| 2.2.5 Desarrollo psicosexual                   | 38 |
| 2.2.6 Problemas frecuentes en la adolescencia  | 39 |
| 2.3 La depresión                               | 47 |
| 2.3.1 Características generales                | 47 |
| 2.3.2 Clasificación de la de la depresión      | 49 |
| 2.3.3 Episodios afectivos                      | 51 |
| 2.3.3.1 Episodio depresivo mayor               | 51 |
| 2.3.3.2 Episodio maníaco                       | 55 |
| 2.3.3.3 Episodio mixto                         | 58 |
| 2.3.4 Trastornos depresivos                    | 59 |
| 2.3.4.1 Trastorno depresivo mayor              | 59 |
| 2.3.4.2 Trastorno distímico                    | 64 |
| 2.3.4.3 Trastornos depresivos no especificados | 68 |
| 2.3.4.4 Trastorno bipolar                      | 69 |
| 2.3.5 Causas de la depresión                   | 71 |
| 2.3.6 Depresión en mujeres                     | 73 |

|                                                     |     |
|-----------------------------------------------------|-----|
| 2.3.7 Depresión en adolescentes                     | 74  |
| 2.3.8 Tratamiento                                   | 77  |
| 2.4 Terapia Cognitivo Conductual                    | 80  |
| 2.4.1 Origen de las terapias Cognitivo Conductuales | 85  |
| 2.4.2 Albert Ellis                                  | 86  |
| 2.4.3 Aaron Beck                                    | 87  |
| 2.4.3.1 Esquema básico                              | 89  |
| 2.4.3.2 Principios de la terapia cognitiva          | 91  |
| 2.4.3.3 Principales conceptos                       | 92  |
| 2.4.4 Terapia Cognitivo Conductual                  | 97  |
| 2.4.4.1 Estructura de la sesión                     | 98  |
| 2.4.4.2 Estrategias de tratamiento                  | 100 |
| 2.4.4.3 Técnicas cognitivas                         | 100 |
| 2.4.4.4 Técnicas conductuales                       | 102 |
| 2.4.4.5 Estrategias cognitivo-conductuales grupales | 103 |
| 2.4.4.6 Las tareas terapéuticas                     | 104 |
| CAPÍTULO III: METODOLOGÍA                           |     |
| 3.1 Sujetos, población y muestra                    | 106 |
| 3.2 Tipo y diseño de investigación                  | 106 |
| 3.3 Hipótesis                                       | 107 |
| 3.4 Variables                                       | 107 |
| 3.5 Definición operacional                          | 107 |
| 3.6 Recolección de la información                   | 109 |
| 3.7 Criterios de inclusión y exclusión              | 110 |
| 3.8 Planificación de la terapia                     | 111 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADO, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN        |     |
| 4.1 Diagnóstico según DSM IV                        | 119 |
| 4.2 Cuestionario de Depresión de Beck               | 120 |
| 4.3 Demostración de la hipótesis                    | 124 |
| CONCLUSIONES                                        | 136 |
| RECOMENDACIONES                                     | 139 |
| ANEXOS                                              | 140 |

|                            |     |
|----------------------------|-----|
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 148 |
|----------------------------|-----|

### ÍNDICE DE CUADROS

|            |                                                         |    |
|------------|---------------------------------------------------------|----|
| Cuadro 1:  | Criterios para episodio depresivo mayor                 | 54 |
| Cuadro 2:  | Criterios para episodio maníaco                         | 58 |
| Cuadro 3:  | Criterios para episodio mixto                           | 59 |
| Cuadro 4:  | Criterios para trastorno depresivo mayor episodio único | 63 |
| Cuadro 5:  | Criterios para trastorno depresivo mayor recidivante    | 63 |
| Cuadro 6:  | Criterios para trastorno distímico                      | 67 |
| Cuadro 7:  | Cronología de las terapias cognitivo conductuales       | 86 |
| Cuadro 8:  | Esquema básico de la terapia cognitivo conductual       | 89 |
| Cuadro 9:  | Esquema ampliado de la terapia cognitivo conductual     | 90 |
| Cuadro 10: | Tipos de esquemas según Clark                           | 94 |

### ÍNDICE DE GRÁFICOS

|             |                                                              |     |
|-------------|--------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfico 1:  | Edad                                                         | 112 |
| Gráfico 2:  | Situación familiar                                           | 113 |
| Gráfico 3:  | Posición familiar                                            | 114 |
| Gráfico 4:  | Factores de riesgo                                           | 115 |
| Gráfico 5:  | Agresión                                                     | 116 |
| Gráfico 6:  | Llanto fácil                                                 | 117 |
| Gráfico 7:  | Ideas suicidas                                               | 118 |
| Gráfico 8:  | Diagnóstico DSM IV                                           | 119 |
| Gráfico 9:  | Cuestionario de depresión de Beck. Evaluación inicial        | 121 |
| Gráfico 10: | Cuestionario de depresión de Beck. Evaluación intermedia     | 122 |
| Gráfico 11: | Cuestionario de depresión de Beck. Evaluación final          | 123 |
| Gráfico 12: | Correlación entre el valor d y la cantidad de terapias d1-d2 | 132 |
| Gráfico 13: | Correlación entre el valor d y la cantidad de terapias d2-d3 | 134 |
| Gráfico 14: | Correlación entre el valor d y la cantidad de terapias d1-d3 | 135 |



## **Introducción**

Actualmente la población mundial atraviesa por momentos críticos, la globalización, la fuerte influencia de los medios de comunicación, las modas, los cambios socio ambientales, las nuevas estructuras familiares, la adecuación de los roles están obligando a la sociedad a una reorganización de la forma de vida, en cada una de las etapas del desarrollo.

Mucho se ha hablado en las últimas décadas del posicionamiento de las mujeres en la sociedad, su involucramiento en el campo laboral, político y social y las repercusiones que este trae en el contexto familiar. Se han ampliado los roles de cada miembro de la familia e inclusive se ha cambiado el concepto tradicional del término, ya que muchas se han visto en la necesidad de mutar para sostenerse, involucrando a familiares de tercer orden y en muchos casos desplazando a los padres por motivos migratorios o de trabajo y asignando responsabilidades tempranas a hijos mayores.

Todos estos cambios en el grupo familiar comienzan a ser determinantes en la formación de la personalidad de cada individuo desde su infancia. Sin embargo, en edades tempranas las responsabilidades y el grado de comprensión de situaciones vitales son menores, no así en la adolescencia.

En esta etapa es cuando el ser humano inicia un proceso de conflicto entre lo que es y lo que tiene, y lo que quiere llegar a ser. Son comunes las crisis de identidad, los problemas de comportamiento y adaptación, el escaso ajuste a normas y es entonces cuando el individuo está mayormente expuesto a la influencia de modelos negativos, consumo de sustancias y abuso de su sexualidad.

A lo largo de este trabajo se pretende hacer una descripción de los aspectos fundamentales que definen al adolescente, tanto en sus características biológicas, psicológicas y sociales y cómo las diferencias entre hombres y mujeres influyen en su comportamiento, en las relaciones que tienen a lo largo de su vida y en las crisis que atraviesan. Es importante reconocer los factores en su desarrollo que los hacen vulnerables para emprender un proceso de salud preventiva, donde puedan estar preparados para una correcta toma de decisiones y un adecuado manejo de riesgos.

Uno de los problemas que atraviesan los adolescentes es la depresión, que a su vez es causa y consecuencia de otros conflictos. Las estadísticas a nivel mundial se han incrementado en este tema, antes, los diagnósticos en psicología no reconocían un inicio tan temprano de este trastorno. Esto nos obliga a reconocer la importancia de un acompañamiento a los jóvenes por parte de los padres y de los centros de estudio para detectar síntomas tempranos y favorecer el tratamiento y la calidad de vida.

La depresión es una enfermedad persistente y debilitante que afecta casi dos veces más a las mujeres que a los hombres. Los investigadores siguen explorando cómo las características propias de las mujeres: biológicas, ciclo de vida, y psicosocial, las pueden influir de mayor manera (Blehar & Oren, 1997).

Nunca dos personas se deprimen exactamente de la misma forma. Muchos presentan solamente algunos de los síntomas, y éstos varían en su severidad y duración. El hecho de tener algunos síntomas depresivos no significa que la persona está deprimida clínicamente. Por ejemplo, no es raro que las personas que han perdido un ser querido se sientan tristes, impotentes, y pierdan interés en actividades cotidianas. Solamente cuando estos síntomas

persisten por un tiempo más allá de lo usual y se alejan de la realidad es que hay razón para sospechar de una enfermedad depresiva.

Si bien en casos graves, donde se observan síntomas psicóticos o repercusiones somáticas relevantes es importante un tratamiento con fármacos, se ha comprobado que existe una muy buena respuesta a la psicoterapia en la depresión. Muchas escuelas han investigado técnicas que disminuyan los síntomas y otras ofrecen en cambio largos procesos introspectivos para llegar al origen inconsciente del trastorno.

En la actualidad, uno de los tratamientos para la depresión es la aplicación de técnicas cognitivo conductuales. El objetivo es enseñar al paciente una forma más adecuada de enfrentar su vida, partiendo de una confrontación con su realidad y de cómo esta influye en su comportamiento. Lo importante es lograr una desvalidación de pensamientos automáticos perjudiciales y el reemplazo por otros funcionales que le permitan una mejor respuesta. Desde su origen, la teoría se basa en el fundamento que mantiene que lo importante es la interpretación que le damos a los hechos antes que lo que sucede en sí (Caro, 2006).

Con el objetivo de reducir la depresión de un grupo de adolescentes mujeres en un colegio de Quito, se realizó la aplicación de técnicas cognitivas en un proceso de terapia. A continuación se hace una descripción de la metodología del trabajo realizado así como el análisis de los resultados obtenidos.

## **Capítulo 1**

### **PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **Posicionamiento teórico**

El Instituto Técnico Superior Gran Colombia, se encuentra ubicado en la Av. Selva Alegre 1361-4 y Nuñez de Balderrama, parroquia Santa Prisca, Quito. Es un colegio de sostenimiento fiscal, con jornadas matutina y vespertina y de género femenino. Cuenta con un total de 2.208 estudiantes y 146 profesores entre: Ciclo Básico, octavos, novenos y décimos, bachillerato y especializaciones de Contabilidad y Administración, Industria de la Confección y Gestión de la Secretaría.

La Visión Institucional es ser líderes en la formación de bachilleres, técnicos, mediante una educación basada en el saber, pensar, compartir y emprender en concordancia con el desarrollo científico tecnológico moderno. La Misión Institucional es formar bachilleres técnicos con identidad, valores, saberes científicos, técnicos y capacidades para potenciar su desarrollo humano y de los demás.

El presente trabajo de investigación busca conceptualizar situaciones que viven las estudiantes adolescentes, mujeres, con trastornos depresivos del Instituto Técnico Superior Gran Colombia, para lo cual se abordarán las características principales de la adolescencia con la influencia de género, contrastadas con los síntomas de la depresión y su repercusión en la conducta y sistema de creencias.

La adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. Al igual que otros períodos de transición en la vida, supone cambios importantes en una o más áreas del desarrollo. Entre los 13 y los 18 años, las personas viven intensos procesos de cambio: corporal, intelectual y emocional.

La tarea principal de la adolescencia según Erickson es el enfrentamiento a la crisis de identidad versus la confusión de identidad en fin de convertirse en un adulto único con un sentido coherente del yo y un papel valorado dentro de la sociedad (Feldman, 2007).

Las características biológicas de la adolescencia son un notable aumento de la rapidez del crecimiento, un desarrollo acelerado de órganos reproductores y la aparición de rasgos sexuales secundarios como el vello corporal, e incremento de la grasa y de los demás músculos, además del agrandamiento y maduración de los órganos sexuales. Hay una expansión de la capacidad y el estilo del pensamiento que aumenta la conciencia del individuo, su imaginación, su juicio y su intuición. En lo intelectual se desarrolla el pensamiento abstracto y la posibilidad de trabajar con operaciones lógico formales, lo que permite la resolución de problemas complejos (Craig & Baucum, 2009).

La adolescencia es también un proceso social y emocional. Se produce una fuerte integración en el grupo de iguales, se inicia el proceso de emancipación familiar y comienzan los cuestionamientos hacia los modelos parentales. Todo adolescente necesita del trato confiado y frecuente de algún familiar para el desarrollo normal y armónico, y un contexto para aprender habilidades necesarias para el desarrollo social y personal. La ausencia de estimulación e interacciones positivas dificulta el aprendizaje de habilidades sociales esenciales para la interacción (Moreno & García, 2006).

Es un momento clave en la formación de la identidad. Las adolescentes tienen una gran necesidad de reconocimiento y aceptación para formarse un concepto positivo de sí mismo. Aparece una moral autónoma; las normas emergen de las relaciones de reciprocidad y cooperación, y no de la imposición de los adultos (Kohlberg, 1966).

Entre los problemas más comunes de la adolescencia se encuentran: una actividad delictiva, mayor predisposición para pelear y mentir, menor aceptación de normas y bajo rendimiento escolar. Se observa también insatisfacción social y personal, un auto concepto bajo, historia familiar de inestabilidad y angustia, falta de afecto, exceso de control, aislamiento social, falta de apoyo, etc. En esta etapa existen altos porcentajes de depresión, más común en las mujeres.

En un estudio realizado acerca de los estresores cotidianos familiares se puede apreciar que las consecuencias emocionales de los mismos tienen una diferente forma de expresión psicopatoplástica, según se trate de hombres o mujeres. La violencia en el ambiente familiar y los problemas en relación con los hermanos significaron fuentes estresantes importantes en la mujer, mostrando mayor vulnerabilidad. Una posible explicación a esto postulada por Widle, es que las mujeres están más orientadas al mundo interpersonal (González, Andrade, & Jiménez 2000).

Nadie es inmune a períodos de tristeza y depresión, y los adolescentes no son la excepción. La depresión clínica es un trastorno del estado anímico que se manifiesta en diferentes planos psíquicos y somáticos en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de tiempo prolongado. Se manifiesta mediante un conglomerado de síntomas que incluyen la pérdida de interés hacia las actividades que realizan normalmente, pesimismo, baja autoestima, aislamiento social, fatiga, llanto, trastornos del sueño y de la alimentación, e impulsos auto destructivos (Dowd, 2004).

En general, los individuos depresivos se caracterizan por poseer un esquema cognitivo negativo centrado en torno a temas de deficiencia personal, auto culpa y expectativas negativas que tendrían un papel muy importante en cómo el individuo procesa la información

personal y social, dado que dicho esquema influiría no solo en qué tipo de estímulos son atendidos por el individuo, sino también en cómo estos son integrados y evaluados (Vara Horna & Alfredo, 2006).

Es posible que los adolescentes no tengan todos los síntomas clásicos de la depresión como los adultos. Reynolds (2004) señala que la depresión en adolescentes muchas veces es olvidada, ignorada o vista como síntoma de otros problemas. Además, los cambios de humor, los arrebatos de ira, el aislamiento, los cambios en la alimentación y en el sueño, las dificultades de concentración, los cambios de rendimiento escolar, la reducción de la actividad, fatiga e irritabilidad pueden ser vistos como normales dentro del comportamiento adolescente.

La depresión grave se caracteriza por una alteración primitiva emocional donde aparecen síntomas de fatiga, abatimiento, tristeza y angustia. Consecuentemente aparece una inhibición psicomotriz con ideación pobre, pensamiento, lenguaje y movimientos lentos, y bajo rendimiento escolar.

La depresión puede ser una respuesta a muchas situaciones y factores de estrés en los adolescentes. En ellos, el estado anímico depresivo es común debido al proceso normal de maduración, el estrés que se presenta con éste y la influencia de las hormonas sexuales. Adicionalmente, en el trabajo realizado se observó que, la migración, el abandono de los padres por largas jornadas de trabajo, el auto concepto bajo, los conflictos de independencia y comunicación incrementaron los índices del trastorno.

Una de las clasificaciones más utilizadas para la depresión es la distinción entre depresión endógena y reactiva. La segunda parece poder explicarse mediante agentes precipitadores externos y algunas manifestaciones sintomatológicas pueden diferir entre

ambas: los depresivos endógenos presentan más síntomas físicos y sentimientos de culpa: se encuentran peor por la mañana que durante el resto del día y tienden a manifestar un mayor retraso o agitación motora.

Según Beck y su modelo cognitivo existe una triada cognitiva para la depresión: la primera es la visión negativa acerca de sí mismos; se ven faltos de atributos para ser felices, estar satisfechos o sentirse útiles. La segunda es la frecuente apreciación negativa de las experiencias propias presentes, sienten que el ambiente exige demasiado. El tercer elemento es la terna negativa acerca del futuro. Estos pacientes anticipan que su sufrimiento se prolongará indefinidamente.

El Inventario de Depresión de Beck ha sido sin duda uno de los instrumentos utilizados con mayor frecuencia en investigación psiquiátrica para la evaluación de la gravedad y la evolución de los trastornos depresivos. Este instrumento también se ha utilizado para fines diagnósticos y constituye uno de los principales pilares de la investigación psicométrica anglosajona de los últimos 20 años (Heerlein & Richter 1991).

Muchas son las escuelas que han abordado el tratamiento de la depresión. En 1997 la terapia cognitiva afrontó su primera prueba científicamente controlada, comparándose su eficacia con el conocido tratamiento de los antidepresivos tricíclicos. La muestra fue cuidadosamente seleccionada, limitándose a pacientes depresivos con alteraciones primarias, unipolares y sin síntomas psicóticos.

Después de doce semanas de tratamiento, ambos grupos de tratamiento (uno tratado con terapia cognitiva y otro con antidepresivos) mostraron una disminución significativa en su sintomatología con una mayor mejoría en aquellos que siguieron la terapia cognitiva. El 78,9% de los pacientes sometidos a este procedimiento, presentaron una considerable



reducción o una completa remisión de los síntomas, frente al 22,7% de los tratados con farmacoterapia.

Los índices de abandono de terapia fueron significativamente menores en el tratamiento con terapia cognitiva. Seguimientos post-tratamiento de tres, seis meses y un año confirman los resultados obtenidos. El 68% de los intervenidos con antidepresivos de nuevo requirió ayuda terapéutica, en contraste con el 6% de los expuestos a terapia cognitiva. Cabe aclarar que la terapia cognitiva, hasta la fecha, ha mostrado su utilidad, únicamente en estados depresivos unipolares carentes de manifestaciones psicóticas (Harrison & cols., 1984).

La terapia cognitiva se inicia a mediados de los años cincuenta con la propuesta de Albert Ellis y Aaron Beck, quienes después de reconocer la dificultad de la intervención con los pacientes desde el modelo psicoanalítico, instauran un tipo de psicoterapia que busca ser más eficaz y de menor duración.

La terapia cognitiva está fundamentada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que la persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación.

El esquema básico de la terapia cognitiva de Beck establece que una situación o estímulo, que puede ser externo o interno provoca una respuesta que puede ser emotiva, conductual o fisiológica. Para lo cual pasa por un proceso cognitivo: Los pensamientos automáticos, son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de un razonamiento, sino más bien parecen brotar automáticamente, pueden tener forma verbal (lo que me estoy diciendo a mí mismo) y/o visual (imágenes).

Las creencias más centrales o creencias nucleares, son interpretaciones fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan o no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias desarrolladas desde la infancia, consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo.

Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles, mientras que los pensamientos automáticos (verbal e imágenes), son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de las cogniciones.

Entre estos dos niveles se encuentran las creencias intermedias, influidas por las nucleares e influyentes sobre los pensamientos automáticos, y que se encuentran constituidas por: reglas, normas, actitudes y supuestos (Obst, 2008).

El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas. La terapia cognitiva utiliza estrategias cognitivas y conductuales, para delimitar las falsas creencias y los supuestos desadaptativos, mediante técnicas de aprendizaje (Caro, 2006).

Para la terapia cognitiva podemos cambiar porque no somos esclavos de nuestras tendencias ni determinados a pensar irracionalmente. Para lograrlo, necesitamos haber incorporado tres insights fundamentales (Dryden & DiGiuseppe, 1990):

- Los acontecimientos (pasados o presentes) no causan las emociones o conductas disfuncionales, sino nuestro sistema de creencias. Independientemente de la manera como nos hayamos perturbado en el pasado, ahora nos estamos perturbando principalmente porque seguimos adoctrinándonos con nuestros pensamientos o creencias.

- No importa cuán convencidos estemos de nuestro conocimiento y atribuciones, siempre es posible cambiar.
- A la larga, nosotros podemos superar nuestras perturbaciones, pero trabajando duro y con constancia, a veces con sufrimiento, para modificar nuestros pensamientos y creencias con sus consecuencias.

La terapia cognitiva se basa en una formulación permanentemente evolutiva del paciente y sus problemas en términos cognitivos, requiere una sólida alianza terapéutica y enfatiza la colaboración y la participación activa del paciente.

Se orienta hacia metas y se centra en los problemas, es educativa, apunta a enseñarle al paciente a ser su propio terapeuta y enfatiza la prevención de la recaída. Las sesiones de la terapia son estructuradas, tiene como objetivo enseñar a los pacientes a identificar, evaluar y responder a sus creencias y pensamientos disfuncionales.

### **Delimitación del problema**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS.), se estima que los jóvenes de 10 a 24 años representan una enorme proporción de la actual población mundial, una de cada cinco personas en el mundo es un adolescente. Dentro de la problemática que puede afectar a este grupo de edad, son prevalentes los trastornos psico-emocionales y sociales. Al menos el 20% de los jóvenes padece alguna forma de enfermedad mental como depresión, trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, comportamientos suicidas o trastornos alimentarios (OMS, 2008).

Diversas publicaciones internacionales coinciden en señalar que la frecuencia del diagnóstico de depresión ha experimentado un incremento en los últimos diez años. La depresión afecta alrededor de 121 millones de personas en el mundo. Se estima que el 6% de

los adolescentes entre 12 y 18 años han sido diagnosticados con este trastorno y afirman que para el año 2020, la depresión será la segunda enfermedad más incapacitante en el mundo (OMS, 2008) aunque no existen datos estadísticos nacionales.

Experiencias difíciles en la vida, cambios propios de la adolescencia y ciertos patrones personales tales como la dificultad para afrontar el estrés, baja autoestima, abandono familiar o bajo rendimiento escolar pueden aumentar la probabilidad de caer en depresión (Papalia, Olds & Feldman, 2009). La ausencia de padres en casa y el desconocimiento de las actividades que sus hijos realizan, hacen menos evidentes los síntomas.

En la adolescencia, las relaciones familiares son un elemento clave pues representan el punto de partida para el establecimiento de nuevas relaciones sociales maduras, donde el grupo de amigos compite y cede importancia con el grupo familiar de referencia. Este nuevo sistema de relaciones demanda negociaciones y reajustes, e incide en el estado emocional del adolescente (González & cols. 2000).

La terapia cognitiva se basa en el concepto de mediación cognitiva, expresado originalmente con la frase: "No son los hechos, sino lo que pensamos sobre los hechos, lo que nos perturba", concepto originalmente propuesto por Epicleto, en el siglo I.

Debido a que sentimos en función de lo que pensamos, para acabar con un problema emocional, tenemos que empezar haciendo un análisis de nuestros pensamientos. La terapia cognitiva conductual se basa en este principio, es estructurada, activa, directiva y de tiempo limitado, con excelentes resultados en el tratamiento de diversas alteraciones emocionales, como depresión, estados de ansiedad no especificada y trastornos fóbicos (Harrison, Beck, & Buceta 1984).

**Pregunta de investigación**

¿En qué medida la aplicación de la Terapia Cognitiva de Beck reduce la depresión en las adolescentes del Instituto Técnico Superior Gran Colombia?

**Objetivos de investigación**

**Objetivo general.** Reducir la depresión de un grupo de adolescentes del Instituto Técnico Superior Gran Colombia de 12 a 15 años mediante la aplicación de terapia cognitivo de Beck.

**Objetivos específicos.** Identificar las distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos que generan depresión entre las adolescentes.

Evaluar los niveles de depresión en las adolescentes antes, durante y después de una intervención de psicoterapia.

Facilitar a las adolescentes herramientas para un mejor manejo de sus trastornos emocionales y resolución de conflictos.

**Justificación**

En la actualidad, los adolescentes se encuentran influidos por aspectos que determinan su estado de ánimo y la formación de su personalidad. El mundo globalizado, las nuevas estructuras familiares, el cambio de roles de las mujeres, las modas sociales y la influencia de los medios representan un desafío para los padres, educadores y psicólogos quienes son responsables de velar por el adecuado desarrollo de los jóvenes y atender las problemáticas en las que incurren.

Beck ha sugerido la conveniencia de no referirse a “la causa” de la depresión, recomendando como alternativa la interacción de factores que predisponen al desarrollo del síndrome y variables que lo precipitan. Entre los primeros se incluyen componentes genéticos,

falta de habilidades específicas, metas poco realistas, valores irracionales. Entre los segundos, enfermedades físicas, ingestión de sustancias tóxicas, experiencias intensas de estrés, rechazo o desaprobación de personas significativas, entre otros.

Según Gómez y Rodríguez (1997) los altos índices de depresión pueden deberse a las condiciones socio-económicas y políticas actuales, los altos índices de desempleo, violencia, pobreza y migración. En algunos adolescentes, esta atmósfera familiar negativa, estresante o infeliz puede afectar su autoestima y llevarlos a la depresión. Los padres deben desempeñar largas jornadas de trabajo o salir al exterior en busca de mejores fuentes de trabajo que proporcionen mayores ingresos; esta ausencia puede influir también en la salud mental de los adolescentes.

Investigaciones concuerdan con la hipótesis de que las mujeres adolescentes tienden a presentar tasas de depresión más altas que los hombres de su edad, una de las causas es que las mujeres adolescentes cuentan con un número más limitado de medios socialmente aceptados para canalizar los impulsos agresivos y sexuales que juegan un papel importante en el desarrollo de la depresión (Ortiz, 1996).

La adolescencia es una etapa de transición crítica del desarrollo hacia la edad adulta. Los conflictos emocionales no trabajados en esta fase pueden derivar en trastornos de personalidad futuros y en adultos vulnerables incapaces de responder a las demandas de la sociedad, de allí la importancia de la detección temprana de síntomas que permitan dar el apoyo a los adolescentes en riesgo.

Lazarus y Folkman puntualizaron que aún ante acontecimientos estresantes extremos, medios u ordinarios, la vulnerabilidad de las respuestas de los adolescentes es muy grande, ya que lo que puede ser estresante para uno en un momento dado, no lo es para otro. No es

posible definir el estrés en función únicamente de las condiciones ambientales sin tomar en cuenta las características individuales (González y cols. 2000).

Actualmente existe gran preocupación por la incidencia de la depresión en los adolescentes a nivel mundial, es un fenómeno que debe atenderse por diversas razones. Frecuentemente se ha documentado que se asocia a una mayor probabilidad de conducta violenta, a un bajo rendimiento escolar, ideaciones suicidas y también al consumo de sustancias adictivas como alcohol, tabaco y drogas ilícitas, cuyas cifras van en aumento en este grupo de edad.

## Capítulo 2

### MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

#### **Instituto Tecnológico Superior Gran Colombia**

El Instituto Tecnológico Superior Gran Colombia, pertenece al régimen sierra, de género femenino y labora en dos secciones, matutina y vespertina. Su sostenimiento es fiscal y ofrece los siguientes niveles:

- Educación Básica: Octavos, Novenos, Décimos
- Especializaciones: Contabilidad y Administración. Industria de la confección, Organización y Gestión de la secretaría

El número de docentes que laboran en el instituto ascienden a 146 para un universo estudiantil de 2.208 estudiantes, 965 pertenecen a la jornada matutina y 1.243 a la jornada vespertina.

El instituto está ubicado en la provincia de Pichincha, cantón Quito, parroquia Santa Prisca, en la avenida Selva Alegre 1361 y Núñez de Valderrama. Sus números telefónicos son: 2568 446 al 448, y la dirección electrónica es [itsgrancolombia@andinanet.net](mailto:itsgrancolombia@andinanet.net).

#### **Visión Institucional**

El Instituto Tecnológico Superior Gran Colombia, será el líder en la formación de bachilleres técnicas, mediante una educación basada en el saber, pensar, compartir y emprender en concordancia con el desarrollo científico y tecnológico moderno.



**Misión Institucional**

El Instituto Tecnológico Superior Gran Colombia forma bachilleres técnicas con identidad, valores, saberes científicos, técnicos y capacidades para potenciar su desarrollo humano.

**Código de Convivencia**

Cumpliendo lo dispuesto por la Ley, el Instituto Tecnológico Superior Gran Colombia, elaboró un Código de Convivencia en el que participaron todos los estamentos del plantel y que permite las buenas relaciones de convivencia institucional y en donde se establece el ambiente de armonía, compromisos y acuerdos que conducen al respeto y cumplimiento de los derechos y deberes que deben ser la norma en cada uno de los elementos que conforman esta unidad educativa.

En su elaboración se acogieron las normativas sugeridas por el Ministerio de Educación, especialmente en los conceptos de:

- Democracia
- Ciudadanía
- Valores
- Equidad de género
- Comunicación
- Disciplina y autodisciplina
- Honestidad académica
- Utilización de tecnología

Este Código de Convivencia fue aprobado por el ex – Ministro de Educación, Doctor Raúl Vallejo, según el Acuerdo 182, del 22 de mayo de 2007. En su elaboración participaron

todos los estamentos del plantel, y su objetivo es permitir las buenas relaciones de convivencia institucional y se establece el ambiente de armonía, compromisos y acuerdos que conducen al respeto y cumplimiento de los derechos y deberes que deben ser la norma en cada uno de los elementos que conforman esta unidad educativa.

### **Antecedentes de creación**

Con la Declaración de los Derechos del Niño adoptada en la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año de 1989 y posteriormente en la Convención Internacional sobre Los Derechos del Niño y Adolescente, nace una nueva concepción ética y jurídica, que se orienta hacia el interés superior del niño y adolescente. Bajo esta nueva filosofía, dejan de ser objetos de protección y se convierten en sujetos de derechos y responsabilidades.

El Código de Convivencia de la comunidad Gran Colombiana nace para armonizar la coexistencia de todos sus actores, sobre todo considerando que en la actualidad, la sociedad ha experimentado grandes cambios, algunos de ellos negativos, que han afectado al desarrollo integral de la personalidad del ser humano y de manera especial a los niños y adolescentes. Su objetivo es procurar el rescate de valores que debe ser la tarea más importante de autoridades, maestros, estudiantes, funcionarios teniendo como pilar fundamental a los padres de familia.

El contenido de este Código de Convivencia, señala los derechos y deberes de: autoridades, docentes, personal administrativo, de servicio, estudiantes y padres de familia, con el objeto de establecer un clima institucional que permita el manejo de buenas relaciones y la comunicación interpersonal, la valoración y el respeto del otro, el ejercicio de los derechos humanos y la práctica de valores como la participación, la responsabilidad y el compromiso en el cumplimiento de los deberes que le sean propios y la convivencia como integrantes de la comunidad educativa.

### **Objetivos generales y específicos**

El Código de Convivencia considera que los cambios son integrales y deben modificar la forma de pensar y actuar, dando paso a nuevas propuestas y matices. Están latentes en el Código el promover y practicar la paz, el respeto a los derechos humanos y libertades fundamentales, la no discriminación, la tolerancia, la valoración de las diversidades, la participación, el diálogo, la autonomía y la cooperación.

Como objetivos generales, con la presencia de este Código, se promueve la convivencia, la resolución de conflictos a través de la práctica de valores que permita el desarrollo integral de todos los actores de la comunidad Gran Colombiana.

Además se establecen, entre otros, los siguientes objetivos específicos:

- Fortalecer las relaciones humanas de la comunidad educativa Gran Colombiana.
- Involucrar activamente, en la construcción de este instrumento, a todos los miembros de la institución incluyendo a los padres de familia.
- Mejorar las relaciones de compromiso, amistad, solidaridad, respeto con equilibrio y justo trato.
- Regular el goce y ejercicio de los derechos, deberes y responsabilidades de las estudiantes.

## **La adolescencia**

### **Conceptualización de adolescencia**

El término adolescente proviene del latín *adolescere*, y significa ir creciendo, desarrollarse hacia la madurez, hacerse adulto. Hay diferentes conceptualizaciones sobre el término. Algunos ubican la adolescencia como un periodo vital entre la infancia y la adultez. Otros la conciben como un ‘segundo nacimiento’, en tanto entienden que en ese periodo se

reavivan ciertos conflictos relacionados con el estado de indefensión del bebé, enfrentado a un mundo que le es caótico y desconocido (Rascovan, 2000).

La adolescencia es la transición del desarrollo entre la infancia y la adultez que implica cambios físicos, cognitivos y emocionales importantes. Inicia aproximadamente a los 12 años en promedio en las mujeres y 14 en los hombres. Los genes heredados aún ejercen mucha influencia en el pensamiento y la conducta, pero esta ahora se combina con las condiciones sociales, las experiencias familiares y escolares (Feldman, 2007).

#### Características biológicas

Dentro de las características biológicas del adolescente, se observa un notable aumento de la rapidez del crecimiento, un desarrollo acelerado de los órganos reproductores y la aparición de rasgos sexuales secundarios como el vello corporal, el incremento de la grasa y de los músculos. Algunos cambios son iguales en ambos sexos, pero en general se trata de cambios específicos.

Las variaciones físicas que ocurren al iniciarse la adolescencia están controladas por hormonas, sustancias bioquímicas que son segregadas por el torrente sanguíneo en cantidades pequeñas y por órganos internos denominados glándulas endócrinas. La producción de éstas aumenta a los diez años y medio en las mujeres y entre los doce y trece en los hombres.

El hipotálamo es el área del cerebro ubicada debajo del tálamo. Sus funciones van desde la regulación de la temperatura del cuerpo, la sed, el apetito, el estado anímico, el inicio del crecimiento y la capacidad reproductora durante la adolescencia. La hipófisis, segrega varias clases de hormonas, entre ellas la hormona del crecimiento y otras tróficas secundarias que estimulan y regulan el funcionamiento, como los testículos en el hombre y los ovarios en la mujer. Las hormonas segregadas por la hipófisis y por las glándulas sexuales tienen efectos emocionales y físicos en los adolescentes.

La pubertad, que es el proceso mediante el cual la persona alcanza la madurez sexual y la capacidad de reproducirse, es un período de intenso cambio físico, donde se producen alteraciones hormonales y corporales. En la mujeres se da la primera menstruación y en los varones la primera eyaculación.

En las mujeres la secreción de las hormonas folículo estimulante y luteinizante estimulan la maduración de los ovarios y los activan para producir estrógenos y progesterona. Con todos estos cambios se produce la ovulación y el ciclo menstrual. Los estrógenos, como el estradiol, estimulan el desarrollo mamario, de los genitales externos y del útero; también incrementan la grasa corporal y aumentan la velocidad de crecimiento. La progesterona tiene un papel en la maduración del endometrio y las mamas. En las mujeres durante la pubertad también hay un aumento de la testosterona que estimula el crecimiento del vello púbico y axilar (Craig & Baucum, 2009).

La primera menstruación o menarquía puede ocurrir entre los nueve años y medio hasta los dieciséis y medio. La edad promedio de ocurrencia en las niñas del continente americano ha descendido de 14 a 12 años en la década de 1990. En otras regiones del mundo ésta se da mucho más tarde; en Kenia por ejemplo, la edad promedio es de 16 años mientras que en Nueva Guinea es de 18 (Craig & Baucum, 2009).

Los efectos de una maduración precoz o tardía en hombres y mujeres tienden a influir la salud mental del adolescente y algunos de sus comportamientos en la adultez (Susman y Rogol, 2004). En promedio, las mujeres maduran 2 años antes que los hombres. Esta maduración temprana les ofrece ventajas e inconvenientes. A veces causa incompreensión y separación entre los grupos por intereses y comportamientos distintos.

**Desarrollo cognitivo**

Durante la adolescencia, hay un crecimiento de la capacidad y el estilo de pensamiento que aumenta la conciencia del individuo, su imaginación, su juicio e intuición. En esta etapa, el desarrollo cognoscitivo se caracteriza por un mayor pensamiento abstracto. Además, se observa un mayor desarrollo de la amígdala que controla el procesamiento de la información sobre las emociones.

Piaget describió el pensamiento abstracto del adolescente como la característica distintiva de la etapa final del desarrollo cognoscitivo. En su teoría, la etapa final es la del pensamiento operacional formal, el cual exige la capacidad de formular, probar y evaluar hipótesis. Requiere manipular no solo lo conocido y verificable, sino también las cosas contrarias a los hechos.

El adolescente empieza a pensar abstrayendo las circunstancias y a fabricar sus propias teorías. Es la etapa de los sueños ya que el mundo real no da suficiente alternativas para la realización de sus proyectos, entonces se refugia en su mundo imaginativo. Así mismo muestran una capacidad cada día mayor de planear y prever su futuro (Craig & Baucum, 2009).

La inteligencia en esta etapa involucra no solo la acumulación de conocimientos nuevos sino también el procesamiento y el perfeccionamiento de la información. La capacidad de entender situaciones contrarias a los hechos influye en la relación de los adolescentes con sus padres al comparar a su progenitor ideal con el que ven todos los días. Las disputas familiares suelen intensificarse durante los primeros años. Los adolescentes tienen necesidad de seguridad, pero a la vez, buscan independencia de sus padres y para ello emplean la desobediencia. (Craig & Baucum, 2009).

A menudo, los adolescentes adoptan una actitud crítica ante las instituciones sociales, la familia, sus padres. También aumenta su interés por los problemas sociales políticos y morales. En vez de hablar de rebeldía, es importante considerar esta etapa como un periodo en el que los padres y adolescentes establecen nuevas relaciones y negocian nuevas formas de convivencia. Los padres deben aprender a darles un trato más igualitario, permitiendo la defensa de sus opiniones propias (Haste yorney-Purta, 1992).

Según Elkin y Bowen (1979) el adolescente desarrolla una forma de egocentrismo en la que no distingue entre sus intereses personales y los de otros. Genera un sentimiento de que lo vigilan y lo juzgan constantemente denominado audiencia imaginaria. Algunos crean una fábula personal, es decir, piensan que son tan especiales que no deberían estar sujetos a leyes naturales.

Según Erikson (1968), el desarrollo de la identidad es un proceso largo y extraordinariamente complejo. Su formación no inicia ni concluye en la adolescencia, empieza con la aparición del apego, el desarrollo de la conciencia del yo y la independencia en la infancia, alcanzando su última fase cuando se revisa la vida entera en la vejez. Su resolución en la adolescencia permite una vida estable, más flexible, y abierta a cambios, tanto familiares como sociales y laborales. Además, permite tomar decisiones sólidas y duraderas. El adolescente debe determinar el sentido de sí mismo, incluyendo el rol que desempeña en la sociedad. La tendencia a estar en grupo y la intolerancia a las diferencias, son mecanismos de defensa contra ésta confusión de identidad.

También se puede demostrar esta confusión regresando hacia actitudes infantiles para resolver conflictos. De la crisis de identidad surge la virtud de la fidelidad, que le da un sentido de pertenencia, valores, ideología, etnia, etc. El sentido de identidad, comienza donde termina el proceso de identificación. La fidelidad representa un sentido amplio de confianza,

en la infancia es importante confiar en los otros, en la adolescencia lo es el confiar en sí mismo. Además los adolescentes transfieren la confianza que antes solo tenían en sus padres a otras personas, como amigos y posteriormente a su pareja (Feldman, 2007).

El amor es parte del camino, al intimar y compartir sentimientos y pensamientos, se ofrece parte de la identidad. La intimidad madura según Erickson, sólo puede darse cuando la persona haya logrado una identidad estable que incluya: compromiso, sacrificio y entrega. Hay diferencias en el logro de la identidad para hombres y mujeres.

La identificación inicia con el moldeamiento del yo por parte de los demás, pero la formación de la personalidad implica ser uno mismo. No es un proceso de malestar sino por el contrario un proceso saludable, que contribuye al fortalecimiento del ego del adulto, quien organiza sus habilidades y necesidades para las exigencias de la sociedad.

Usando la teoría de Erickson como punto de partida, el psicólogo Jaime Marcia (1980) propuso que la identidad puede clasificarse según dos características: crisis y compromiso. La crisis es el período de desarrollo de la identidad durante la cual el adolescente elige entre alternativas coherentes, de forma consciente; y el compromiso es una apuesta por una ideología, es cuando el adolescente muestra un interés personal en lo que va a hacer.

Marcia (1980) define la identidad como una organización interna autoconstruida y dinámica de anhelos, capacidades, creencias, e historia individual. En su trabajo propuso cuatro categorías de la identidad del adolescente:

1. **Exclusión de identidad:** se experimenta cuando los individuos se han comprometido pero no han tenido ninguna crisis. Comúnmente sucede cuando los padres transmiten compromisos a sus hijos, sobre todo de una forma autoritaria. Lo que ocasiona es que los adolescentes no tengan la oportunidad de explorar distintos enfoques, ideologías, ni



vocaciones con autonomía, sino que, aceptan decisiones de otros. Ejemplo: los padres que quieren que su hijo estudie una determinada carrera.

2. Moratoria de la identidad: surge cuando los individuos se encuentran en medio de una crisis, exploran muchas alternativas pero sus compromisos aún no existen o están vagamente definidos. Son alegres y atractivos, buscan intimidad con otros y luchan por tomar una decisión, son competitivos, ansiosos y vivaces pero a veces conflictivos. Ejemplo: alguien que no sabe qué carrera estudiar pero busca ayuda en el departamento de orientación universitaria.
3. El logro de la identidad: aparece cuando los individuos han pasado por una crisis adoptando un compromiso concreto. Han tomado decisiones y empieza a tomar responsabilidades sobre ellas, se convierten en personas analíticas, tienen sentido del humor, funcionan bajo estrés, pueden mantener relaciones íntimas, mantienen sus convicciones y están abiertos a nuevas ideas. Ejemplo: Alguien que obtuvo una licenciatura luego de analizar la mejor carrera, ahora espera para iniciar su trabajo.
4. Confusión de identidad: se presenta cuando los individuos, aún no han experimentado una crisis, y no han realizado ningún tipo de compromiso. Los adolescentes de esta categoría no se comprometen ni exploran alternativas. Tienden a ser superficiales y cambian de una cosa a otra. Suelen ser infelices y a menudo solitarios porque tampoco se comprometen con la gente. Ejemplo: Adolescente de 13 años que no sabe qué hacer de adulta.

La adolescencia es un momento de búsqueda y consecución de la identidad personal. Esta identidad es de naturaleza psicosocial y contiene importantes ingredientes de naturaleza cognitiva. El adolescente se juzga a sí mismo de la misma forma de cómo es percibido por los otros, y se compara con ellos. Estos juicios pueden ser conscientes o inconscientes, con

inevitables connotaciones afectivas, que dan lugar a una conciencia de identidad exaltada o dolorosa, pero nunca afectivamente neutra.

### **Características psicológicas**

Es difícil generalizar acerca de los efectos psicológicos del momento de inicio de la pubertad, estos dependen de la manera en que el adolescente y las personas en su entorno interpretan los cambios. Los efectos de la maduración temprana o tardía tienden a ser negativos cuando los adolescentes están mucho más o menos desarrollados que sus compañeros.

Los chicos que maduran antes son más equilibrados, calmados, amables, populares entre sus compañeros, presentan tendencia al liderazgo y son menos impulsivos. Por el contrario a las niñas no les gusta madurar pronto, cuando sucede tienden a ser menos sociables, expresivas y equilibradas; son más introvertidas y podrían tener tendencia a la autoestima baja y no estar satisfechas con su cuerpo (Feldman, 2007).

Las niñas que maduran antes tienen además, mayor probabilidad de mostrar problemas conductuales en escuelas mixtas que en escuelas sólo para niñas. Sin embargo, ésta condición se revierte posteriormente, de allí la importancia de la convivencia de ambos sexos en un ambiente escolar para el aprendizaje de comportamientos adecuados y el establecimiento de límites (Feldman, 2007).

Craig y Baucum (2009) mantienen que los adolescentes son muy sensibles respecto a su apariencia ya que se encuentran con la necesidad de reconstruir una nueva imagen corporal. Cuando su autoimagen no corresponde a lo que ven en los medios o al grupo en el que se desenvuelven, se someten a dietas o estrictos regímenes de ejercicio. El interés por su imagen corporal puede ocasionar trastornos alimenticios como la anorexia nerviosa o la

bulimia, así como inestabilidad emocional, sensibilidad extrema, inhibiciones e idealizaciones.

Las emociones del adolescente a veces parecen exageradas, sus acciones son inconsistentes y cambian repentinamente de estado emocional, entre la felicidad y la tristeza, entre sentirse inteligentes o incapaces. En ocasiones requieren ser cuidados como niños pequeños, pero en otras piden independencia y autonomía. De ahí la importancia de la buena comunicación con los padres quienes les ayudarán a comprender que están atravesando una etapa con muchos y grandes cambios, situaciones que no siempre parecen mejorar en el progreso.

### **Características sociales**

El grupo de amigos y compañeros constituye un gran punto de apoyo. En la etapa anterior del desarrollo, la forma de relacionarse con sus iguales era únicamente lúdica; en la adolescencia en cambio, se busca comunicación, comprensión, apoyo, liberación, reducción de tensiones. Se trata de amistades intensas. El grupo de compañeros ejerce influencias en la realización de deseos y necesidades del presente y en aspectos como formas de vestir, lecturas, música y otros intereses.

Las relaciones con los adultos en esta etapa son ambivalentes. En ocasiones se oponen a ellos y a los valores que representan y, otras veces, los imitan pues necesitan modelos en una época en la que tienen que afirmar su personalidad. La influencia de los padres es determinante sobre todo para su futuro (Papalia, Olds & Feldman, 2009).

También es importante destacar la relación que mantiene el adolescente con el colegio, los profesores democráticos y liberales influyen en la forma de pensar y actuar del adolescente. Por el contrario, aquellos que adopten posturas excesivamente rígidas e

inflexibles serán criticados con dureza y recibirán una abierta oposición. Los compañeros de clase cobran gran importancia al influenciar en su imagen física, psíquica y social.

La vida afectiva del adolescente va a fluctuar entre el retraimiento o aislamiento personal y la tendencia a relacionarse con otros. Pueden observarse diferentes etapas como la afirmación de sí, donde el individuo goza de la soledad y ve a la intimidad como algo muy valioso, el espíritu de independencia, el cual le lleva a separarse de quien hasta entonces ha ejercido un cierto dominio sobre él; o la conquista afectiva del mundo, en la cual, quiere que los demás reconozcan su valor (Papalia, Olds & Feldman, 2009).

Además, los adolescentes fluctúan hacia una tendencia a relacionarse con otros basado en sus intereses sexuales. Este factor constituye otro de los componentes básicos que ayudan a comprender su mundo afectivo. En edades tempranas, el individuo vive en un mundo cuyo centro es él mismo rodeado de sus padres. Con el paso de los años, se supera ese egocentrismo, se recoge en sí mismo y comienza a reconocer a su alrededor personas, surgiendo en él intereses sexuales, sociales, culturales y vocacionales.

De los 10 a los 12 años, se manifiesta, cierta oposición entre hombres y mujeres, predominan los grupos unisexuales. A partir de los 12 años, comienzan a interesarse los amigos en cuanto grupo; surge la pandilla de ambos sexos cuyo sentido será facilitar el encuentro de la pareja. Algunos empiezan a emparejarse e independizarse en fases tempranas, tendencia que va en aumento (Craig & Baucum, 2009).

El preadolescente era individualista, y se identificaba solo con personas que pensaran como él. El adolescente en cambio, se abre a las influencias más diversas y reconoce que la autoridad, el orden, la ley y la obediencia son necesarios. Empieza a socializar y madurar como sus semejantes desean y esperan, en consecuencia alcanza una personalidad más sólida. Se trata de la edad de la entrega y la generosidad. Es mucho más consciente del mundo que le rodea y encuentra interés en los movimientos juveniles y voluntariados. En esa apertura al

mundo que le rodea, aparecen también intereses culturales como parte integrante de sus intereses sociales (Craig & Baucum, 2009).

En la adolescencia los espacios para las interacciones sociales aumentan, mientras que se debilitan, en algunos casos, las relaciones familiares. La emancipación respecto a la familia depende de la forma en la que los adolescentes hayan sido educados y la comunicación que exista. Junto a los deseos de independencia, el adolescente sigue con una enorme demanda de afecto y protección por parte de sus padres, y éstos a su vez continúan ejerciendo una influencia notable sobre sus hijos.

Dicha influencia es determinante para que ésta etapa se desarrolle de forma saludable, permitiendo al adolescente su formación adecuada. Es muy importante el escucharlos y apoyar sus elecciones, sin embargo, es necesario también que los padres conozcan sus amistades y el medio en el que se desenvuelven y que mantengan un sistema de normas con derechos y obligaciones claras.

En esta etapa el grupo de amigos y amigas es muy importante, aparece la necesidad del mejor amigo, casi siempre del mismo sexo, alguien que se transforma en la única persona capaz de entenderlo y de escucharlo. La edad se convierte en un poderoso puente de unión, pasan con quienes se sienten cómodos y pueden identificarse, tienden a creer que la mayoría de adolescentes comparten sus valores personales y que la mayoría de las personas adultas no. No obstante esta situación suele ser parcial, temporal o superficial, y siempre los hijos tendrán la tendencia a adoptar y vivir acorde a los valores de sus padres. Tanto la familia como el grupo de pares son fundamentales para el desarrollo de las y los jóvenes y no debería existir competencia entre ellos (Feldman, 2007).

El desarrollo social no es el mismo en hombres y mujeres, existen diferencias biológicas determinantes. Hay que considerar también las características familiares, como el

lugar que ocupa entre los hermanos, si vive en una ciudad o en el campo, los recursos económicos, si se pertenece a un cierto grupo étnico, cultural o religioso, etc.

### **Desarrollo psicosexual**

Si bien el sexo está determinado desde el nacimiento, los adolescentes desarrollan en esta etapa su identidad sexual, recibiendo las indicaciones del mundo que les rodea sobre cómo “son o deben ser” los hombres y las mujeres, cómo deben comportarse, cómo relacionarse entre sí y cómo enfrentar la vida.

La identidad sexual se refiere a cómo las personas se perciben e identifican como seres sexuales, ya sea como hombre, como mujer o una mezcla de ambos, es el marco de referencia interno que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.

La identidad sexual se inicia desde la concepción cuando se define el sexo biológico masculino o femenino. Durante el embarazo, las madres y padres se preguntan de qué sexo será su futuro hijo y comienzan a elaborar un ideal imaginario de cómo será su físico, su carácter y su personalidad, e inclusive que profesión o trabajo desempeñará (Papalia, Olds & Feldman, 2009).

Después del nacimiento, la identidad sexual se va construyendo y modelando, dependiendo de múltiples factores, como la relación con la madre, el padre, la familia, la escuela, los amigos, los medios de comunicación y el ambiente social y cultural en el que se vive. Todos estos factores influyen en cómo se va aprendiendo a ser mujer y hombre, ya que reciben diferentes mensajes que les transmiten lo que es femenino y lo que es masculino.

Las tareas que la sociedad entrega a hombres y mujeres no están definidas sólo por las características biológicas, sino que están marcadas por el género. El concepto de género es una construcción sociocultural que determina cómo se deben comportar, sentir y pensar mujeres y hombres (Feldman, 2007).

Aunque los tiempos han cambiado considerablemente y hoy se busca un trato igualitario para hombres y mujeres con iguales oportunidades en los ámbitos de educación y trabajo, todavía se relaciona a las mujeres en sus tareas para la familia y la casa y a los hombres para enfrentar el mundo externo.

### **Problemas frecuentes en la adolescencia**

Los drásticos cambios físicos, psicológicos, cognitivos, sociales y psicosexuales por los que el adolescente atraviesa en su desarrollo, lo hacen vulnerable en el proceso de convertirse en adulto. Las influencias del medio hacen del crecimiento, un proceso complicado y a veces conflictivo. A continuación una revisión de los problemas más comunes de la adolescencia.

### **Problemas y comportamientos relacionados con la salud**

Los problemas de la salud son prevenibles, ya que se derivan del estilo de vida o de la pobreza. Según una encuesta de la OMS (2008), los adolescentes con mayores recursos económicos siguen dietas más sanas y tienen mayor actividad física.

El ejercicio (o la falta de él) afecta la salud tanto física como mental. La participación frecuente en los deportes mejora la fortaleza o resistencia, reduce la ansiedad y el estrés, y aumenta la autoestima, las calificaciones escolares y el bienestar del adolescente. Por

desgracia, una tercera parte de los alumnos de educación media no realizan la cantidad recomendada de actividad física y la proporción de jóvenes inactivos va en aumento.

La privación del sueño entre los adolescentes se considera una epidemia. Según un estudio de la OMS en el 2005, un promedio de 40% de los adolescentes consultados de 28 países informaron somnolencia durante la mañana por lo menos una vez a la semana. En general reportaron irse a dormir más tarde y dormir menos durante los días de la semana a medida que aumenta la edad. Un patrón de dormir tarde y quedarse dormido en la mañana puede contribuir al insomnio, un problema que a menudo comienza en la adolescencia.

También la buena nutrición es importante para respaldar el rápido crecimiento de los adolescentes. Sin embargo, tienden a tener dietas menos sanas, comen menos frutas y verduras y más dulces, bebidas carbonatadas y otros alimentos chatarra. A nivel mundial, la nutrición deficiente es más común en poblaciones de bajos recursos económicos, en cambio los trastornos de conducta alimentaria, como la obesidad, son más frecuentes en sociedades industrializadas.

Según estudios de Harvard Medical School (2002), la preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal están ocasionando trastornos como la anorexia y la bulimia nerviosa. Ambos trastornos implican patrones anormales de ingesta de alimentos, como alimentación errática, inanición autoimpuesta o atracones de comida seguidos por vómito auto inducido o uso de laxantes para purgar el sistema digestivo. Estos trastornos crónicos afectan mayormente a las mujeres adolescentes. Son especialmente comunes en niñas presionadas a tener éxito, en hijas de padres solteros o divorciados y niñas que con frecuencia comen solas.

La anorexia nerviosa es un trastorno que típicamente comienza en la adolescencia y que se caracteriza por una preocupación obsesiva por estar delgado. Existen dos tipos:



restrictiva, donde el paciente intenta disminuir de peso realizando dieta y practicando ejercicio físico extremo y purgativo, además de la dieta y el ejercicio, las personas afectadas por esta modalidad se autoprovocan el vómito. Las personas con anorexia tienen una imagen corporal distorsionada, aunque están cuando menos con un 15% por debajo de su peso corporal, piensan que están demasiado gordas (Papalia, Olds & Feldman, 2009).

En la bulimia, una persona realiza atracones de comida con regularidad durante un periodo corto, en general de dos horas o menos, y luego intenta deshacer la elevada ingesta calórica con vómito auto inducido, dietas o ayunos estrictos, ejercicios excesivamente vigorosos o laxantes, enemas o diuréticos para purgar el organismo (Papalia, Olds & Feldman, 2009).

### **Problemas por el uso de alcohol**

El abuso de sustancias es el uso dañino de alcohol u otras drogas. Conduce a una adicción fisiológica, psicológica, o ambas que en ocasiones continua hasta la edad adulta. El alcohol es un depresor del sistema nervioso central, con efectos similares al de los tranquilizantes. Cuando se ingiere en cantidades pequeñas, los efectos son una menor inhibición y un sentido eufórico de bienestar. El consumo prolongado de alcohol aumenta la tolerancia pero causa daño al hígado y al cerebro (Craig & Baucum, 2009).

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y fatal, caracterizada por tolerancia y dependencia física y por cambios orgánicos patológicos. Existe predominio del sexo masculino de esta afección, aunque es cada vez mayor su adición en el sexo femenino y en jóvenes en general.

Es importante tener en cuenta que existe un cambio considerable en las costumbres que favorecen el consumo de alcohol, este está presente en todos los contextos de interacción social, los adolescentes tienen hoy una mayor independencia económica en líneas generales,

que les permite ingresar aceleradamente en la sociedad de consumo. Está en nuestra sociedad porque cumple determinadas funciones como la de servir de elemento de integración para unos jóvenes y de evasión para otros, también da una solución temporal a los problemas al alejar al paciente de la realidad.

La mayoría de los adolescentes no sólo beben por placer, sino, por otras múltiples razones como la búsqueda de efectos agradables, el encontrarse a gusto en un grupo, la búsqueda de una mayor capacidad de relación, elementos de presión social, el bombardeo de la publicidad y la oferta. Hay jóvenes que lo utilizan como una herramienta para enfrentar sus miedos y perder la timidez (Craig & Baucum, 2009).

El consumo de alcohol dentro de la familia es una referencia para los adolescentes y afecta sobre todo en la edad de inicio del consumo. Los adolescentes beben menos y tienen menos problemas relacionados con el alcohol cuando los padres aplican una disciplina uniforme y expresan sus expectativas claramente. Los hijos de padres alcohólicos tienen más probabilidades de empezar a tomar durante su adolescencia y a desarrollar desórdenes de uso de alcohol.

Según la OMS cada año crece el número de adolescentes que consumen bebidas alcohólicas en el mundo entero. Sin embargo, muchos niegan sufrir alcoholismo puesto que no consumen entre semana, sin embargo, sobrepasarse todos los fines de semana y comenzar a depender de ese hábito conlleva también un tipo de alcoholismo, ya que crea dependencia y adicción hacia ese tipo de bebida. Generalmente, el adolescente tiene dificultades en saber cuál es su límite, y pocas veces tiene conciencia de cuándo tiene que parar de beber.

Con el tiempo, la forma de beber de los adolescentes ha cambiado considerablemente, ahora consumen alcohol intermitentemente y sin diferencia en los sexos, la mujer ha alcanzado al hombre en el consumo. Normalmente, beben más los fines de semana y las bebidas preferidas son la cerveza, las bebidas destiladas y los combinados. Buscan una rápida

intoxicación y ocupan casi la totalidad del tiempo libre en actividades relacionadas con beber (Papalia, Olds & Feldman, 2009).

La accesibilidad de los jóvenes a las bebidas alcohólicas es cada vez mayor, a pesar de las prohibiciones impuestas de su venta a menores. La edad media de inicio en el consumo de alcohol entre los escolares, según los datos de la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 1998 (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas), es de 13.6 años, y la edad media de inicio de consumo semanal se sitúa en los 14.9 años. Según esta fuente las mujeres registran mayor prevalencia de consumo de alcohol, aunque en cantidades menores.

El 84.2% de los escolares ha consumido alcohol en alguna ocasión y el 43.9% consume al menos una vez a la semana. En cuanto a los episodios de embriaguez el 41% de los escolares se han emborrachado en alguna ocasión y el 23.6% en el último mes. Un 80% de las muertes registradas entre adolescentes se deben a causas violentas y dentro de ellas las relacionadas con drogas o alcohol representan el 50%, existiendo un mayor porcentaje de suicidios en los adictos a estas sustancias.

### **Problemas Psicosexuales**

Muchos adolescentes tienen prácticas sexuales sin protección con resultados graves que abarcan desde un embarazo no deseado, hasta el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual. Aquellos que se encuentran más vulnerables, son los que inician su actividad sexual de manera temprana, que tienen parejas múltiples, que no usan métodos anticonceptivos regulares y que cuentan con información errónea acerca del sexo.

Existen algunos factores para que algunos adolescentes se vuelvan sexualmente activos en una edad temprana, como el ingreso temprano a la pubertad, pobreza, falta de metas académicas y ocupacionales, antecedentes de abuso sexual o descuido parental. Otra de

las causas más poderosas es la influencia del grupo, los jóvenes se encuentran presionados a participar en actividades para las que no se sienten preparados.

Los adolescentes obtienen información acerca del sexo principalmente de amigos, del internet y de los medios. Muy pocos acuden a sus padres o al sistema educativo. Los que logran hablar de sexo con hermanos mayores o con sus padres, se encuentran en mayores probabilidades de tener actitudes más positivas acerca de prácticas sexuales seguras.

El uso de los anticonceptivos ha aumentado, los métodos más usados son el condón, las píldoras anticonceptivas y los nuevos métodos hormonales. Los adolescentes que empiezan a utilizar anticonceptivos recetados, a menudo dejan de utilizar condones, quedando desprotegidos de las enfermedades de transmisión sexual (Feldman, 2007).

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), se propagan mediante el contacto sexual. Cerca de 1 de cada 4 casos sucede en adolescentes. La ETS más común es el virus del papiloma humano, que a veces ocasiona verrugas en los genitales. Además es la causa principal de cáncer cérvico uterino en las mujeres. Le sigue en frecuencia el herpes simple genital, una enfermedad crónica, recurrente, a menudo dolorosa y muy contagiosa ocasionada por un virus. Este padecimiento puede resultar fatal para personas con deficiencia del sistema inmunitario o para el bebé recién nacido de una mujer con un brote activo (Papalia, Olds & Feldman, 2009).

El virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), que causa SIDA, se transmite por fluidos corporales principalmente sangre y semen. El virus ataca el sistema inmune del cuerpo, dejando a la persona vulnerable a una variedad de enfermedades fatales. Los síntomas del SIDA, pueden no aparecer sino hasta 6 meses a 10 años después de la infección

inicial. A nivel mundial, de las 4.1 millones de infecciones por VIH nuevas por año, cerca de la mitad se presentan en adolescentes de entre 14 y 24 años (ONUSIDA, 2006).

Por otro lado, el embarazo es otro riesgo que corre el adolescente al iniciar su vida sexual a temprana edad sin el conocimiento y la responsabilidad de formas de prevención. Hoy se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que las condiciones socioculturales han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad (Craig & Baucum, 2009).

Las adolescentes y jóvenes embarazadas tienden a abandonar el estudio por falta de dinero, por vergüenza o por presión de sus padres o del colegio. Con frecuencia no cuentan con el apoyo de la pareja ni de la familia. Tienen dificultad para conseguir trabajo y son obligadas a cambiar radicalmente sus actividades.

Este abandono familiar y el miedo a enfrentarse a una situación para la que no se encuentran preparadas les lleva a tomar decisiones como el aborto, que puede poner en riesgo su salud al ser un procedimiento ilegal en el país y que se realiza sin tomar las precauciones clínicas adecuadas. Adicionalmente, está el impacto psicológico que causa en una adolescente, que puede dejar secuelas para la vida adulta.

### **Problemas de conducta y sujeción a reglas**

Los adolescentes y sus padres suelen quejarse cada uno de la conducta del otro. Los padres con frecuencia sienten que han perdido cualquier tipo de control o influencia sobre sus hijos. Por su parte, los adolescentes, al mismo tiempo que desean que sus padres les apoyen

comprendan, rechazan cualquier restricción en sus libertades crecientes y en la capacidad para decidir sobre sí mismos (Papalia, Olds & Feldman, 2009).

Los adolescentes que rechazan ir al colegio con frecuencia tienen dificultades en relacionarse. Es necesario comprobar la posibilidad de que está siendo acosado por alguno de sus compañeros o profesores. El acoso es un problema frecuente del que la gente joven encuentra difícil de hablar y que puede hacer que ir al colegio, resulte una experiencia solitaria, miserable y amenazadora, que finalmente puede dar lugar a problemas de tipos de ansiedad y depresión, falta de confianza en sí mismos, y dificultad para hacer amigos (Craig & Baucum, 2009).

Los conflictos en la adolescencia y los problemas de comunicación pueden causar que los padres pierdan el control, no sabiendo dónde están sus hijos, o qué les está pasando. Por tanto, es importante que los adolescentes permitan a sus padres conocer dónde van, aunque también es recomendable que sus padres se interesen en preguntar y conocer más sobre sus intereses.

El acompañamiento y la supervisión de los padres en esta etapa del desarrollo es crucial para poder orientarlos en una vida saludable. Sin embargo la confianza, acompañada de responsabilidad, también es importante para que los adolescentes, puedan aprender a tomar sus propias decisiones de manera inteligente ante situaciones de riesgo. La adecuada comunicación es la clave para llegar a acuerdos de convivencia, que permitan una buena relación familiar, que será la base para un desarrollo saludable del adolescente.

## **Depresión**

### **Conceptualización de la depresión**

Al conceptualizar la depresión es importante establecer una distinción fundamental respecto del término en Psicopatología y Psiquiatría. La depresión es, en primer lugar, y según Castilla del Pino (1981), un síntoma, una manifestación que se presenta con carácter exclusivo y que puede acompañar a otros trastornos psíquicos sin relación directa. En segundo lugar, la depresión es un síndrome, que agrupa los procesos caracterizados por la tristeza, inhibición culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital tristeza. Y, en tercer lugar, depresión es una enfermedad, es un trastorno de origen biológico en el que puede delimitarse una etiología, una clínica, un curso, una evolución, un pronóstico y un tratamiento específico.

La tristeza es el síntoma común a todas las definiciones; así que por tanto la depresión es un estado de tristeza con falta o déficit de energía psíquica (Márquez, 1990). Energía psíquica es aquella fuerza que vivifica y anima y que procede de unas relaciones satisfactorias con el ambiente y con uno mismo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad.

Según Consuegra (2004) en cambio, “la depresión es un trastorno afectivo con síntomas y signos que pueden presentarse de forma aguda, episódica o recurrente, aislados o cómo parte de otros estados patológicos. Lo que es nuclear en todas las formas de depresión es el abatimiento persistente del humor” (p. 68).

### **Características generales**

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno

se valora a sí mismo (auto concepto) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza.

No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente "ya basta, me voy a poner bien". Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses, años, e incluso degenerar en un trastorno crónico.

Los trastornos depresivos interfieren con el funcionamiento cotidiano del paciente y causan dolor y sufrimiento, no sólo a quienes los padecen, sino también a sus seres queridos. La depresión puede afectar tanto la vida de la persona enferma como la de su familia. El costo en términos económico es alto, pero el costo en términos de sufrimiento es incalculable.

Para Burton (1997) "la depresión es la más universal de las aflicciones humanas" y duda que exista algún individuo que deje de experimentarla a lo largo de su existencia, por lo tanto, es un fenómeno muy frecuente en los jóvenes, ya que sabemos que la angustia los afecta tanto como al adulto.

La depresión es uno de los conceptos dinámicos que tiene su origen en la obra original de Freud de duelo y melancolía, pero que ha crecido a lo largo del tiempo y que todavía hoy está en proceso de desarrollo. Es importante definir el concepto de duelo como la reacción normal ante una pérdida real en donde se retira la energía del objeto perdido, regresando hacia el propio individuo, siendo el sentimiento predominante el de abatimiento y tristeza.

En el análisis histórico de la depresión hay conceptos e ideas que parecen asomar una y otra vez como son: la persistente conexión de la fase oral del desarrollo y la unidad madre/hijo, la



regulación de la autoestima y finalmente una asociación normal entre agresión, hostilidad, super yo y culpa resultante.

### **Clasificación de la depresión según el DSM IV (2000).**

El tema de la clasificación de las depresiones no está totalmente resuelto. Aún se discuten aspectos como la estructura unitaria o binaria, las fronteras entre la depresión y la normalidad, la depresión involuntaria, las depresiones psicóticas–endógenas frente a las neuróticas– reactivas (Vallejo, 2006). Por esta razón y para motivos de esta investigación se ha tomado la clasificación estandarizada del DSM IV ya que proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de poder diagnosticar y estudiar a la depresión.

Al igual que en otras enfermedades, existen varios tipos de trastornos depresivos. El DSM IV (2000) en su sección de trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Esta sección se divide en tres partes. La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto). Estos episodios no tienen asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos.

La segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I). Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos que serán descritos en la siguiente sección. La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes. Los trastornos del estado de ánimo están divididos en: trastornos depresivos («depresión

unipolar»), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Los trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco.

Los trastornos bipolares (trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión). El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

Dentro de los trastornos bipolares, el trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.

Según el DSM IV (2000) y con el objetivo de estandarizar la clasificación de las enfermedades mentales, se desarrolló un registro para la denominación de los diagnósticos. Primero se toma en cuenta el nombre del trastorno (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar), luego se consideran las especificaciones (recidivante, episodio más reciente maniaco) y posteriormente la clasificación según su gravedad (leve, moderado y grave). Igualmente se incluye la presencia o no de síntomas psicóticos.

Para el propósito de esta investigación se ha realizado un estudio de los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maniaco, episodio mixto) y de trastornos del estado de ánimo: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos depresivos no especificados.

## **Episodios afectivos**

### **Episodio depresivo mayor**

Según el DSM IV (2000) para diagnosticar un episodio depresivo mayor, se debe considerar esencialmente un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte o ideación y planes o intentos suicidas.

Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto

antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, se indica si es leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, o grave con síntomas psicóticos. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

### ***Síntomas y trastornos asociados***

Los sujetos con un episodio depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo). Durante un episodio depresivo mayor, algunos sujetos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia. En los niños puede presentarse una ansiedad por separación.

Algunos sujetos refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual (anorgasmia en las mujeres y disfunción eréctil en los varones). Pueden presentarse problemas matrimoniales (divorcio), problemas laborales (pérdida del trabajo), problemas escolares (ausencias, fracaso escolar), abuso de alcohol u otras sustancias o aumento de la utilización de los servicios médicos.

La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias. También puede haber una alta tasa de muertes por enfermedades médicas (DSM IV, 2000).

***Síntomas dependientes de la edad y el sexo***

Los síntomas centrales de un episodio depresivo mayor son los mismos para niños y adolescentes, aunque hay datos que sugieren que las manifestaciones de los síntomas característicos pueden cambiar con la edad. Algunos síntomas, como las quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales), la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son menos frecuentes antes de la pubertad que en la adolescencia y la edad adulta. En los niños, antes de la pubertad los episodios depresivos mayores se presentan con más frecuencia de forma simultánea con otros trastornos de comportamiento perturbador, trastornos por déficit de atención y trastornos de ansiedad.

En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. En los ancianos pueden ser especialmente acusados los síntomas cognoscitivos (desorientación, pérdida de memoria y distraibilidad).

Una proporción importante de mujeres refieren un empeoramiento de los síntomas del episodio depresivo mayor unos días antes del inicio de la menstruación. Los estudios realizados indican que los episodios depresivos aparecen con el doble de frecuencia en mujeres que en varones.

***Curso***

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes de que comience un episodio depresivo mayor propiamente dicho, puede haber un período prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que puede durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo

habitual es que un episodio no tratado dure 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio. En la mayoría de los casos hay una remisión completa de los síntomas, en una proporción considerable de casos (quizá el 20 o el 30 %), algunos síntomas depresivos que son insuficientes para cumplir totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor, persisten durante meses o incluso años y se asocian a incapacidad o malestar.

**Criterios para el episodio depresivo mayor**

- A.** Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) un estado anímico depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

**Nota:** No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado anímico.

- (1) Estado de ánimo depresivo, la mayor parte del día, casi todo el día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros.  
Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
  - (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
  - (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi todo el día. Nota: En los niños hay que valorar el fracaso de lograr un peso estable.
  - (4) Insomnio o hipersomnia casi todo el día
  - (5) Agitación o enlentecimiento psicomotor, casi cada día según lo indica el propio sujeto (o la observación realizada por otros).
  - (6) Fatiga o pérdida de energía casi todo el día.
  - (7) Sentimiento de inutilidad o excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes)
  - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día
  - (9) Pensamiento recurrente de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio.
- B.** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de las áreas más importantes de la actividad del individuo.
- D.** Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
- E.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de dos meses se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

**Episodio maníaco**

El DSM IV (2000) lo define como un período concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Este período de estado de ánimo anormal debe durar al menos 1 semana (o menos si se requiere hospitalización). La alteración del estado de ánimo debe ir acompañada por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye aumento del autoconcepto o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves.

La alteración debe ser suficientemente grave como para ocasionar un importante deterioro social o laboral o para precisar hospitalización, o caracterizarse por la presencia de síntomas psicóticos. El episodio no se deberá a los efectos directos de una droga, un medicamento, otros tratamientos somáticos de la depresión o a la exposición a un tóxico. El estado de ánimo elevado de un episodio maníaco puede describirse como eufórico, anormalmente bueno, alegre o alto.

Si bien el estado de ánimo del sujeto puede inicialmente tener una cualidad contagiosa para el observador externo, los que conocen bien a la persona lo reconocen como excesivo. La cualidad expansiva del estado de ánimo se caracteriza por un incesante e indiscriminado entusiasmo en las interacciones interpersonales, sexuales o laborales.

Es característico que se dé una exageración de la autovaloración, que va desde la confianza en uno mismo carente de autocrítica, hasta una evidente grandiosidad que puede alcanzar proporciones delirantes. Los sujetos pueden dar consejos en materias sobre las que no tienen especiales conocimientos. Casi invariablemente, hay un descenso de la necesidad de dormir. El sujeto suele despertarse varias horas más temprano de lo habitual, sintiéndose lleno

de energía. Cuando el trastorno del sueño es grave, el sujeto puede llevar días sin dormir sin sentirse cansado.

### ***Síntomas y trastornos asociados***

Es frecuente que los sujetos con un episodio maníaco no reconozcan que están enfermos y que se resistan a los intentos de tratamiento. Pueden viajar impulsivamente a otras ciudades, perdiendo el contacto con los familiares o los cuidadores. Pueden cambiar su vestimenta, el maquillaje o la apariencia personal hacia un estilo más llamativo o sugerente sexualmente, que resulta extraño en ellos. También pueden involucrarse en actividades que tienen una cualidad desorganizada o rara (regalar caramelos o dinero). El episodio maníaco puede acompañarse de juego patológico y comportamientos antisociales.

Las consideraciones éticas pueden quedar olvidadas, incluso para personas que habitualmente son tenidas por muy responsables. El sujeto puede estar hostil y amenazar físicamente a los demás. Algunos sujetos, en especial los que tienen síntomas psicóticos, se vuelven físicamente agresivos o suicidas. Las consecuencias adversas de un episodio maníaco (hospitalización involuntaria, problemas legales o problemas económicos graves) a menudo son el resultado del empobrecimiento del juicio y la hiperactividad.

### ***Síntomas dependientes de la edad y el sexo***

Las consideraciones respecto a la cultura que sugirieron en relación con los episodios depresivos mayores también son aplicables a los episodios maníacos. Los episodios maníacos en adolescentes son más proclives a incluir síntomas psicóticos y pueden asociarse a mal comportamiento escolar, comportamiento antisocial, fracaso escolar o consumo de sustancias.



**Curso**

La edad media de inicio de un primer episodio maníaco se sitúa en los primeros años de la tercera década de la vida, pero hay algunos casos de inicio en la adolescencia y otros que comienzan después de los 50 años. Los episodios maníacos comienzan de forma brusca, con un aumento rápido de los síntomas en pocos días. Frecuentemente, los episodios maníacos aparecen después de un estrés psicosocial. Los episodios suelen durar de algunas semanas a varios meses y son más breves y con un final más brusco que los episodios depresivos mayores.

**Criterios para el episodio maníaco**

- A. Un periodo diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).
- B. Durante el periodo de alteración del estado de ánimo han percibido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) y ha habido en un grado significativo.
  - 1. autoestima exagerada o grandiosidad
  - 2. disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras solo 3 horas de sueño)
  - 3. mas hablador de lo habitual o verborreico
  - 4. fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento esta acelerado
  - 5. distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
  - 6. aumento de la actividad intencionada ( ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora
- C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto (v. pág. 341).
- D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
- E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electro convulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

### **Episodio Mixto**

Según el DSM IV (2000), un episodio mixto se caracteriza por un período de tiempo (de al menos 1 semana de duración) en el que casi cada día se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor. El sujeto experimenta estados de ánimo que se alternan con rapidez (tristeza, irritabilidad, euforia), acompañados de síntomas de un episodio maníaco y de un episodio depresivo mayor. Los síntomas de presentación suelen incluir agitación, insomnio, alteración del apetito, síntomas psicóticos e ideación suicida. La alteración debe ser suficientemente grave como para provocar un deterioro social o laboral importante o para precisar hospitalización, o está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos.

### ***Síntomas y trastornos asociados***

Las características asociadas de un episodio mixto son parecidas a las de los episodios maníacos y los episodios depresivos mayores. Los sujetos pueden estar desorganizados en el pensamiento o el comportamiento. Puesto que los sujetos con episodios mixtos experimentan más disforia que los que presentan episodios maníacos, pueden ser más proclives a buscar ayuda médica.

### ***Síntomas dependientes de la edad y el sexo***

Las consideraciones sobre la cultura que se han hecho para los episodios depresivos mayores también son aplicables a los episodios mixtos. Los episodios mixtos parecen ser más frecuentes en sujetos jóvenes y en mayores de 60 años con trastorno bipolar, y puede que son más frecuentes en varones que en mujeres.

### **Curso**

Los episodios mixtos pueden surgir de un episodio maníaco o de un episodio depresivo mayor. Los episodios mixtos pueden durar de semanas a varios meses y pueden remitir hasta un período con pocos o ningún síntomas o evolucionar a un episodio depresivo mayor. Es mucho menos frecuente que un episodio mixto evolucione a un episodio maníaco.

#### **Criterios para el episodio mixto**

- A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco (v. pág. 338) como para un episodio depresivo mayor (v. pág. 333) (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un periodo de 1 semana.
- B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
- C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electro convulsiva, terapia lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

*Cuadro # 3 Criterios para el episodio mixto, según DSM IV (2000).*

### **Trastornos depresivos**

#### **Trastorno depresivo mayor**

Según el DSM (2000) la característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no

especificado. El tercer dígito en el código diagnóstico del trastorno depresivo mayor indica si se trata de un episodio único (utilizado sólo para los primeros episodios) o si es recidivante.

El cuarto dígito en el código diagnóstico del trastorno depresivo mayor indica el estado actual de la alteración. Si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, se indica la gravedad del episodio como leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, o grave con síntomas psicóticos. Si en aquel momento no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, el cuarto dígito se emplea para indicar si el trastorno está en remisión parcial o en remisión total. Si se presenta un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco en el curso de un trastorno depresivo mayor, se cambia el diagnóstico por el de trastorno bipolar.

### ***Síntomas y trastornos asociados***

El trastorno depresivo mayor está asociado a una mortalidad alta. Los sujetos con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15 %. Los datos epidemiológicos también sugieren que las tasas de muerte en los sujetos con trastorno depresivo mayor de más de 55 años aumentan hasta llegar a cuadruplicarse.

El trastorno depresivo mayor puede ir precedido por un trastorno distímico. También se estima que cada año aproximadamente el 10 % de los sujetos con un trastorno distímico iniciarán un primer episodio depresivo mayor. Otros trastornos mentales se presentan con frecuencia al mismo tiempo que el trastorno depresivo mayor (trastornos relacionados con sustancias, trastorno de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno límite de la personalidad) (DSM IV, 2000).

### ***Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo***

Las características específicas relacionadas con la cultura se exponen en el texto referente al episodio depresivo mayor. El trastorno depresivo mayor (único o recidivante), tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones.

En la edad prepuberal los niños y las niñas están afectados en la misma proporción. Tanto en varones como en mujeres las tasas son más altas en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y los 44 años, mientras que tanto en hombres como en mujeres las tasas más bajas se dan en las personas de más de 65 años (DSM IV, 2000).

### ***Curso***

El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad, y la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida. Los datos epidemiológicos sugieren que la edad de inicio está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente. El curso del trastorno depresivo, recidivante, es variable. Algunas personas tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos, en tanto que otras tienen episodios agrupados, e incluso otras tienen episodios cada vez más frecuentes a medida que se hacen mayores (DSM IV, 2000).

Algunos datos sugieren que, en general, los períodos de remisión duran más en las fases tempranas del curso del trastorno. El número de episodios previos es predictor de las probabilidades de presentar un episodio depresivo mayor posterior. Según estadísticas del DSM IV (2000) aproximadamente, se puede esperar que el 50-60 % de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, tengan un segundo episodio. Los sujetos que han tenido un segundo episodio tienen un 70 % de posibilidades de tener un tercero y los sujetos que han tenido tres episodios tienen un 90 % de posibilidades de tener el cuarto.

Los episodios depresivos mayores pueden desaparecer completamente (aproximadamente en dos terceras partes de los casos). Los sujetos que presentan sólo una remisión parcial tienen más probabilidades de presentar otros episodios y de continuar con el patrón de recuperación parcial interepisódica.

A menudo, los episodios de trastorno depresivo mayor se producen después de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido o el divorcio. Los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o el segundo episodios del trastorno depresivo mayor y que desempeñan un papel menor en el inicio de los episodios posteriores. Las enfermedades médicas crónicas y la dependencia de sustancias (especialmente la dependencia de alcohol o cocaína) pueden contribuir al inicio o la severidad del trastorno depresivo mayor.

### ***Patrón familiar***

El trastorno depresivo mayor es 1,5-3 veces más frecuente en los familiares biológicos de primer grado de las personas con este trastorno que en la población general. Hay pruebas de un mayor riesgo de dependencia del alcohol en familiares biológicos de primer grado adultos y puede haber un aumento de la incidencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los hijos de adultos con este trastorno.

#### **Criterios para el diagnóstico de F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x)**

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

*Codificar* el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 Leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 Grave con síntomas psicóticos
- .4 En remisión parcial/en remisión total
- .9 No especificado

*Especificar* (para el episodio actual o para el más reciente):  
 ( Para CIE-9-MC Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión)  
 Crónico  
 Con síntomas catatónicos  
 Con síntomas melancólicos  
 Con síntomas atípicos  
 De inicio en el posparto

*Cuadro # 4 Criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor episodio único, según DSM IV (2000).*

**Criterios para el diagnóstico de F33.x Trastorno depresivo mayor, episodio recidivante ( 296.3x)**

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.  
 Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

*Codificar* el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 Leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 Grave con síntomas psicóticos
- .4 En remisión parcial/en remisión total
- .9 No especificado

*Especificar* (para el episodio actual o el más reciente):  
 ( Para CIE-9-MC Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión)  
 Crónico  
 Con síntomas catatónicos  
 Con síntomas melancólicos  
 Con síntomas atípicos  
 De inicio en el posparto  
*Especificar:*  
 Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)  
 Con patrón estacional.

*Cuadro # 5 Criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor recidivante, según DSM IV (2000).*

**Trastorno distímico**

La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día, de la mayoría de los días, durante al menos 2 años. Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o «desanimado». En los niños, el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo y la duración mínima exigida es sólo de 1 año. Durante los períodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

Los sujetos pueden señalar pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles. Puesto que estos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana con frases como “yo siempre he sido así”, “esta es mi forma de ser”, es frecuente que no sean manifestados. A lo largo del período de 2 años (1 año en niños y adolescentes), los intervalos libres de síntomas no son superiores a 2 meses (DSM IV, 2000).

Sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no han habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos. Si los síntomas depresivos crónicos incluyen un episodio depresivo mayor durante los 2 años iniciales, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor, crónico (si se cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor), o trastorno depresivo mayor, en remisión parcial (si ya no se cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor).

Después de los 2 primeros años del trastorno distímico, pueden sobreañadirse al trastorno distímico episodios depresivos mayores. En estos casos («depresión doble») se diagnostica tanto el trastorno depresivo mayor como el trastorno distímico. Una vez que la persona vuelve a la línea de base distímica (dejan de cumplirse los criterios para el episodio



depresivo mayor, pero persisten los síntomas distímicos), sólo se diagnostica el trastorno distímico (DSM IV, 2000).

### ***Síntomas y trastornos asociados***

Las características asociadas al trastorno distímico son parecidas a las de un episodio depresivo mayor. Varios estudios sugieren que los síntomas más frecuentemente encontrados en el trastorno distímico son los sentimientos de incompetencia, la pérdida generalizada de interés o de placer, el aislamiento social, los sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado; los sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva, y el descenso de la actividad, la eficiencia o la productividad.

En los sujetos con trastorno distímico los síntomas vegetativos (p. ej., sueño, apetito, cambio de peso y síntomas psicomotores) parecen ser menos frecuentes que en los sujetos con un episodio depresivo mayor. El trastorno distímico puede ir asociado a los trastornos de la personalidad límite, histriónico, por evitación y por dependencia. Sin embargo, la valoración de las características de los trastornos de la personalidad en estos sujetos es difícil, porque los síntomas crónicos del estado de ánimo pueden contribuir a los problemas interpersonales o estar asociados a una percepción de sí mismos distorsionada (DSM IV, 2000).

### ***Síntomas dependientes de la edad y el sexo***

En los niños el trastorno distímico parece presentarse por igual en ambos sexos y provoca frecuentemente un deterioro del rendimiento escolar y de la interacción social. En general, los niños y adolescentes con un trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen un bajo auto concepto y escasas habilidades sociales, y son pesimistas. En los adultos, las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno distímico.

La edad de inicio y el patrón característico de los síntomas en el trastorno distímico pueden indicarse utilizando las especificaciones siguientes:

- Inicio temprano: Se debe usar esta especificación si el inicio de los síntomas distímicos se produce antes de los 21 años. Estos sujetos tienen más probabilidades de desarrollar episodios depresivos mayores.
- Inicio tardío: Se debe usar esta especificación si el inicio de los síntomas distímicos se produce a los 21 años o con posterioridad (DSM IV, 2000).

### ***Curso***

Frecuentemente, el trastorno distímico tiene un inicio temprano e insidioso (p. ej., en la niñez, adolescencia o al principio de la edad adulta), así como un curso crónico.

Habitualmente, en el marco clínico, los sujetos con trastorno distímico presentan un trastorno depresivo mayor superpuesto, que suele ser la razón por la que buscan tratamiento. Si el trastorno distímico precede al inicio del trastorno depresivo mayor, es menos probable que se produzca una recuperación completa espontánea entre los episodios depresivos mayores y aumentan las probabilidades de presentar más episodios posteriores.

### ***Patrón familiar***

El trastorno distímico es más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con trastorno depresivo mayor que entre la población general.

#### **Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico ( 300.4)**

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.  
Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración deber ser de al menos 1 año.
- B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) pérdida o aumento de apetito
- (2) insomnio o hipersomnia
- (3) falta de energía o fatiga
- (4) baja autoestima
- (5) dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- (6) sentimientos de desesperanza

- C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor (v. pág. 333) durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.  
Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco (v. pág. 338) un episodio mixto (v. pág. 341) o un episodio hipomaniaco (v. pág. 344) y nunca se han cumplido los criterios para un trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

*Especificar si:*

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

*Cuadro # 6 Criterios para el diagnóstico de trastorno distímico, según DSM IV*

(2000).

### **Diagnóstico diferencial para el trastorno depresivo mayor y trastorno distímico**

El trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor se distinguen en base a la gravedad, la cronicidad y la persistencia. En el trastorno depresivo mayor el estado de ánimo depresivo debe estar presente la mayor parte del día, casi cada día, durante un período de al

menos 2 semanas, mientras que la característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo la mayoría de los días a lo largo de un período de al menos 2 años.

El diagnóstico diferencial entre el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor resulta especialmente difícil por el hecho de que los dos trastornos comparten síntomas parecidos y porque sus diferencias en cuanto al inicio, la duración, la persistencia y la gravedad no son fáciles de evaluar retrospectivamente (DSM IV, 2000).

El trastorno depresivo mayor suele consistir en uno o más episodios depresivos mayores separados, que se pueden distinguir de la actividad normal de la persona, mientras que el trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante muchos años. Si en el inicio de la alteración los síntomas depresivos crónicos son de suficiente gravedad y número como para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor, el diagnóstico debe ser trastorno depresivo mayor, crónico (si todavía se cumplen los criterios), o trastorno depresivo mayor, en remisión parcial (si ya no se cumplen los criterios) (DSM IV, 2000).

Sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico con posterioridad a un trastorno depresivo mayor si el trastorno distímico se produjo antes del primer episodio depresivo mayor (ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de los síntomas distímicos) o si ha habido una remisión total del episodio depresivo mayor antes del inicio del trastorno distímico.

### **Trastorno depresivo no especificado**

EL DSM IV (2000) asigna la categoría de trastorno depresivo no especificado para los trastornos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de

ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado. Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen: trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo menor, trastorno depresivo breve recidivante, trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia, episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, o casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.

### **Trastorno Bipolar**

El trastorno bipolar o enfermedad maníaco-depresiva es también un tipo de depresión, se presenta con una frecuencia menor a los otros trastornos antes mencionados. Se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión).

Los cambios de estado de ánimo se llaman “episodios anímicos”, pueden ser dramáticos y rápidos, aunque por lo regular son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía (DSM IV 2000).

La manía afecta al paciente en su manera de pensar, su juicio, la manera de comportarse con los otros y puede causar graves problemas de conducta. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar irresponsables decisiones de negocios, e involucrarse en aventuras emocionales. Si la manía no es oportunamente tratada puede empeorar y desencadenarse en un estado psicótico (el

paciente pierde temporalmente la razón). No todas las personas que están en fases depresivas o maníacas padecen de todos los síntomas.

Algunos pacientes padecen más síntomas que otros. La gravedad también varía según la persona y cambia con el tiempo. Los episodios anímicos son intensos y provocan síntomas que duran una semana o dos y a veces más. Durante un episodio, los síntomas se presentan todos los días durante la mayor parte del día.

#### Principales síntomas según Belloch y Sandín (1996)

##### Fase eufórica:

- Sentimientos desproporcionados e injustificados de bienestar y euforia.
- Delirios de grandiosidad.
- Problemas de concentración e hiperactividad.
- Abuso de drogas, particularmente cocaína, alcohol y barbitúricos.
- Incremento significativo en los niveles de energía y actividad.
- Incremento del deseo sexual.
- Lenguaje acelerado y verborreico.
- Agitación psicomotora manifiesta.
- Comportamiento inapropiado en situaciones sociales.

##### Fase depresiva:

- Intensos sentimientos de tristeza, abatimiento y desesperanza.
- Pérdida de interés en actividades diarias.
- Incapacidad de experimentar sensaciones/emociones positivas.
- Disminución del deseo sexual.

- Cambios significativos en los patrones de sueño, bien por un descenso o un aumento
- Empeoramiento matutino del estado de ánimo depresivo.
- Dificultades de concentración, memoria y toma de decisiones.
- Sensaciones de cansancio y agotamiento físico.
- Perspectiva sombría del futuro.
- Pérdida de autoconfianza y autoestima.
- Ideación suicida recurrente y/o intentos de suicidio.

## **Causas de la depresión**

### **Factores genéticos**

Existe cierto riesgo a desarrollar trastornos afectivos cuando hay historial familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una vulnerabilidad biológica. Existen datos que avalan una participación genética en los trastornos afectivos, aunque no se especifica todavía el modo de transmisión. La síntesis sobre los estudios realizados hasta 1979 sugiere un factor genético, ya que la concordancia en monocigotos es de 65% frente a la de los dicigóticos que solo alcanzan el 14% (Vallejo, 2006).

El riesgo de morbilidad en familiares de enfermos unipolares es elevado, y similar en cuanto a padres (22%) y hermanos (18.6%). En pacientes bipolares en cambio es el siguiente: padres (12.1%), hermanos (21.2%) e hijos (24.6%) (Mendlewicz, 1988).

### **Factores Bioquímicos**

La evidencia demuestra que la bioquímica del cerebro es un factor significativo en los trastornos depresivos. La hipótesis noradrenérgica de la depresión propuesta por Schildkraut en 1965, mantenía que los trastornos afectivos depresivos son el resultado de un déficit central de noradrenalina (NA). Hay datos que respaldan esta teoría como la evidencia de que la acción antidepresiva-estimulante que puede conseguirse, con antidepresivos, terapia electroconvulsiva, dopa, anfetaminas, incrementan el nivel de NA, mientras que la depresión-sedación está relacionada con sustancias como la reserpina, propranolol y alfa metilparatirosina, que producen disminución o bloqueo de la NA central (Vallejo, 1999).

La hipótesis indolamínica defendida por Coppen en 1965 es también importante y establece que en la depresión hay un déficit de serotonina (5-HT) en el que participa el transportador de serotonina (Artigas, 1997). Las investigaciones han confirmado la relación de la baja de serotonina con la sintomatología suicidio-agresión-pérdida del control de impulsos. Sin embargo, la serotonina está implicada en la regulación de otras funciones fisiológicas, aparte del estado anímico (el apetito, el sueño, la actividad sexual, entre otros.), por lo que se han descrito trastornos de la 5-HT en una amplia gama de patologías (Vallejo, 1999).

### **Estresores externos**

Una pérdida significativa, una relación dificultosa, problemas financieros, o un cambio importante en la vida han sido todos indicados como contribuyentes a la enfermedad depresiva. A veces el comienzo de la depresión se asocia con enfermedad física aguda o crónica. Además, algunas formas de abuso de sustancias ocurren en más de una tercera parte de personas con cualquier tipo de trastorno depresivo.



### **Otros factores psicológicos y sociales**

Las personas con ciertas características como pensamientos pesimistas, bajo auto concepto, un sentido de tener poco control sobre los eventos de la vida, y la tendencia de preocuparse excesivamente, pueden ser más vulnerables a la depresión por las presiones a las que se enfrentan. Estos atributos aumentan el efecto de situaciones de estrés en su vida cotidiana e interfieren con la iniciativa de lidiar con los problemas y buscar alternativas. La educación inicial en fases tempranas, la sobreprotección y las expectativas del rol sexual pueden contribuir al desarrollo de esas características. Los patrones de pensamiento negativo se desarrollan típicamente durante la niñez o la adolescencia. Algunos expertos proponen que la crianza tradicional de las niñas puede desarrollar estas características y puede ser un factor en la alta tasa de depresión en las mujeres.

### **La depresión en las mujeres**

Durante la infancia, no hay diferencias importantes en la incidencia de depresión entre los niños y las niñas. Pero entre las edades de 11 y 13 años hay un incremento elevado de depresión en las niñas. Al llegar a los 15 años, las mujeres tienen una probabilidad dos veces mayor que los varones de haber experimentado un episodio depresivo serio. Esto ocurre en un momento en el que los roles y las expectativas cambian drásticamente (Cyranowski, Frank, Young & Shear, 2000).

Esta relación de dos a uno existe sin importar el trasfondo racial y étnico o el nivel económico. En cambio, los hombres y las mujeres tienen la misma tasa de trastorno bipolar, aunque en las mujeres típicamente se manifiestan más los episodios depresivos y menos los maníacos. También, es mayor el número de mujeres que tienen la forma de trastorno bipolar con ciclo rápido, la cual puede ser más resistente a los tratamientos tradicionales.

Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. En particular, los cambios del ciclo menstrual, el síndrome pre menstrual, la pre-menopausia y la menopausia. Científicos están explorando la forma en la que la elevación y la disminución cíclica del estrógeno y de otras hormonas pueden afectar la química del cerebro que está relacionada con la enfermedad depresiva (Blehar & Oren 1997).

Por otro lado, en su entorno social, las mujeres tienen más estrés por las múltiples actividades simultáneas que deben desempeñar, por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y el éxito laboral en un mercado competitivo, etc. Algunas, tienen una mayor carga por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres y hermanos.

Por último, otro factor que influye en el alto porcentaje de depresión de la mujer, en especial en la adolescencia, es su excesiva preocupación por mantener una buena imagen, por una parte en su apariencia física, lo que causa a su vez frecuentes trastornos alimenticios, y por otra en su preocupación de tener un buen desempeño en lo que haga y ser popular (Feldman, 2007).

### **Depresión en adolescentes**

Un estudio del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos ha puesto de manifiesto que cuatro de cada diez adolescentes en algún momento “se han sentido tan tristes que han llorado y han deseado alejarse de todo y de todos”. En el transcurso de su adolescencia, uno de cada cinco adolescentes piensa que la vida no merece la pena vivirla y se han planteado el suicidio como una opción.

Estos frecuentes sentimientos pueden dar lugar a un estado depresivo que puede no ser evidente para los demás. Los cambios en la alimentación (atracones o falta de apetito), la agresividad, el bajo rendimiento escolar, la somnolencia y las excesivas preocupaciones sobre

la apariencia física pueden ser signos de malestar o discomfort emocional en los adolescentes. De forma más visible, pueden aparecer fobias y ataques de pánico (Craig & Baucum, 2009).

Actualmente, la OMS estima que el 6% de los adolescentes entre 12 y 18 han sido diagnosticados con depresión y afirma que para el año 2020, será la segunda enfermedad más incapacitante en el mundo (OMS, 2008). Además, según estudios realizados se observa que la mayoría de trastornos depresivos no son diagnosticados ni reciben tratamiento.

La depresión de la adolescencia es igual a la de la edad adulta en severidad, la sobrepasa en autodestructividad y muestra todavía el sello característico de su concomitante con el proceso de desarrollo, el adolescente siente que todo se ha perdido y que nada puede redimirse, en consecuencia, se deprime (Nolen-Hoksema, Girjus, 1994).

Otro factor que influye en la depresión es la falta de moderación del pensamiento, ya que el joven parece vivir en un mundo del "todo o nada" dando a hechos triviales una trascendencia desmedida y reaccionando de una manera dramática. Estos factores son los que llevaron a Anna Freud a plantear que todos los adolescentes se encontraban en un estado de duelo y que en realidad añoraban los períodos de la niñez en donde las soluciones eran relativamente simples (Grimberg, 1983).

La adolescencia es una etapa de transformaciones, por lo que en este periodo existe un aumento de la emotividad, la cual es provocada por la necesidad que experimenta el ser humano de abandonar viejos hábitos de acción y de pensamiento y de establecer otros nuevos.

Los jóvenes son uno de los grupos etáreos más vulnerables de sufrir depresión, ya que en la etapa de adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social (Blum, 2000).

Según Gómez y Rodríguez (1977), los altos índices de depresión en adolescente pueden deberse a las condiciones socioeconómicas y políticas actuales, a altos índices de desempleo, violencia y pobreza, incertidumbre laboral y pocas expectativas ocupacionales. Otros factores de estrés durante la adolescencia incluyen la formación de una identidad, la sexualidad en desarrollo, la separación del adolescente de los padres, y la toma de decisiones por primera vez. Todo esto se suma a otros cambios físicos, intelectuales y hormonales. Estos factores de estrés son más fuertes en las mujeres quienes presentan mayor incidencia de depresión (Lewisohn, Hyman, Robert, Seeley & Andrews).

La depresión infanto-juvenil constituye una situación afectiva de tristeza y se asocia a una morbilidad significativa aunque es aun infra-diagnosticada (aproximadamente dos tercios de los adolescentes con depresión clínica no están reconocidos ni tratados). Se debe realizar una evaluación diagnóstica con una buena historia clínica teniendo en cuenta el desarrollo evolutivo, los factores culturales, e incluyendo entrevistas con el niño, padres, profesores y pediatras para que pueda ser tratada a tiempo.

Las diferencias que se encuentran se deben a la intensidad de los síntomas y las consecuencias del trastorno, las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son más frecuentes durante la adolescencia.

En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, por déficit de atención, de ansiedad, relacionados con sustancias, y de la conducta alimentaria (Méndez, Olivares & Ros, 2001). El síntoma característico de la depresión es el cambio notable en el estado de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o por problemas de conducta.

La depresión en la adolescencia puede presentarse como un problema transitorio y común, o como una enfermedad peligrosa que puede generar conductas autodestructivas. Se

considera que el adolescente está enfermo cuando el proceso de su desarrollo biopsicosocial se altera y esto se manifiesta en conductas anormales, y alteración en sus funciones mentales (Dallal &Castillo, 2000).

La depresión ha sido asociada al Síndrome de riesgo en la adolescencia. El Síndrome de riesgo consiste en la presencia simultánea y covariada de factores de riesgo asociados a la presentación de los cuatro problemas típicos en la salud del adolescente: (a) abuso de las sustancias, (b) embarazo o iniciación sexual temprana, (c) deserción escolar o problemas de rendimiento académico, y (d) delincuencia (Blum, 2000).

En cuanto al diagnóstico clínico, cualquier persona puede sentir tristeza en un momento determinado, depende de la situación que atraviesa, para recibir el diagnóstico de un trastorno depresivo se deben cumplir los criterios diagnósticos del DSM-IV-R o CIE-10. Estas escalas de evaluación son una herramienta estandarizada que ayuda al diagnóstico, sin embargo no es la única, y debe ser considerando dentro de un proceso de evaluación psicológica que incluye además, una entrevista completa con el paciente y baterías de test psicológicos estandarizados, seleccionados según la edad del paciente.

El Inventario de Depresión de Beck , es un cuestionario autoadministrado con 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (Beck & cols., 1979).

### **Tratamiento**

La psicoterapia es la primera elección de tratamiento en depresión leve y moderada, y la más utilizada es de tipo cognitivo conductual. La farmacoterapia es una elección en

depresión moderada-severa, depresión psicótica y cuando no hay respuesta a psicoterapia en depresión leve-moderada. El tratamiento se considera, por tanto, multimodal (intervenciones a nivel individual, familiar, grupal y farmacológico) (Harrison, Beck & Buceta, 1984).

### **Psicoeducación**

El objetivo de esta intervención es educar tanto a los padres y educadores como a los adolescentes acerca de la depresión como una condición biológica y que no está bajo el control del individuo únicamente, de ahí la importancia de enseñar conceptos fundamentales de manejo adecuado de emociones, solución de conflictos y hábitos funcionales nutrición, del sueño y ejercicio.

La anhedonia, la falta de interés, combinado con los sentimientos de desesperanza, conducen a evitar responsabilidades sociales y académicas, lo cual hace empeora la depresión, así como el desarrollo de trastornos conmórbidos como la fobia al colegio. Los pacientes con depresión deben ser estimulados para participar en las actividades normales de la vida diaria.

### **Psicoterapia**

Las intervenciones psicoterapéuticas también forma parte del tratamiento de la depresión. Entre las terapias más utilizadas se ubican:

- Terapias conductivo-conductuales que reúne un grupo de tratamientos que incluyen el entrenamiento en habilidades sociales, la resolución de problemas (siendo opcional la relajación), la terapia racional emotiva, entre otros. Está orientada a que el paciente aprenda nuevas habilidades en su forma de percibir, entender y reaccionar ante las dificultades, y así reducir la gravedad y duración de la enfermedad. La duración del tratamiento no es larga, aproximadamente 12-20 sesiones (Caro, 2006).

- Terapias de grupo con el objetivo de favorecer el desarrollo de las habilidades sociales y reducir el aislamiento social del adolescente deprimido.
- Finalmente, las intervenciones socio-familiares que incluye a los padres y familiares. Es fundamental para los padres y cuidadores conocer la sintomatología de sus hijos, comprender sus actitudes, aceptar la enfermedad, y no reforzar las conductas negativas.

### **Farmacoterapia**

Los psicofármacos tienen un carácter complementario y facilitador de la psicoterapia, las medidas pedagógicas, intervenciones familiares y sociales. Hay pocos estudios sobre el uso de antidepresivos en niños y adolescentes. El uso de fármacos estaría indicado en depresiones moderadas-graves cuando:

- La intervención psicoterapeuta no consigue una mejoría suficiente.
- Existen síntomas psicóticos.
- Si existe un alto riesgo de suicidio o el paciente se niega a recibir psicoterapia.

Los inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina (ISRS) son los fármacos de elección debido a su eficacia en el trastorno depresivo, sus pocos efectos secundarios, su fácil administración y su baja letalidad.

En EEUU la fluoxetina es el único antidepresivo autorizado para administrar a niños y adolescentes. Recientemente en España se ha ampliado la indicación de fluoxetina a niños mayores de 8 años y adolescentes con depresión severa-moderada que no responden a psicoterapia (Rodríguez, 2007).

### **Terapia cognitivo conductual**

### **Generalidades**

En la actualidad, la terapia cognitivo conductual es el modelo psicológico que más aplicaciones tiene. Numerosos trastornos se están tratando actualmente con esta terapia y el campo de aplicación se ha ido ampliando progresivamente. Hay tratamientos específicos para los trastornos de ansiedad, la depresión, la esquizofrenia, las disfunciones sexuales, etc. Sin embargo, a pesar de su situación actual favorable, no siempre fue reconocida; tuvo que ir abriéndose camino entre las técnicas tradicionales de terapia conductual y psicoanálisis que se fueron flexibilizando paulatinamente. (Lega, Caballo & Ellis, 2002).

La terapia cognitivo conductual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo). Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente conductas desadaptativas. El propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseada desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias nuevas, mas adaptativas (Brewin, 1996).

Las terapias cognitivo conductuales comparten algunos supuestos, por ejemplo, mantienen que los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en vez de los acontecimientos mismos y que el aprendizaje está mediado cognitivamente. Así mismo, la modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta y algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse.



Algunas de las principales características de la terapia cognitiva conductual son las siguientes (Ingram y Scott,1990):

1. Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos causales.
2. Los objetivos específicos de algunos procedimientos son cognitivos.
3. Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno.
4. Se emplean estrategias conductuales y cognitivas en intentos de modificar las cogniciones.
5. Se pone un notable énfasis en la verificación empírica.
6. La terapia es de duración breve.
7. La terapia requiere de la colaboración entre terapeuta y paciente.
8. Los terapeutas cognitivo conductuales son directivos.
9. El cambio de los síntomas sucede posterior al cambio cognitivo.

La posición cognitiva conductual plantea que la cognición se entiende mejor en términos de estructuras cognitivas (la organización interna de información, memoria a corto y largo plazo, almacenamiento sensorial, etc.), de contenido cognitivo (el contenido real que se almacena, conocimiento semántico, información generada internamente, creencias almacenadas, etc.), de procesos cognitivos (la manera de funcional del sistema para recibir, almacenar y transformar y gobernar la salida de información, atención, elaboración cognitiva, codificación, recuperación, etc.), y de los productos cognitivos (resultados de la manipulación del sistema cognitivo, atribuciones, imágenes, creencias a las que se ha accedido, decisiones, pensamientos, etc.) (Caro, 2006).

Las estructuras y el contenido cognitivo suelen denominarse conjuntamente esquemas. Las deficiencias cognitivas y las distorsiones cognitivas sirven para explicar el funcionamiento desadaptativo del individuo.

Los seres humanos somos seres racionales que podemos procesar la información que recibimos del mundo exterior y a la cual accedemos cuando ponemos en marcha nuestros procesos de conocimiento. Tenemos la capacidad de conocer de forma precisa y correcta. Así, el conocimiento que vamos adquiriendo es válido y verdadero cuando represente adecuadamente la realidad.

El proceso terapéutico de las terapias cognitivas más clásicas, como Beck o Ellis están basados sobre esa idea. Los pacientes ponen en marcha procesos erróneos, distorsionados de pensamiento, que los llevan a un conocimiento no válido. Terapeuta y paciente trabajan activamente para encontrar dichas representaciones equivocadas de la realidad de manera que con las técnicas terapéuticas el paciente logre tener pensamientos más válidos, más ajustados a la realidad, mejorando sus procesos de conocimiento (Caro, 2006).

En la actualidad, la terapia cognitiva se caracteriza por los siguientes rasgos: diversidad, variedad, amplio rango de aplicación y eficacia. Los problemas de los seres humanos se entienden como conflictos de conocimiento y significado. Los terapeutas trabajan con los supuestos, premisas y actitudes de los seres humanos y con la repercusión de lo cognitivo en su bienestar.

Las terapias cognitivas darán diversas respuestas al problema del significado y a los mecanismos necesarios de cambio. Por ejemplo, y de forma muy esquemática, mientras que para Ellis la meta está en desarrollar una filosofía más racional de vida, para Beck está en cambiar el procesamiento distorsionado de información.

A pesar de estas diferencias, es posible encontrar fuentes comunes que dieron origen al modelo cognitivo. Según Beck y Weishaar (1989) serían tres las principales. Por una parte, el enfoque “fenomenológico” en un sentido general y donde se destaca la filosofía estoica para

la cual el punto de vista que mantenemos sobre el sí mismo y el mundo determina nuestra conducta.

La famosa frase de Epicleto describe el espíritu cognitivo así como la apuesta que el modelo cognitivo hace sobre el origen y el tratamiento de los problemas emocionales. “Los hombres no se trastornan por las cosas que pasan, sino por las opiniones sobre las cosas: por ejemplo, la muerte no es terrible, porque si lo fuera, le hubiera parecido así a Sócrates, ya que la opinión sobre la muerte, que es terrible, es lo terrible” (Caro, 2006).

La segunda influencia radica en la teoría estructural y en la psicología profunda, a través de la conceptualización freudiana de la organización jerárquica de la cognición en procesos primarios y secundarios.

La tercera influencia se encuentra en la psicología cognitiva, como el trabajo de Kelly sobre los constructos personales o el de Lazarus sobre la primacía dada al papel de la cognición en el cambio emocional y conductual.

Al margen de los temas filosóficos, lo cierto es que la terapia cognitiva se ha venido desarrollando a partir del psicoanálisis y de la terapia conductual, utilizando elementos de estas escuelas o criticándolas y proponiendo visiones alternativas. Freeman (1983) plantea que los primeros terapeutas cognitivos tomaron del modelo conductual su interés por el método científico, el foco en el cambio conductual y diversas técnicas conductuales. Por otra parte, tomaron del modelo psicodinámico la importancia de comprender el proceso y el diálogo interno.

El modelo cognitivo conductual en psicoterapia, en sus inicios se pudo sintetizar con uno de sus conceptos básicos: la mediación cognitiva. Este concepto afirmaba que la respuesta, sea emocional o conductual ante los estímulos no dependía exclusivamente del

estímulo, sino en gran parte de la evaluación del estímulo, de lo que la persona pensaba e interpretaba del mismo. Como ejemplo podemos citar que las personas no se deprimen por el abandono de su pareja, o por el no haber aprobado un examen, sino por lo que se dicen a sí mismos sobre eso, por lo que piensan sobre esa situación y sobre sí mismos en relación a sus objetivos y deseos, y por la visión que creen causar en los otros y en el mundo (Obst, 2008).

### **Origen de las Terapias Cognitivo Conductuales**

La Terapia Cognitiva se inicia a mediados de los años cincuenta con la propuesta de Albert Ellis y Aaron Beck, quienes después de reconocer la dificultad de la intervención con los pacientes desde el modelo psicoanalítico, instauran un tipo de psicoterapia que busca ser más eficaz y de menor duración.

Se han propuesto tres clases principales de terapias cognitivo conductuales hasta la fecha:

1. Los métodos de reestructuración cognitiva (RC), que suponen que los problemas emocionales son una consecuencia de pensamientos desadaptativos y, por lo tanto, sus intervenciones tratan de establecer patrones de pensamientos más adaptativos.
2. Las terapias de habilidades de afrontamiento (HA), que tratan de desarrollar un repertorio de habilidades para ayudar al paciente a afrontar una serie de situaciones estresantes.
3. Las terapias de solución de problemas (SP), que constituyen una combinación de los dos tipos anteriores y que se centran en el desarrollo de estrategias generales para

tratar y solucionar un amplio rango de problemas personales, insistiendo en la importancia de la activa colaboración entre el paciente y el terapeuta.

| <b>Año</b>  | <b>Nombre de la terapia</b>            | <b>Autores</b>         |
|-------------|----------------------------------------|------------------------|
| <b>1958</b> | Terapia racional emotivo conductual    | Ellis                  |
| <b>1963</b> | Terapia cognitiva                      | Beck                   |
| <b>1971</b> | Entrenamiento en auto instrucciones    | Meichenbaum            |
| <b>1971</b> | Entrenamiento en manejo de ansiedad    | Suín y Richardson      |
| <b>1971</b> | Terapia de solución de problemas       | D´Zurilla y Goldfriend |
| <b>1971</b> | Terapia de solución de problemas       | Spivack y Shure        |
| <b>1973</b> | Entrenamiento en inoculación de estrés | Meichenbaum            |
| <b>1974</b> | Reestructuración racional cognitiva    | Golfried               |
| <b>1975</b> | Terapia de conducta racional           | Maultsby               |
| <b>1977</b> | Terapia de autocontrol                 | Rehm                   |
| <b>1983</b> | Terapia cognitivo estructural          | Guidano y Liotti       |
| <b>1986</b> | Terapia de valoración cognitiva        | Wessler y Hankin       |
| <b>1990</b> | Terapia centrada en los esquemas       | Young                  |

Cuadro # 7 Cronología de las terapias cognitivo conductuales (Obst, 2008).

La primera terapia cognitiva conductual fue propuesta por Ellis y posteriormente, con una línea de fundamentos muy similar, se conoció la terapia de Beck. Ambos representan las psicoterapias más extendidas y utilizadas hoy en día. Otras, aunque más actuales, se centran en temas más específicos y su aplicación es aún limitada.

#### **Albert Ellis Terapia Racional Emotiva Conductual (T.R.E.C)**

**El ABC**

Sintética y gráficamente Ellis resumió su teoría en lo que denominó el "ABC". Este concepto se grafica así por sus siglas en inglés:  $A \rightarrow B \rightarrow C$

"A" ("Activating Event ") representa el acontecimiento activador. Puede ser una situación, un acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.).

"B" ("Belief System") representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc.

"C" ("Consequence") representa la consecuencia o reacción ante "A". Las "C" pueden ser de tipo emotivo (*emociones*), cognitivo (*pensamientos*) o conductual (*acciones*).

La terapia racional emotiva se maneja a través de seis principios fundamentales (Obst, 2008):

- 1) El pensamiento es el principal determinante de las emociones humanas.
- 2) El pensamiento disfuncional es la principal causa del malestar emocional.
- 3) Debido a que sentimos en función de lo que pensamos, para acabar con un problema emocional, tenemos que empezar haciendo un análisis de nuestros pensamientos. Si
- 4) Múltiples factores, tanto genéticos como las influencias ambientales (educación, etc.) se encuentran en el origen del pensamiento irracional y la psicopatología.
- 5) A pesar de la existencia de influencias del pasado en la psicopatología, la terapia racional emotiva enfatiza las influencias presentes, ya que son las responsables de que el malestar haya continuado a través del tiempo, a pesar de que las influencias pasadas hayan dejado de existir.

- 6) Aunque las creencias se puedan cambiar, ese cambio no va a suceder necesariamente con facilidad.

### **Aaron Beck Terapia Cognitiva(T.C.)**

Aarón T. Beck nació en Providence, Rhode Island, el 18 de julio de 1921. Creció en el seno de una familia judía y fue el hijo menor de tres hermanos. Poco después de su nacimiento, su hermana murió durante una epidemia de gripe. Ésta grave circunstancia, sumió a su madre en una profunda depresión, condicionando su vida y su elección profesional. Se graduó en la Universidad de Brown en 1942 y en la Escuela de Medicina de Yale en 1946.

Posteriormente, una infección recurrente en una fractura de su brazo, le generaron intensos sentimientos de impotencia y desamparo, estimulándole en el desarrollo de su famosa teoría sobre la depresión. Beck, aprendió así a afrontar cognitivamente sus miedos y problemas, lo que le permitió posteriormente desarrollar su conocida teoría y estilo de terapia.

A principios de los años 1960 cuando era psiquiatra en la Universidad de Pensilvania, desarrolló la Terapia Cognitiva. Debido a su instinto científico e investigador, trató de poner a prueba algunas hipótesis acerca de los conceptos psicoanalíticos implicados en la depresión, diseñando y llevando a cabo diferentes experimentos. A pesar de que esperaba validar gran parte de los preceptos fundamentales del psicoanálisis, se sorprendió al encontrar justo lo contrario.

Estas investigaciones le llevaron a buscar otras formas de conceptualizar y explicar la depresión. Trabajando con sus pacientes, se dio cuenta que se caracterizaban por experimentar pensamientos negativos que invadían sus mentes de una forma espontánea, denominó a estas cogniciones pensamientos negativos, y descubrió que por su contenido se podían clasificar en

tres categorías: aquellas que hacían referencia a sí mismos, las que hacían referencia al mundo y finalmente las referidas al futuro.

Así comenzó a ayudar a sus pacientes a identificar y evaluar estos pensamientos y encontró que haciendo esto, los pacientes eran capaces de verlos de forma más realista, lo que conducía a que se sintieran mejor y se comportaran de un modo más funcional.

Desde entonces, Beck y sus colaboradores han investigado la eficacia de la terapia cognitiva para tratar un amplio abanico de trastornos. A través de una cuidadosa investigación e innovadores métodos terapéuticos, fue pionero en una terapia que ha sido extensamente probada en más de 400 ensayos clínicos y ha demostrado ser eficaz para una amplia variedad de trastornos como la depresión, ansiedad, pánico, abuso de sustancias y trastornos de la personalidad (Obst, 2008).

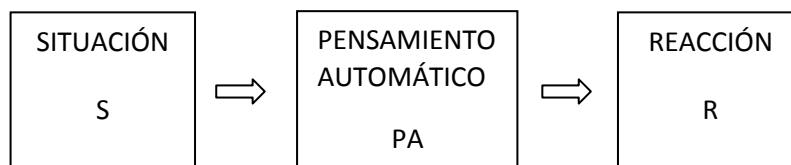
Según la Asociación Americana de Psicología, Beck uno de los cinco psicoterapeutas más influyentes de todos los tiempos. Es el único psiquiatra que ha publicado artículos tanto en la Asociación Americana de Psiquiatría como la Asociación Americana de Psicología. Actualmente está casado y tiene cuatro hijos y es el presidente del Instituto de Beck para la Terapia e Investigación Cognitiva. Desde 1994 el Centro es dirigido por su hija, Judith S. Beck. Al mismo tiempo es profesor de Psiquiatría en la Universidad de Pensilvania.

### **Esquema básico**

La terapia cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma lo que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación. Por lo tanto la forma en que sienten las personas está

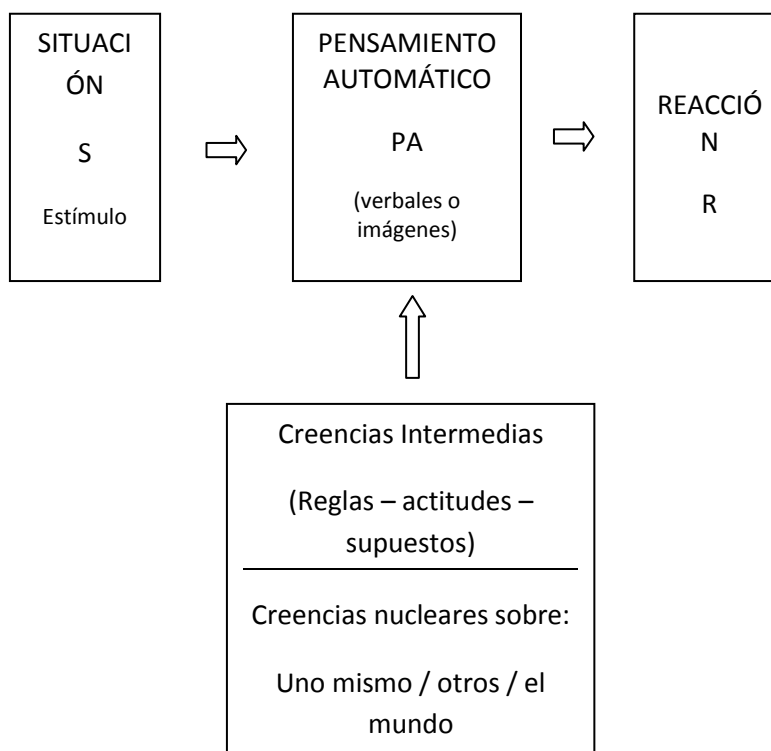


asociada a la forma en que interpretan, y piensan sobre una situación. El esquema básico del paradigma puede representarse así:



Cuadro # 8 Esquema básico de la terapia cognitivo conductual.

En una representación más amplia vemos que los pensamientos automáticos surgen de un sistema cognitivo integrado por creencias intermedias y nucleares.



Cuadro # 9 Esquema completo de la terapia cognitivo conductual.

Las situaciones o estímulos pueden ser externos o internos. Los internos pueden ser fantasías, sensaciones, síntomas recuerdos o imágenes. Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos, que no suelen ser el resultado de razonamientos sino más bien nacen espontáneamente. Estos pensamientos pueden tener una forma verbal y / o no

verbal. Los pensamientos automáticos surgen de creencias, son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cognición. Estas son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas.

Las creencias más centrales o nucleares, son cogniciones que las personas frecuentemente no expresa ni aún para sí mismas y no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones fundamentales y profundas que las personas hacen sobre sí mismas, de las otras personas y de su mundo. Representan el nivel más profundo, global y rígido de interpretación, que influye en otros niveles.

Entre estos dos niveles están las creencias intermedias, de las cuáles surgen los pensamientos automáticos, y están influidas y condicionadas por las nucleares. Están establecidas por el sistema de normas actitudes y supuestos. Finalmente, las respuestas pueden ser: emotivas, conductuales o fisiológicas.

### **Principios de la terapia cognitiva (Judith Beck, 1995)**

1. La terapia cognitiva se basa en una formulación permanentemente evolutiva del paciente y sus problemas en términos cognitivos.
2. Requiere una sólida alianza terapéutica
3. Enfatiza la colaboración y participación activa.
4. Se orienta hacia metas y se orienta en los problemas. Inicialmente enfatiza el presente.
5. Es educativa, apunta a enseñarle al paciente a ser su propio terapeuta y se enfoca en la prevención de la recaída.
6. Es de tiempo limitado y con sesiones estructuradas

7. Le enseña a los pacientes a identificar, evaluar y responder a sus creencias y pensamientos disfuncionales.
8. Usa una diversidad de técnicas para cambiar los pensamientos, el estado de ánimo y las conductas.

### **Principales conceptos**

#### ***La pérdida***

La pérdida es uno de los conceptos claves en la teoría de Beck, fue tomado de su formación psicoanalítica del escrito de Sigmund Freud, Duelo y Melancolía publicado en 1917. Para Freud el depresivo melancólico siente la pérdida personal y la humillación por parte de otra persona significativa, pero no puede tolerar sus propios impulsos agresivos por estar herido. Psicológicamente, incorpora al otro en el sí mismo, y castiga en forma simbólica al otro por el propio sufrimiento del ego.

La aflicción es una reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente. Por su parte, la melancolía se caracteriza por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación de interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio (Beck, 1967). Esta última incluye en reproches y acusaciones que el paciente se hace a sí mismo y pueden causar ideas delirantes de castigo.

#### ***La esfera personal***

Es aquello que nos define como personas y que marca las diferencias entre cada uno y los demás. Es un concepto abstracto, que integra todas esas características que poseemos y que nos conforman. Engloba datos cuantitativos y cualitativos que recibimos como herencia física y social, desde el nacimiento, y que vamos modificando, adaptando y ampliando a lo largo de nuestra vida y en función a las condiciones de ésta.

Se forma por el concepto que tenemos de nosotros mismos, nuestros atributos físicos y características personales, así como nuestras metas y valores. A nuestro alrededor están la familia, los amigos, las posesiones. Nuestro mundo personal se enriquece, además, por los aprendizajes de la escuela y el contexto social en el que nos desarrollamos. Finalmente se incluyen las ideas sobre libertad, justicia y moralidad (Beck, 1976).

En la esfera personal entra todo aquello que es importante para nosotros en relación al mundo que nos rodea. Es el punto de referencia mediante el cual asignamos significados. Cualquier hecho que suponga éxito o ganancia para nuestra esfera, nos produce euforia y felicidad y las pérdidas en cambio, causan tristeza, depresión y desesperanza.

### ***Las reglas***

Son patrones cognitivos relativamente estables que nos dictan como debemos reaccionar ante cualquier situación que nos ocurra. Estas reglas se comienzan a formar en la niñez, como fruto de experiencias concretas y forman parte de la herencia social.

Inicialmente, vienen de nuestros padres, la familia, el sistema educativo y finalmente la sociedad. Lo importante, para entender un trastorno psicológico es saber cómo operan las reglas, en términos de normalidad son flexibles, pero en el caso de la depresión por ejemplo, son absolutas e incondicionales. De ellas se derivan significados y predicciones negativas desde un hecho pasado o presente (Beck, 1976).

### ***Los esquemas***

Los esquemas definen la organización preexistente de los conceptos y se forman a través de la experiencia. Son dinámicos, flexibles y cambiantes con las nuevas experiencias. Se subyugan a los cambios que se producen a medida que los nuevos materiales se van incorporando. El recuerdo es el proceso de activación de los esquemas apropiados que son, en sí mismos, la integración dinámica de los ítems de información (Caro, 2006).

El niño aprende a evaluarse a sí mismo y al ambiente, mediante la interacción con las otras personas significativas y a construir la realidad a través de la experiencia personal. Las creencias y las actitudes que desarrolla el niño pueden ser adaptativas o sentar las bases de la vulnerabilidad al trastorno psicológico. Estas actitudes son la base de supuestos silenciosos, que el individuo no discute, y que permanecen fuera de la conciencia. Las cogniciones y nuestros puntos de vista sobre el mundo, provienen de estos supuestos y luego se organizan en una jerarquía de supuestos o esquemas.

En un sentido muy general, un esquema se refiere a cualquier cuerpo estructurado de conocimiento o grupo de creencias que se utilizan para procesar información. Le permiten a la persona investigar, codificar y evaluar el rango total de estímulos internos o externos y decidir un curso subsecuente de acción. Los esquemas se infieren a partir de la conducta del paciente, siempre y cuando se conozcan los acontecimientos estímulares concretos y la historia que dichos estímulos tienen para el paciente (Clark, Beck y Alford, 1999).

| <b>Tipo</b>                 | <b>Definición</b>                                                                                               |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cognitivo conceptual</b> | Seleccionan, recuperan, almacenan, e interpretan la información.<br>Ej.: las creencias intermedias y centrales. |
| <b>Afectivos</b>            | Perciben los estados de sentimiento y sus combinaciones.<br>Ej.: el afecto positivo o negativo                  |
| <b>Fisiológicos</b>         | Representan funciones y procesos somáticos<br>Ej.: muy relevantes en el trastorno de pánico                     |

|                       |                                                                                                                                                                      |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Conductuales</b>   | Son códigos disposicionales de respuesta y programas listos para la acción que permitan ejecutar conductas.<br>Ej.: la activación de la conducta de evitación fóbica |
| <b>Motivacionales</b> | Esquemas implicados en estrategias y conductas primarias, en dirección de metas.<br>Ej.: apetito, logro y poder                                                      |

Cuadro # 10. Tipos principales de esquemas según (Clark, Beck y Alford, 1999).

***Los modos***

Son subsistemas de la organización cognitiva, diseñados para llevar a cabo ciertos principios adaptativos relevantes a la supervivencia, el mantenimiento, la auto exaltación. Los grupos de reglas y conceptos están organizados alrededor de temas amplios y corresponden a los modos (Beck, 1995). Se diferencian tres tipos principales:

1. Modos primarios: auto preservación, procreación, seguridad, dominancia, sociabilidad.
2. Modos constructivos: adquiridos o contruidos a través de construcciones vitales.
3. Modos menores: sobre actividades prosaicas.

***Triada cognitiva***

Para Beck (1967) la depresión se consideró como un trastorno de la cognición. La pérdida se manifiesta en la triada cognitiva. El paciente considera que ha perdido algo que considera esencial para su felicidad, anticipa resultados negativos para cualquier cosa que haga y se considera a sí mismo incapaz de lograr metas importantes. La depresión se

considera cómo un punto negativo sobre el sí mismo los otros y el mundo. El depresivo se ve a sí mismo como deficiente o inútil, como inadecuado o sin valor.

Existe una relación causal entre los defectos que el depresivo percibe de sí mismo, y el juicio resultante sobre su escaso valor personal, además le parece que el mundo le exige más de lo que puede dar. Finalmente, cuando el depresivo se plantea el futuro, lo hace presuponiendo una serie de obstáculos y sufrimientos que cree que van a durar indefinidamente.

Así mismo, respecto a la ansiedad, se asume que el paciente posee una visión del sí mismo como vulnerable, del mundo, como amenazante y del futuro, como algo impredecible. Construyen el mundo en relación a temas del daño personal, lo que supone pensamientos e imágenes continuas sobre vulnerabilidad, inadecuación, carencia de autocontrol, rechazo y fracaso social, enfermedad, daño físico o muerte.

### ***Las distorsiones cognitivas***

Los pacientes tienden a cometer persistentes errores en su forma de pensar que no suelen deberse a incapacidades intelectuales, sino a la necesidad de preservación de la coherencia de todo el sistema cognitivo entre sí y, fundamentalmente con sus creencias nucleares. En consecuencia, en los pacientes que padecen un trastorno psicológico se observa un desvío sistemático en la forma de procesar el conocimiento (Caro, 2006).

Algunas de las formas no válidas de pensamiento más comunes son:

- Pensamiento “de todo o nada” (“pensamiento dicotómico”).
- Adivinación del futuro (“catastrofización”).
- Descalificar o descartar lo positivo.

- Inferencia arbitraria.
- Razonamiento emotivo (“*siento que...*”).
- Explicaciones tendenciosas.
- Rotulación (“etiquetar”).
- Magnificar lo negativo y minimizar lo positivo.
- Filtro mental (“abstracción selectiva”).
- Lectura de la mente.
- Generalización (o “sobregeneralización”).
- Personalización.
- Expresiones con “*debe*” (exigencias).
- Visión en túnel.

### ***La disfuncionalidad***

Según Beck (1995), se consideran disfuncionales los pensamientos que distorsionan la realidad, son causantes de perturbación emocional, e interfieren con la capacidad del paciente para lograr sus metas o son contraproducentes para lograrlas. Así, los pensamientos se pueden evaluar en función de dos conceptos: su validez (ajuste a la realidad) y/o su utilidad (concepción pragmática).

Para lograr una buena alianza terapéutica y la cooperación del paciente será siempre fundamental enfatizar en cómo sus pensamientos disfuncionales impiden el cumplimiento de sus metas y que tan cercanos están de la realidad, cuidando siempre no descalificar su inteligencia.

### **Terapia Cognitiva Conductual**



La terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basada en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayuda del terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La meta inmediata, denominada en la Terapia Cognitiva "terapia a corto plazo", consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento y producir ciertos sesgos cognitivos. La meta final, denominada "terapia a largo plazo" consiste en modificar los supuestos cognitivos subyacentes que harían vulnerable al sujeto, previniendo las recaídas.

El proceso de la psicoterapia cognitiva supone recorrer tres etapas diferenciadas (Obst, 2008):

1. Primera etapa: conceptualización del proceso y la observación.

El objetivo de esta primera etapa, es entrenar al paciente para ser un mejor observador de su conducta. Para lo cual es importante redefinir el problema presente en términos de relación pensamiento - afecto - conducta (P-A-C). Luego hay que re-conceptualizar el proceso de intervención y modificar los círculos viciosos P-A-C que mantienen el problema para hacer al sujeto menos vulnerable a ciertas situaciones y disminuir las recaídas.

El primer paso consiste en evaluar los problemas que el paciente trae a consulta y conceptualizarlos en términos cognitivos-conductuales. Finalmente se hace una recogida de datos y auto observación. Se conceptualizan los problemas cognitivamente, se definen etapas y objetivos graduales de intervención y se elige un problema para auto observación al mismo tiempo que se explica al sujeto los autor registros.

2. Segunda etapa: generar alternativas.

El objetivo de esta segunda etapa, es ayudar al paciente a desarrollar pensamientos y conductas alternativas adaptativas, incompatibles con los círculos viciosos P-A-C anteriores,

mediante la aplicación de técnicas conductuales y cognitivas que serán detalladas posteriormente.

Una vez que el paciente ha entendido la base del procedimiento de autor registro y la relación pensamiento-afecto-conducta, el terapeuta puede comenzar a trabajar con éste la búsqueda de alternativas cognitivas conductuales, a las interacciones problemas, las distorsiones cognitivas y los significados personales subyacentes.

### 3. Tercera etapa: mantenimiento, generalización y prevención de recaídas.

La finalidad es consolidar, mantener y generalizar los cambios logrados y disminuir la probabilidad de recaídas, mediante la atribución de los logros terapéuticos al trabajo del paciente, sobre la base de sus tareas para casa. Además se identifican con antelación situaciones de alto riesgo futuro y se desarrollan habilidades preventivas de tipo cognitivo-conductual.

### **Estructura de la sesión**

Una de las características básicas del modelo cognitivo es el grado de estructuración sobre el cual se debe regir el tratamiento. El terapeuta organiza el tiempo de la sesión entre 45 y 60 minutos para poder trabajar el foco del conflicto y tratarlo de manera cognitiva (Caro, 2006). En primer lugar, si se trata de una sesión hasta de 60 minutos, se deberían dedicar entre 5 y 10 minutos iniciales a revisar el estado actual del paciente desde la última sesión que acudió. A continuación, se pueden utilizar 5 minutos para establecer la agenda del trabajo, es decir cuáles serán los temas a tratar. Esta agenda se basa en el propio estado del paciente y sobre el curso del tratamiento.

Es importante además dedicar unos 5 minutos adicionales a revisar la tarea que el paciente ha traído a la sesión. Una vez terminada esta primera parte, se trabaja de forma específica en los temas de la sesión. Antes de terminar, se dedican unos 5 minutos a concretar y a explicarle al paciente la tarea para la próxima sesión y 5 minutos finales para recabar del paciente retroalimentación de cómo se ha sentido en la sesión y sus opiniones acerca del curso de la terapia.

### **La relación terapéutica**

El terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales; y como catalizador, ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan a su vez pensamientos y habilidades más adaptativas. El manejo de ciertas habilidades facilita la colaboración, en especial el de la empatía emocional y cognitiva (entender y reflejar como el paciente parece vivir sus estados emocionales y la visión de su situación), la aceptación del cliente (no rechazarlo por sus características personales o tipo de problema presentado) y la sinceridad del terapeuta (Beck, 1979).

### **Estrategias de tratamiento**

Una vez conceptualizados los problemas del paciente se genera un plan de tratamiento con el fin de modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales. Para ello el terapeuta se vale tanto de técnicas cognitivas como conductuales. Estas técnicas son presentadas durante las sesiones y evaluadas periódicamente, se pide feedback de su entendimiento, se ensayan en consulta, y se asignan como tarea para casa.

La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos

personales. Facilitan la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales y proporcionan experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades fóbicas (Harrison, Beck, & Buceta 1984).

### **Técnicas cognitivas**

El objetivo de las técnicas cognitivas es lograr que el paciente sea capaz de identificar los pensamientos que le causan problemas, así como ver otros puntos de vista alternativos de una situación que no ha considerado antes y modificar posibles errores cognitivos. A continuación un detalle de las principales técnicas cognitivas de Beck (Caro, 2006).

**Psicoeducación directa:** Los pacientes reciben información acerca de lo que no conocen para adquirir seguridad. Por ejemplo, información sobre la seguridad de los ascensores para un paciente con fobia.

**Descenso vertical:** Mostrar al paciente peores escenarios que le permitan dimensionar sus problemas de una forma objetiva, se utilizan preguntas como: “Qué ocurriría si...”

**Detección de pensamientos automáticos:** Los pacientes son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento. La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de auto registros como tarea.

**Reatribución:** El paciente puede creer que es responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa. Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación, se buscan otras causas que pudieron contribuir a ese suceso.

**Uso de imágenes:** Se puede usar imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

**Negación de los problemas:** El paciente hace una lista de los problemas y los categoriza según su importancia. El objetivo es que se analice por que la situación no es un problema.

**Comprobación de predicciones:** Hacer que el paciente haga una lista de predicciones específicas para la próxima semana y haga un seguimiento de los resultados.

### **Técnicas conductuales**

Al igual que las técnicas cognitivas, las conductuales trabajan con los síntomas principales del paciente. Algunas de las principales técnicas conductuales utilizadas en terapia cognitiva estándar (Leahy & Holland, 2000).

**Programación de actividades alternativas:** Se utiliza para que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas a la conducta-problema, por ejemplo realizar actividades deportivas para reducir la agresión.

**Escala de dominio/placer:** El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona (utilizando escalas de 0-5).

**Asignación de tareas graduadas:** Cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad para poder alcanzar la conducta meta.

**Entrenamiento asertivo:** Se utiliza para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y utilice conductas que protejan sus derechos mientras respeta la de los otros.

**Entrenamiento en relajación:** Técnicas para que el paciente aprenda a distraerse de las sensaciones de ansiedad y las inhiba a través de la distensión muscular.

**Ensayo conductual y rol playing:** Se recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad y mediante modelado y ensayo de otras conductas, se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica.

**Exposición en vivo:** el paciente se enfrenta de modo más o menos gradual a las situaciones temidas sin evitarlas, hasta que modifica sus expectativas atemorizantes y termina por habituarse a ellas.

**Visualización:** Enseñar a los pacientes a usar imágenes placenteras para distraerse del pensamiento negativo e inducir la relajación.

**Entrenamiento en habilidades sociales:** Entrenar a los pacientes en las habilidades necesarias para conocer gente, iniciar nuevas conversaciones, ir a entrevistas de trabajo, etc.

### **Estrategias cognitivo-conductuales grupales**

La terapia cognitiva también se ha utilizado como estrategia grupal.

### **Especificidad de los grupos**

Se trabajan con grupos de psicopatología homogénea, preferentemente, ya que se trata de modificar distorsiones y supuestos cognitivos similares, con un tamaño de 5 a 10 sujetos, siendo 9 lo ideal. El proceso de terapia tiene 15 sesiones como mínimo y la duración media de las sesiones es de 2 horas, normalmente se requieren dos sesiones semanales (Obst, 2008).

Existen dos niveles de trabajo:

**1) Trabajo individual:** se seleccionan 3 problemas de 3 pacientes y se les dedica unos 20 minutos a cada paciente; el resto del grupo escucha, a menos que el terapeuta pida su intervención con preguntas (¿Tú qué hubieras pensado en esa situación?.. ¿Cómo piensas que actuó, cómo crees que tú hubieses actuado?..¿A alguien le ha ocurrido algo parecido?)

**2) Trabajo de rondas:** se revisan progresos, auto registros individuales, tareas para casa. Para la ronda, se les pide a los pacientes que seleccionen 1 o 2 situaciones para analizar su afrontamiento cognitivo-conductual.

Al igual que las sesiones de psicoterapia individual, existe una estructura típica de la sesión cognitiva grupal. En la primera fase se hace una introducción progresiva de elementos conceptuales de la terapia y se trabaja sobre técnicas cognitivas y técnicas conductuales a ser utilizadas, posteriormente se trabaja con la revisión de las tareas para casa y finalmente se realiza un resumen del trabajo y se programan nuevas de tareas para casa.

### **Las tareas terapéuticas**

Como cualquier otro elemento del tratamiento, la tarea prescrita en terapia cognitiva debe ajustarse siempre al tipo de paciente, a su contexto, a su nivel de deterioro o malestar. La tarea es tan importante, que incluso se ha llegado a predecir el éxito del tratamiento en función de la respuesta a la tarea.

Los tipos de tareas que puede hacer un paciente son muy diversas, y con diferente grado de dificultad y estructuración. Así, podemos tener tareas tan importantes como el registro de pensamientos, modificación de actitudes negativas.

El objetivo específico de la asignación de tareas es que el paciente comunique al terapeuta su estado cognitivo emocional a lo largo de la semana, y que aprenda a relacionar

pensamientos, emociones y conductas. Permiten desarrollar su capacidad de introspección, básica para poder hacer terapia cognitiva, y su motivación y adherencia al tratamiento.

Adicionalmente, modifica una conducta disfuncional para establecer una apropiada, cambiando las creencias y los pensamientos distorsionados, ayuda a vencer temores e inhibiciones, mejorando la auto-confianza y finalmente prepara a los pacientes para ser sus propios terapeutas (Obst, 2008).

Existen ciertos pasos para la planificación de las tareas, primero se debe definir el problema y formular un proyecto que inicie con actividades sencillas para que progresivamente se incremente la dificultad. El terapeuta deberá dar retroalimentación inmediata al paciente y aclararles las dudas o los problemas que se hayan podido suscitar en el proceso.

El terapeuta deberá explicar con claridad la importancia de las tareas y prevenir al paciente de posibles fracasos y consecuencias que éstas traerán para su vida. Deben ser definidas en cooperación y de común acuerdo, analizando los problemas y las posibles soluciones. Finalmente, es fundamental asegurarse de que el paciente cumpla con las tareas, y con el registro y memorización de lo acordado, para lo cual éstas siempre deben ser revisadas en cada sesión. El paciente desde un inicio debe conocer en detalle su finalidad para sentir la motivación en su ejecución, y si llegara a incumplirlas se debe analizar los motivos para corregirlos (Caro, 2006).



### **Capítulo 3**

#### **METODOLOGÍA**

##### **Sujetos, población y muestra**

Los sujetos son estudiantes del Instituto Técnico Superior Gran Colombia con edades comprendidas entre 12 y 15 años. La población seleccionada por el DOBEI, por tener síntomas depresivos en el contexto escolar, fue de 39 alumnas adolescentes de los últimos años de educación básica, octavos, novenos y décimos.

Para la muestra, se seleccionaron 11 adolescentes que puntuaron depresión moderada, depresión grave y depresión extrema en el Cuestionario de Depresión de Beck y que cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM IV (2000) para trastornos del estado de ánimo.

##### **Tipo y diseño de la investigación**

***Tipo***

Es una investigación de tipo correlacional, demuestra la relación entre las variables, depresión (dependiente) y el proceso terapéutico fundamentado en la Teoría Cognitiva de Beck (independiente), y a su vez explicativa porque señala una causalidad entre ellas.

***Diseño***

Experimental, intrasujeto. Compara la evolución de los pacientes en medida repetitiva antes, durante y después del tratamiento. Es unifactorial porque tiene una variable independiente y univariado porque tiene una variable dependiente.

**Hipótesis**

La aplicación de la terapia cognitiva conductual de Beck modifica pensamientos disfuncionales, cambiando las creencias inadecuadas, y reduciendo la depresión en las adolescentes de 12 a 15 años del Instituto Técnico Superior Gran Colombia.

**Variables**

DEPENDIENTE: Depresión.

INDEPENDIENTE: Proceso terapéutico fundamentado en la Teoría Cognitiva de Beck.

**Definición operacional**

*Terapia Cognitiva de Beck / Esquema básico (Caro, 2006):*

"S" el estímulo o situación, "PA" Pensamientos automáticos y "R" la respuesta o reacción.

El modelo se representa por la relación:  $S \rightarrow PA \rightarrow R$

Las reacciones pueden ser: emotivas, conductuales o fisiológicas. Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de razonamiento. Los pensamientos automáticos surgen de las creencias. Estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas.

Las creencias más centrales o creencias nucleares, son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aún a sí mismas, no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias nucleares desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo.

Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en nuestra mente son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones.

Entre ambos niveles, están las denominadas creencias intermedias, influidas por las nucleares (e influyentes sobre los pensamientos automáticos). Las creencias intermedias están constituidas por: reglas (normas), actitudes y supuestos.

### ***Depresión***

El modelo de depresión de Beck (1998) define al trastorno por sus síntomas:

- Cognitivos.
- Afectivos.
- Motores o conductuales.

El contenido de los esquemas depresivos está constituido por la tríada de pensamientos negativos acerca del yo, el mundo y el futuro.

### ***Clases de depresión***

El DSM-IV da pautas que distinguen diversas formas de depresión en función de su gravedad, duración, síntomas, etc. (López y Valdés, 2002).

**Trastorno depresivo mayor:** El DSM-IV expone las características básicas del episodio depresivo mayor de esta forma (López y Valdés, 2002):

A) Durante al menos 2 SEMANAS, presencia casi diaria de al menos CINCO de los siguientes síntomas, incluyendo el 1) o el 2) necesariamente.

- Estado de ánimo deprimido.
- Disminución del placer o interés en cualquier actividad.
- Aumento o disminución de peso/apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.
- Problemas de concentración o toma de decisiones.

B) Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano.

C) No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general (p.ej. hipotiroidismo).

D) No asociado a la pérdida de un ser querido ocurrida hace menos de 2 meses (excepto en casos de marcado deterioro en el funcionamiento).

### **Recolección de la información**

El Instituto Técnico Superior Gran Colombia fue elegido por ser un establecimiento con adolescentes vulnerables influidas con conflictos socioeconómicos importantes, migración de padres, problemas conductuales entre otros, representando condiciones favorables para la depresión en adolescentes.

Después de obtener el consentimiento de las autoridades escolares, el DOBE seleccionó a las estudiantes con mayores síntomas depresivos de cada curso. Basaron dicha selección en su estado anímico, bajo rendimiento académico, agresividad y reportes de los profesores. Las alumnas fueron evaluadas con el Cuestionario de Depresión de Beck y los criterios diagnósticos del DSM IV (2000).

### **Criterios de inclusión**

- Edad de 12 a 15 años
- Mujeres
- Alumnas del Instituto Técnico Superior Gran Colombia
- Estudiantes 8vo, 9no y 10mo de básica
- Preseleccionadas por el DOBE del colegio
- Cinco (o más) de los criterios diagnósticos del DSM IV durante un período de 2 semanas.

### **Criterios de no inclusión**

- Edad menores de 12 mayores de 15 años
- Hombres
- No ser alumno del Instituto Técnico Superior Gran Colombia
- No ser estudiantes 8vo, 9no y 10mo de básica

- No ser preseleccionadas por el DOBEI del colegio
- Menos de cinco de los criterios diagnósticos del DSM IV durante un período de 2 semanas

### **Criterios de eliminación**

- Responder la encuesta en forma incompleta
- Negarse a participar en el proceso de terapia
- Retirarse del Instituto Técnico Superior Gran Colombia

### **Planificación de la terapia**

Para el tratamiento se utilizaron técnicas de psicoterapia cognitivo conductual de Beck. Una vez concluido el proceso de evaluación inicial, mediante la aplicación del Cuestionario de Depresión de Beck se realizaron entrevistas individuales para lograr una conceptualización de los problemas y generar alternativas cognitivo conductuales.

Posteriormente se inició el proceso de terapia con el objetivo de disminuir la depresión y prevenir las recaídas. Se planificó una sesión semanal de terapia individual con duración de una hora por 12 semanas, y dos terapias grupales. Durante el proceso se realizaron además dos evaluaciones, una en la mitad del proceso, y la última al finalizar la terapia para medir los resultados.

## Capítulo 4

### RESULTADOS Y ANÁLISIS

El análisis de los resultados tiene como objeto primeramente analizar los datos de las pacientes, sus situaciones iniciales, su progreso, y tratar de determinar si existen algunos patrones repetitivos o situaciones comunes entre unas estudiantes y otras que expliquen su estado emocional. Para este análisis se ha realizado primeramente un estudio univariado, es decir presentando las variables de acuerdo a los resultados iniciales que arrojó la investigación, y posteriormente mediante pruebas de hipótesis, determinar si han existido resultados favorables o si ha existido mejoría en las estudiantes a través del tratamiento.

#### Características de la población

##### Edad

| Edad  | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| 12    | 3          | 27%        |
| 13    | 4          | 36%        |
| 14    | 3          | 27%        |
| 15    | 1          | 9%         |
| TOTAL | 11         | 100%       |

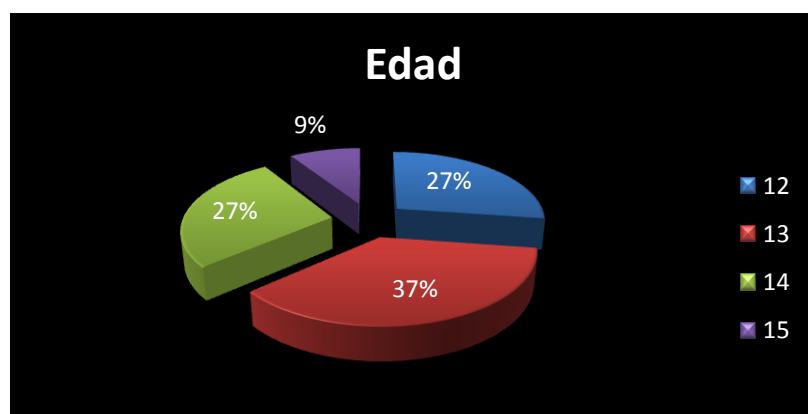


Gráfico # 1. Edad

Como se puede observar, la edad de las estudiantes varía de 12 a 15 años, donde la mayor parte son de 13 años (37%), seguidas por niñas de 14 y 12 años (27%) y en menor cantidad de 15 años (9%).

### Situación familiar

| Situación                   | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|------------|------------|
| Estructurada funcional      | 2          | 18%        |
| Estructurada disfuncional   | 2          | 18%        |
| Desestructurada             | 3          | 27%        |
| Reestructurada disfuncional | 3          | 27%        |
| Reestructurada funcional    | 1          | 9%         |
| TOTAL                       | 11         | 100%       |



Gráfico # 2. Situación familiar

Se observa que el 18% de adolescentes cuenta con una familia estructurada y funcional, el 9% de adolescentes tiene una familia aunque reestructurada, funcional y el 72% tiene familias desestructuradas o disfuncionales (27% desestructurada, 18% estructurada disfuncional, 27% reestructurada disfuncional).



**Posición familiar**

| Posición   | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|------------|
| Hija Única | 1          | 9%         |
| Mayor      | 4          | 36%        |
| Menor      | 4          | 36%        |
| Intermedia | 2          | 18%        |
| TOTAL      | 11         | 100%       |



Gráfico # 3. Posición familiar

La frecuencia de la posición familiar es de cuatro adolescentes con una posición menor, cuatro mayor, dos intermedias y una hija única.

**Factores de riesgo**

| <b>Factor</b>                 | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| Migración                     | 2                 | 18%               |
| Consumo de alcohol            | 5                 | 45%               |
| Sentimiento de no pertenencia | 1                 | 9%                |
| Maltrato y acoso              | 1                 | 9%                |
| Embarazo                      | 1                 | 9%                |
| Crisis de identidad           | 1                 | 9%                |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>11</b>         | <b>100%</b>       |



Gráfico # 4. Factores de riesgo

Existen diversos factores de riesgo que afectan a las adolescentes. Se observa principalmente una frecuencia importante en el consumo de alcohol con un inicio temprano, igualmente frecuente es el abuso de consumo por parte de los cuidadores. La migración es otro factor de riesgo predominante, también son preocupantes el maltrato y el acoso, así como el embarazo y la crisis de identidad, que se han analizado y considerado para la terapia.

**Agresión**

| Situación | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| SI        | 7          | 64%        |
| NO        | 4          | 36%        |
| TOTAL     | 11         | 100%       |

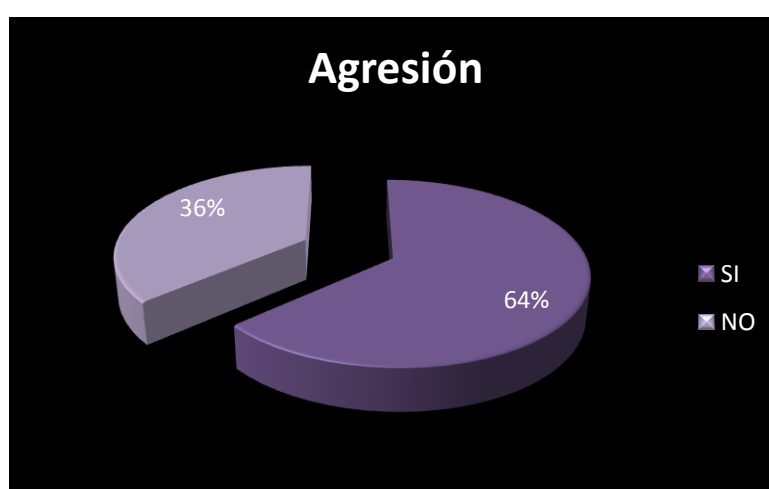


Gráfico # 5. Agresión

Como se observa en el resultado, al determinar si las pacientes han sido expuestas a agresión, la mayoría muestra síntomas (64%), mientras que el 36% restante no presenta esta condición. De igual manera, las adolescentes que son víctimas de agresión en sus familias, reproducen estos modelos y muestran conductas agresivas hacia sus compañeras y profesores, y presentan dificultad a la adaptación a las normas y deterioro en su auto concepto.

**Llanto fácil**

| Situación | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| SI        | 6          | 55%        |
| NO        | 5          | 45%        |
| TOTAL     | 11         | 100%       |

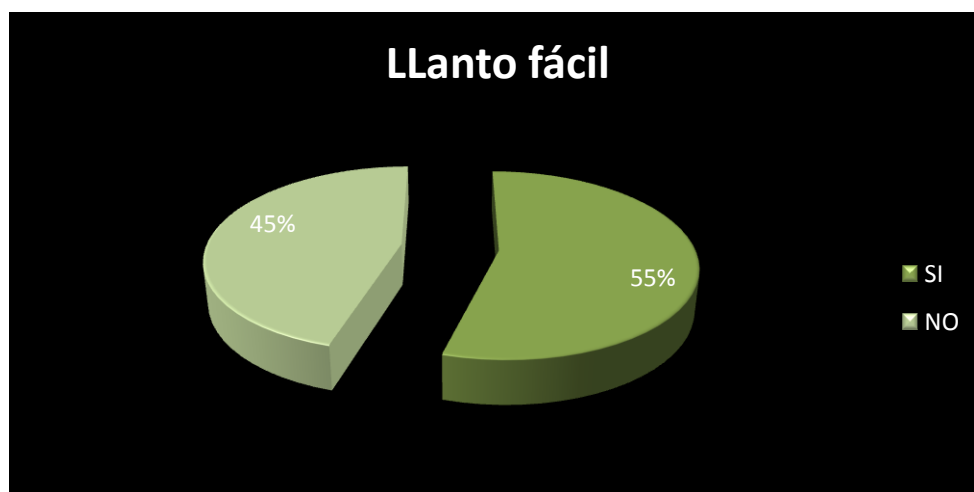


Gráfico # 6. Llanto fácil

La mayoría de adolescentes (55%) presentan llanto fácil en las sesiones de terapia, considerándose un síntoma importante de su estado depresivo.

**Ideas suicidas**

| Situación | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| SI        | 5          | 45%        |
| NO        | 6          | 55%        |
| TOTAL     | 11         | 100%       |

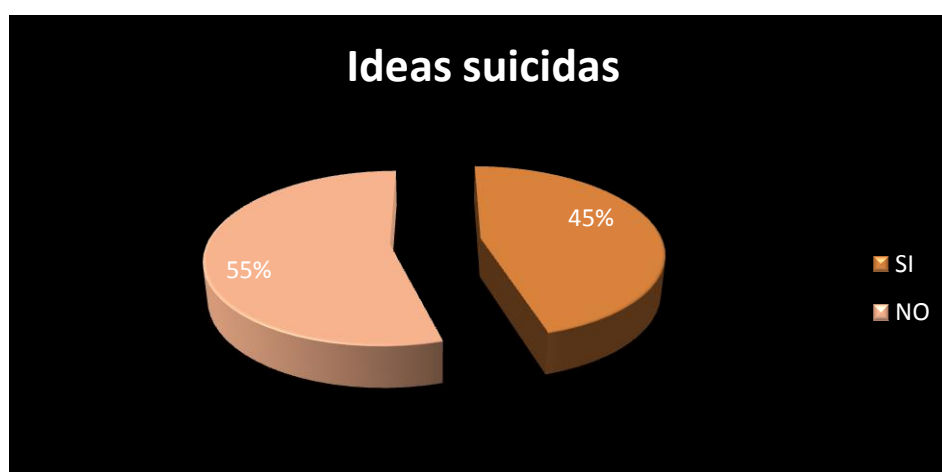


Gráfico # 7. Ideas suicidas

Si bien las ideas suicidas se presentaron en un porcentaje menor con el 45% de los casos, es un número significativo y altamente preocupante; 5 de 11 adolescentes con trastornos depresivos han tenido ideaciones suicidas o intentos de suicidio con ingesta de pastillas o sustancias tóxicas y cortes en sus muñecas.

### Diagnóstico según DSM IV

Para el diagnóstico se aplicaron los criterios del DSM IV (2000), los cuales permitieron establecer trastornos tanto de tipo depresivo en distintos grados, como trastornos distímico de inicio temprano. Esta evaluación se realizó al inicio del proceso y se mantuvo en observación a las pacientes para tomar en cuenta cualquier cambio en su diagnóstico inicial.

| Posición                               | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------------------|------------|------------|
| Trastorno depresivo mayor leve         | 2          | 18%        |
| Trastorno depresivo mayor moderado     | 5          | 45%        |
| Trastorno depresivo mayor grave        | 1          | 9%         |
| Trastorno distímico de inicio temprano | 3          | 27%        |
| TOTAL                                  | 11         | 100%       |

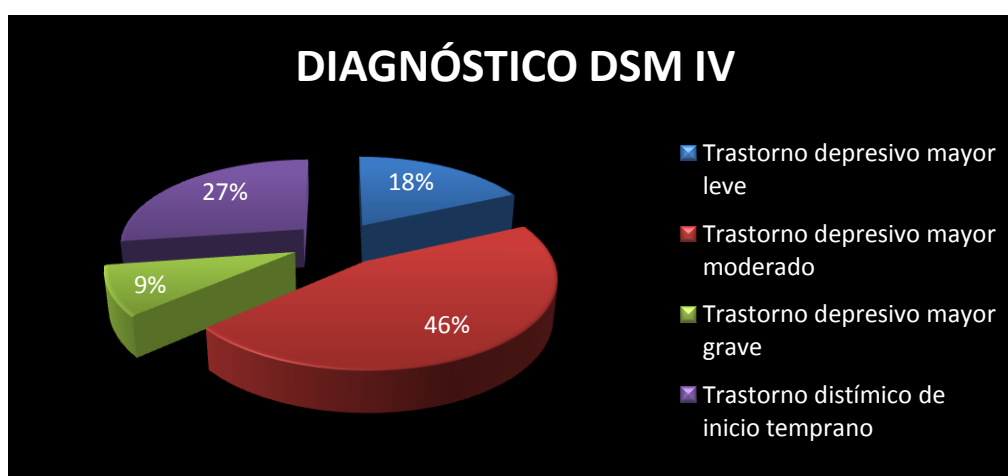


Gráfico # 8. Diagnóstico DSM IV

Según los criterios diagnósticos del DSM IV (2000), el 46% de las adolescentes presentan un trastorno depresivo mayor moderado, seguidas por un 27% con trastorno distímico de inicio temprano. El 18% presentó un trastorno depresivo leve y solo el 8% un trastorno depresivo grave. Dentro de los pacientes con trastornos depresivos (73%), hay casos de episodios únicos y reincidentes.

### Cuestionario de Depresión de Beck

Para el diagnóstico de depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck. La primera evaluación se realizó a modo de diagnóstico, al inicio del proceso. Posteriormente se evaluó el progreso de la terapia en una fase intermedia y finalmente se realizó una evaluación final. La evaluación se obtiene de acuerdo a la puntuación de la siguiente manera:

### Puntuación nivel de depresión

|             |                                        |
|-------------|----------------------------------------|
| 1-10 .....  | Estado emocional normal.               |
| 11-16 ..... | Perturbación leve del estado de ánimo. |
| 17-20 ..... | Estados de depresión intermitentes.    |
| 21-30 ..... | Depresión moderada.                    |
| 31-40 ..... | Depresión grave.                       |
| + 40 .....  | Depresión extrema.                     |

Los resultados presentados en el primer diagnóstico realizado, previo al tratamiento aplicado mostraron los siguientes resultados:

### Aplicación de evaluación inicial

| Estado                             | Rangos    | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------------|-----------|------------|------------|
| Estado emocional normal            | 1 – 10    | 0          | 0%         |
| Perturbación leve estado emocional | 11 – 16   | 0          | 0%         |
| Estado de depresión intermitente   | 17 - 20   | 0          | 0%         |
| Depresión moderada                 | 21 - 30   | 6          | 55%        |
| Depresión grave                    | 31 - 40   | 3          | 27%        |
| Depresión extrema                  | más de 40 | 2          | 18%        |
| TOTAL                              |           | 11         | 100%       |

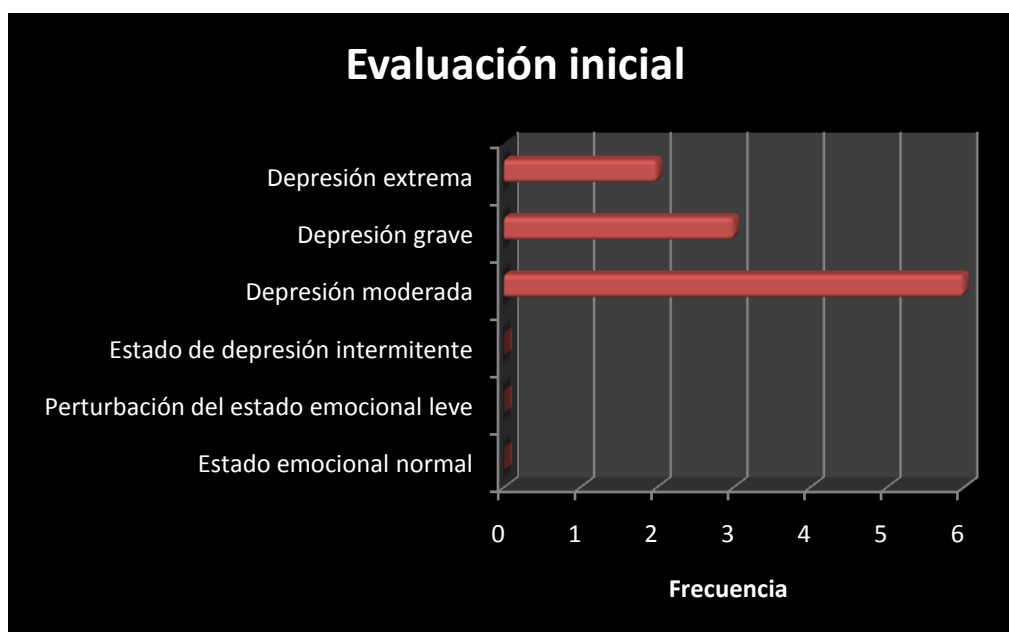


Gráfico # 9. Evaluación inicial con Cuestionario de Depresión de Beck

Como se observa, todas las estudiantes se encontraron con valores superiores a 21, indicando depresión moderada, grave o extrema. La depresión moderada se presenta en 6 de las 11 estudiantes evaluadas, 3 mostraron depresión grave y solamente 2 alcanzan una depresión extrema.

#### Aplicación de evaluación intermedia

| Estado                             | Rangos    | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------------|-----------|------------|------------|
| Estado emocional normal            | 1 - 10    | 3          | 27%        |
| Perturbación leve estado emocional | 11 - 16   | 3          | 27%        |
| Estado de depresión intermitente   | 17 - 20   | 1          | 9%         |
| Depresión moderada                 | 21 - 30   | 1          | 9%         |
| Depresión grave                    | 31 - 40   | 2          | 18%        |
| Depresión extrema                  | más de 40 | 1          | 9%         |
| TOTAL                              |           | 11         | 100%       |



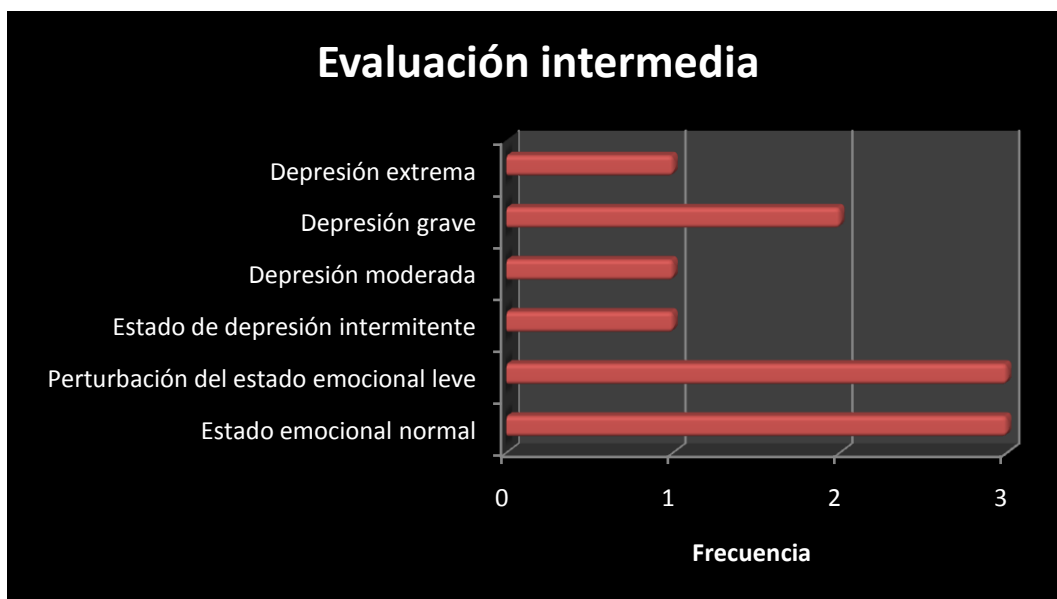


Gráfico # 10. Evaluación intermedia con Cuestionario de Depresión de Beck

Los resultados generales de la segunda evaluación una vez realizada la terapia prevista, mostraron varios resultados implicando una notable mejoría. Como se observa, muchas de las estudiantes presentaron un estado emocional normal (27%) y otro importante grupo (27%) una perturbación del estado emocional leve, que también se ubica dentro de los parámetros de normalidad, mientras que las demás presentaron aún estados de depresión considerables, desde intermitente hasta extremo, pero con una clara disminución de estos estados, sin embargo, posteriormente se analizará si este resultado muestra una mejora significativa en el grupo estudiado.

**Evaluación final**

| Estado                             | Rangos    | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------------|-----------|------------|------------|
| Estado emocional normal            | 1 – 10    | 3          | 27%        |
| Perturbación leve estado emocional | 11 – 16   | 2          | 18%        |
| Estado de depresión intermitente   | 17 – 20   | 0          | 0%         |
| Depresión moderada                 | 21 – 30   | 3          | 27%        |
| Depresión grave                    | 31 - 40   | 2          | 18%        |
| Depresión extrema                  | más de 40 | 1          | 9%         |
| TOTAL                              |           | 11         | 100%       |

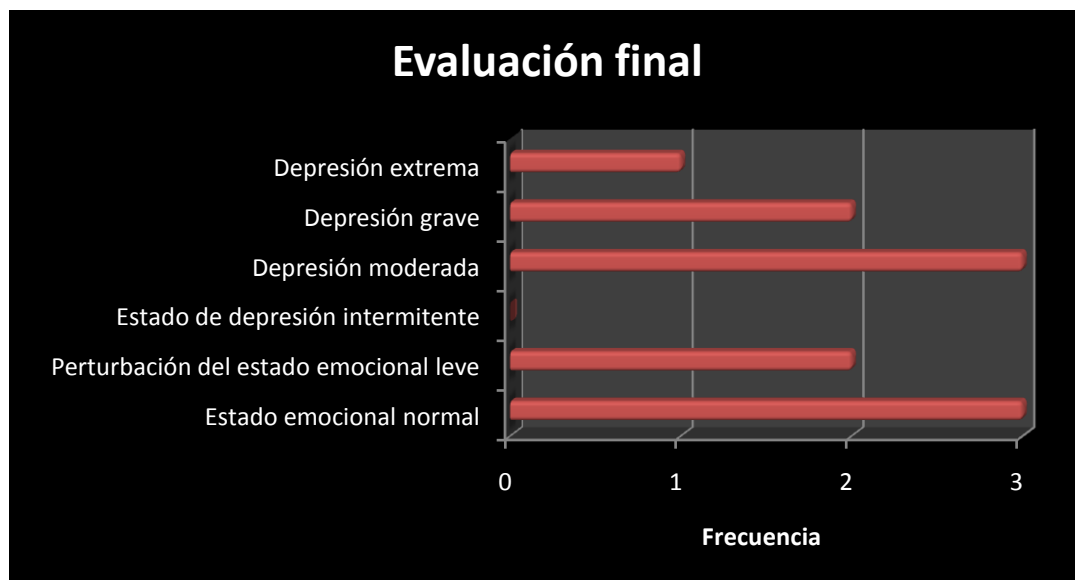


Gráfico # 11. Evaluación final con Cuestionario de Depresión de Beck

Al realizar una evaluación final se pudo observar que algunas estudiantes mantenían un estado emocional normal, pero otras incrementaron nuevamente su depresión, aspecto que se analizará a continuación, para determinar la incidencia de la terapia.

**Demostración de la hipótesis**

Para demostrar la hipótesis planteada acerca de que la terapia cognitivo conductual permite lograr disminuir la depresión en las adolescentes, se ha tomado los resultados del diagnóstico realizado y se ha seleccionado un tipo de prueba de hipótesis aplicada a este tipo de estudio.

El tipo de prueba de hipótesis que se debe aplicar es el de las Muestras Pareadas, este se utiliza cuando se trata de una prueba tipo antes – después, es decir donde se trabaja con el mismo grupo de individuos o lo que se denomina grupos dependientes y con esta prueba se pretende verificar si han existido cambios significativos entre una toma de muestra y otra (Lind, Marchal, Mason & 2004).

Hipótesis estadísticas:

$$H_0: \mu_d \leq 0$$

$$H_1: \mu_d > 0$$

Por tanto, si el resultado estadístico muestra que la diferencia entre los resultados de la primera evaluación con la segunda es menor o igual a cero ( $H_0$ ), implicaría que no existe diferencia significativa entre los dos resultados, o que la terapia no ha tenido efectos favorables, mientras que en el caso de aceptar  $H_1$ , implicaría que la diferencia media entre los resultados de las terapias si es significativa y por tanto ha existido un efecto favorable.

**Resultados diagnóstico 1 - 2**

El primer análisis para determinar si el tratamiento tuvo éxito, considera la primera evaluación realizada en comparación con la segunda.

Al analizar los datos mediante la prueba *t* para muestras pareadas se obtienen los siguientes resultados:

| Paciente     | Resultado D1 | Resultado D2 | <i>d</i>   | <i>d</i> <sup>2</sup> |
|--------------|--------------|--------------|------------|-----------------------|
| 1            | 22           | 28           | -6         | 36                    |
| 2            | 25           | 0            | 25         | 625                   |
| 3            | 44           | 15           | 29         | 841                   |
| 4            | 27           | 12           | 15         | 225                   |
| 5            | 29           | 15           | 14         | 196                   |
| 6            | 30           | 17           | 13         | 169                   |
| 7            | 38           | 7            | 31         | 961                   |
| 8            | 31           | 32           | -1         | 1                     |
| 9            | 32           | 6            | 26         | 676                   |
| 10           | 51           | 40           | 11         | 121                   |
| 11           | 30           | 44           | -14        | 196                   |
| <b>TOTAL</b> |              |              | <b>143</b> | <b>4047</b>           |

Donde:

*d* representa la diferencia entre el resultado o diagnóstico 1 (D1) menos el diagnóstico 2 (D2)

*n* representa la cantidad de datos analizados o muestreados, que corresponde a 11

La prueba de hipótesis realiza se realiza a través del cálculo de *t*, dado por:

$$t = \frac{\bar{d}}{S_d/\sqrt{n}}$$

Donde:

t representa el estadístico de prueba (número de desviaciones estándar con respecto a la media basado en la tabla t).

$\bar{d}$  representa la media de las diferencias entre D1 y D2 y se calcula así:  $\bar{d} = \frac{\sum d}{n}$

$S_d$  es la desviación estándar de los valores d y se calcula así:  $S_d = \sqrt{\frac{\sum d^2 - \frac{(\sum d)^2}{n}}{n-1}}$

Los cálculos se presentan a continuación:

$$\bar{d} = \frac{\sum d}{n} = \frac{143}{11} = 13$$

$$S_d = \sqrt{\frac{\sum d^2 - \frac{(\sum d)^2}{n}}{n-1}} = \sqrt{\frac{\sum 4047 - \frac{(143)^2}{11}}{11-1}} = 14,79$$

$$t = \frac{\bar{d}}{S_d/\sqrt{n}} = \frac{13}{14,79/\sqrt{11}} = 2,92$$

Por tanto el cálculo del resultado muestra un valor t de 2,92

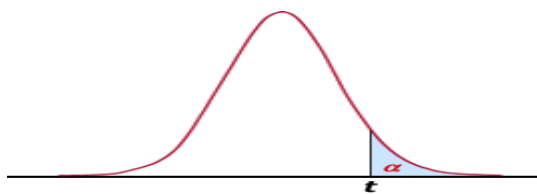
Para poder comparar y definir si las diferencias son relevantes y finalmente si se acepta o rechaza  $H_0$  se busca el valor límite en la tabla t (Anexo 3) con los siguientes datos:

$$gl = n - 1 = 11 - 1 = 10$$

$\alpha = 0,05$ , es decir un nivel de confianza para el estudio del 95%

Donde gl son los grados de libertad del estudio, dado por  $n - 1$

Y  $\alpha$  es la significancia del estudio o el nivel de error probable.



$$t \text{ límite } (10, 0,05) = 1,812$$

Por tanto, dado que el valor calculado de las diferencias (2,92) es mayor que el valor límite (1,812), se rechaza  $H_0$ , lo cual indica que sí existe una diferencia significativa entre los dos resultados, donde el diagnóstico 2 mostró una mejoría significativa que se ha demostrado estadísticamente.

Esto prueba en primera instancia, que el tratamiento aplicado logró resultados favorables para las pacientes, existiendo una mejora significativa en la mayor parte de los casos, pues como fue claro observar, no todas las alumnas tuvieron una mejoría, pero si la mayoría.

**Resultados Diagnóstico 2 - 3**

El segundo análisis muestra la relación entre la segunda evaluación y la tercera, utilizando el mismo modelo estadístico considerado en el caso anterior.

| Paciente     | Resultado D2 | Resultado D3 | $d$       | $d^2$      |
|--------------|--------------|--------------|-----------|------------|
| 1            | 28           | 33           | -5        | 25         |
| 2            | 0            | 6            | -6        | 36         |
| 3            | 15           | 30           | -15       | 225        |
| 4            | 12           | 11           | 1         | 1          |
| 5            | 15           | 13           | 2         | 4          |
| 6            | 17           | 22           | -5        | 25         |
| 7            | 7            | 3            | 4         | 16         |
| 8            | 32           | 37           | -5        | 25         |
| 9            | 6            | 4            | 2         | 4          |
| 10           | 40           | 22           | 18        | 324        |
| 11           | 44           | 44           | 0         | 0          |
| <b>TOTAL</b> |              |              | <b>-9</b> | <b>685</b> |

Al analizar las diferencias entre el diagnóstico 2 y 3 se puede observar que la suma total de las diferencias es negativa (-9), lo cual implica que no existió una mejoría significativa después de la segunda fase de terapia, en algunos casos inclusive, se ha observado un incremento en los indicadores de depresión en las pacientes.

**Resultados Diagnóstico 1 - 3**

Para el análisis de los resultados de los diagnósticos 1 y 3 se ha considerando el mismo modelo estadístico que en los casos anteriores.

| Paciente     | Resultado D1 | Resultado D3 | $d$        | $d^2$       |
|--------------|--------------|--------------|------------|-------------|
| 1            | 22           | 33           | -11        | 121         |
| 2            | 25           | 6            | 19         | 361         |
| 3            | 44           | 30           | 14         | 196         |
| 4            | 27           | 11           | 16         | 256         |
| 5            | 29           | 13           | 16         | 256         |
| 6            | 30           | 22           | 8          | 64          |
| 7            | 38           | 3            | 35         | 1225        |
| 8            | 31           | 37           | -6         | 36          |
| 9            | 32           | 4            | 28         | 784         |
| 10           | 51           | 22           | 29         | 841         |
| 11           | 30           | 44           | -14        | 196         |
| <b>TOTAL</b> |              |              | <b>134</b> | <b>4336</b> |

Donde:

$d$  representa la diferencia entre el resultado o diagnostico 1 (D1) menos el diagnóstico 3 (D3)

Los cálculos se presentan a continuación:

$$\bar{d} = \frac{\sum d}{n} = \frac{134}{11} = 12,18$$

$$S_d = \sqrt{\frac{\sum d^2 - \frac{(\sum d)^2}{n}}{n-1}} = \sqrt{\frac{\sum 4336 - \frac{(134)^2}{11}}{11-1}} = 16,44$$



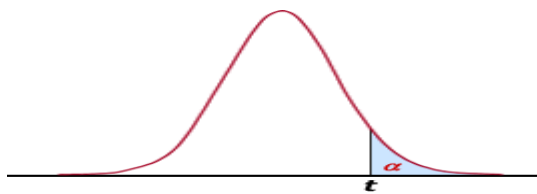
$$t = \frac{\bar{d}}{S_d/\sqrt{n}} = \frac{12,18}{16,44/\sqrt{11}} = 2,46$$

Por tanto el cálculo del resultado muestra un valor t de 2,46

Para poder comparar y definir si las diferencias son relevantes y finalmente si se acepta o rechaza  $H_0$  se busca el valor límite en la tabla t con los siguientes datos:

$$gl = n - 1 = 11 - 1 = 10$$

$\alpha = 0,05$  , es decir un nivel de confianza para el estudio del 95%



$$t \text{ límite } (10, 0,05) = 1,812$$

Por tanto, dado que el valor calculado de las diferencias (2,46) es mayor que el valor límite (1,812), se rechaza  $H_0$ , lo cual indica que sí existe una diferencia significativa entre los dos resultados, donde el diagnóstico 3 mostró una mejoría significativa que se ha demostrado estadísticamente en relación al diagnóstico 1.

Al analizar este resultado se puede verificar que si bien la diferencia lograda en la primera evaluación comparativa logró resultados ligeramente mejores, finalmente la terapia sí obtuvo resultados favorables desde la primera evaluación, hasta la tercera, demostrando un mejoramiento en las pacientes al final de la terapia.

***Análisis correlacional***

Como se pudo observar, se ha demostrado que la terapia ha tenido resultados favorables en las adolescentes, sin embargo es importante también determinar si la cantidad de sesiones de terapia ha influido en este resultado, para lo cual se ha buscado correlacionar el indicador de mejoramiento que corresponde a la diferencia entre una u otra terapia, es decir el valor  $d$ , mismo que se ha calculado como la diferencia entre el diagnóstico (Beck) realizado en su primera fase y la segunda fase.

Por ejemplo para el caso de la paciente 1, mediante el diagnóstico de Beck inicial se obtuvo una puntuación de 22 y en el segundo diagnóstico se obtuvo una puntuación de 28, es decir se incrementó el puntaje de su valoración depresiva según el inventario de Beck. El valor  $d$  recoge la diferencia entre estas dos puntuaciones  $22 - 28 = -6$ , de esta manera permite cuantificar si existió mejoría al observarse un mayor valor positivo y un incremento de la depresión si el valor es negativo, por tanto se convierte en un indicador muy adecuado para analizar si existe correlación entre una mejoría para las pacientes y la cantidad de terapias recibidas.

De esta manera se realizará una suposición inicial de que mientras mayor cantidad de sesiones de terapia han recibido las estudiantes, existe una mayor mejoría. Para ello se correlaciona el valor  $d$  con el número de sesiones como sigue:

**Análisis correlacional resultados diagnóstico 1 – 2 vs número de sesiones de terapia**

| Paciente | Resultado D1 | Resultado D2 | d   | Numero de sesiones |
|----------|--------------|--------------|-----|--------------------|
| 1        | 22           | 28           | -6  | 4                  |
| 2        | 25           | 0            | 25  | 6                  |
| 3        | 44           | 15           | 29  | 6                  |
| 4        | 27           | 12           | 15  | 5                  |
| 5        | 29           | 15           | 14  | 5                  |
| 6        | 30           | 17           | 13  | 5                  |
| 7        | 38           | 7            | 31  | 6                  |
| 8        | 31           | 32           | -1  | 4                  |
| 9        | 32           | 6            | 26  | 6                  |
| 10       | 51           | 40           | 11  | 5                  |
| 11       | 30           | 44           | -14 | 3                  |

Como se observa, los valores que se van a correlacionar corresponden al valor d en relación al número de sesiones y a continuación se presenta una gráfica de correlación entre las dos variables y su correspondiente valor de  $R^2$  mismo que indica la manera en que se explica la variable 1 a través de la variable 2.

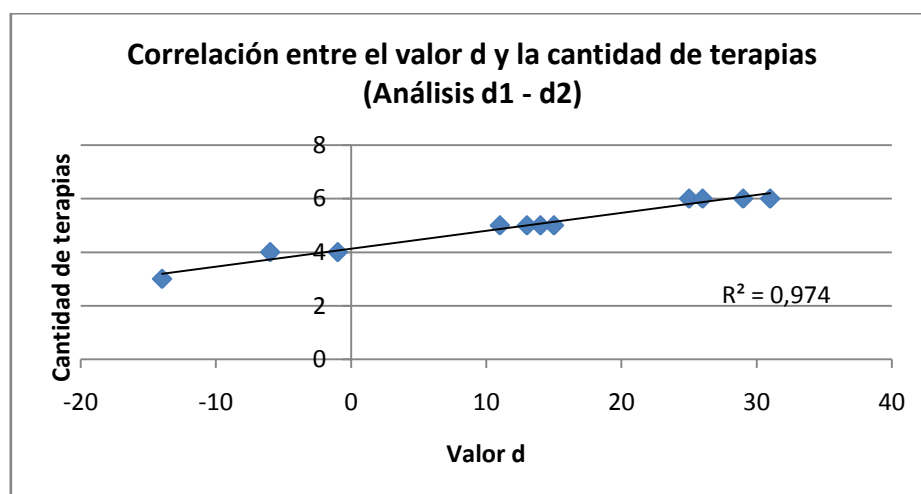


Gráfico # 12. Correlación entre el valor d y la cantidad de terapias d1-d2

El gráfico muestra una importante correlación entre las dos variables, donde se observa claramente que el mejoramiento de la depresión si depende del número de sesiones de terapias realizadas, de esa manera se observa que a mayor cantidad de terapias, mejor el índice seleccionado de mejoramiento “d”. De igual forma se puede observar que el coeficiente de determinación  $r^2$  presentado en el gráfico muestra un valor bastante alto cercano a 1 indicando que la el mejoramiento de las estudiantes se ve explicada por el número de terapias en un 97%, porcentaje muy alto que verifica la correlación existente.

***Análisis correlacional resultados diagnóstico 2 – 3 vs número de sesiones de terapia***

De igual manera es posible observar los resultados de los resultados del diagnóstico 2 – 3 en relación al número de sesiones de terapia.

Como se observa en el gráfico de correlación,

| Paciente | Resultado D2 | Resultado D3 | D   | Numero de sesiones |
|----------|--------------|--------------|-----|--------------------|
| 1        | 28           | 33           | -5  | 4                  |
| 2        | 0            | 6            | -6  | 4                  |
| 3        | 15           | 30           | -15 | 3                  |
| 4        | 12           | 11           | 1   | 5                  |
| 5        | 15           | 13           | 2   | 5                  |
| 6        | 17           | 22           | -5  | 4                  |
| 7        | 7            | 3            | 4   | 6                  |
| 8        | 32           | 37           | -5  | 4                  |
| 9        | 6            | 4            | 2   | 5                  |
| 10       | 40           | 22           | 18  | 6                  |
| 11       | 44           | 44           | 0   | 5                  |

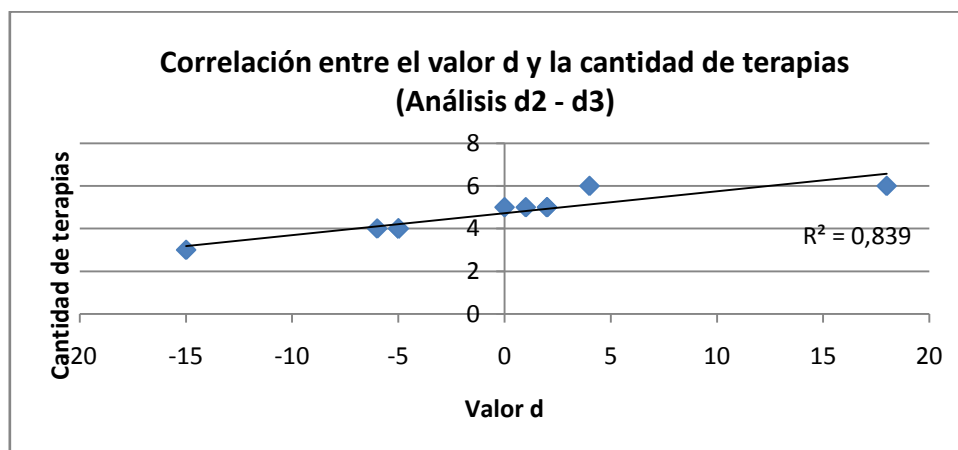


Gráfico # 13. Correlación entre el valor d y la cantidad de terapias d2 – d3

En este caso, aunque en el análisis anterior se pudo comprobar que no existió mejoría en las estudiantes debido a los factores analizados, la correlación aunque es menor, sí muestra que existe correlación entre el número de terapias y el mejoramiento, presentando un valor de  $r^2$  de 0,839 que sigue siendo alto.

***Análisis correlacional resultados diagnóstico 1 – 3 vs número de sesiones de terapia***

| Paciente | Resultado D1 | Resultado D3 | d   | Numero de sesiones |
|----------|--------------|--------------|-----|--------------------|
| 1        | 22           | 33           | -11 | 8                  |
| 2        | 25           | 6            | 19  | 10                 |
| 3        | 44           | 30           | 14  | 9                  |
| 4        | 27           | 11           | 16  | 10                 |
| 5        | 29           | 13           | 16  | 10                 |
| 6        | 30           | 22           | 8   | 9                  |
| 7        | 38           | 3            | 35  | 12                 |
| 8        | 31           | 37           | -6  | 8                  |
| 9        | 32           | 4            | 28  | 11                 |
| 10       | 51           | 22           | 29  | 11                 |
| 11       | 30           | 44           | -14 | 8                  |

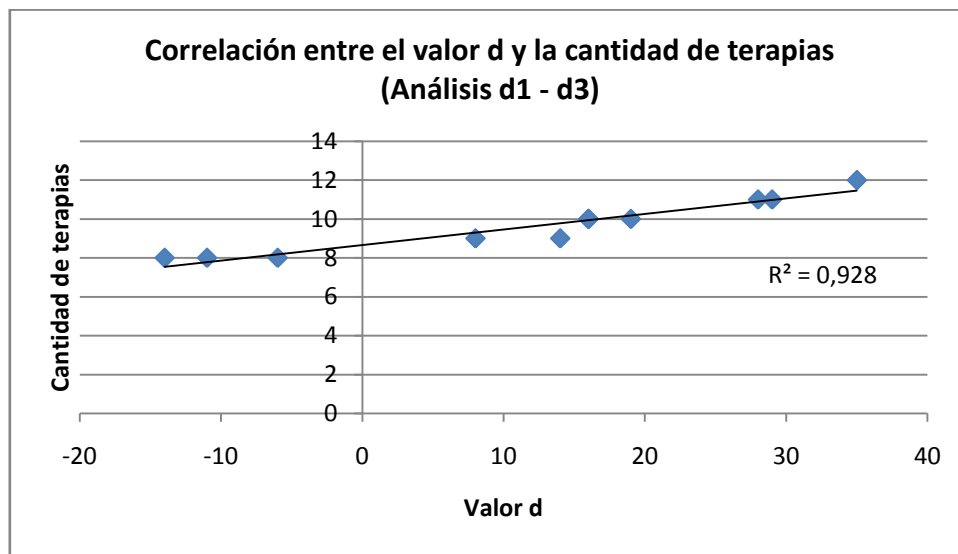


Gráfico # 14. Correlación entre el valor d y la cantidad de terapias d1 – d3.

Finalmente en el último análisis de correlación se puede observar, como era de esperarse, nuevamente una alta correlación.

## CONCLUSIONES

### Conclusiones

- La situación familiar es un factor determinante en el estado emocional de las adolescentes, se observó una correlación directa entre los trastornos depresivos y el deterioro del entorno familiar. En la mayoría de los casos investigados, las pacientes no encuentran soporte en sus hogares y son expuestas a situaciones conflictivas que incrementan su depresión.
- No se observó una correspondencia entre la edad y los síntomas depresivos ya que todas comparten características adolescentes propias con el mismo contexto escolar.
- En la relación entre depresión y la posición familiar, se observa que hay una mayor tendencia tanto en las hermanas menores cómo en las mayores. Esto podría ocurrir porque las de hermanas mayores, tienen asignadas una cantidad de tareas dentro de la casa, son las que manejan el hogar, apoyan con labores domésticas y con el cuidado de hermanos menores; estas características. En cambio, las hermanas menores están expuestas a mayor agresión por parte de sus cuidadores, sienten la ausencia de sus padres como abandono y muestran conductas de desadaptación a reglas.
- En cuanto a los síntomas depresivos que las adolescentes presentan, se encuentran una tristeza profunda y prolongada, desinterés por realizar las actividades cotidianas, bajo rendimiento escolar, llanto fácil, problemas de agresividad en el entorno familiar y escolar, trastornos alimenticios y de sueño, auto concepto bajo, dificultad para relacionarse con otras personas, incumplimiento de reglas, visión negativa del futuro y desesperanza.

- Tanto los criterios diagnósticos del DSM IV (2000) como la aplicación del Cuestionario de Depresión de Beck, mostraron altos índices iniciales de depresión en el grupo de adolescentes seleccionadas. Se trabajó con pacientes con depresión unipolar sin episodios psicóticos que iban de moderada a grave. Tras la aplicación de técnicas de psicoterapia cognitiva conductual se observó una importante disminución de los trastornos depresivos.
- En una primera fase, los resultados fueron principalmente favorables, hubo una mejoría general en las pacientes quienes aprendieron técnicas de manejo de emociones y fueron capaces de cuestionar ideas absolutistas y demandantes que afectaban su sistema de creencias y les hacían reaccionar inadecuadamente. Igualmente lograron manejar la realidad en la que se encontraban y establecer estrategias de convivencia que les permitió sentirse mejor. Este proceso se mantuvo desde el mes de noviembre hasta finales de diciembre.
- La época de diciembre: Navidad y Año Nuevo, podría haber repercutido negativamente en el proceso de terapia y se observó un retroceso en la mejoría que se había alcanzado. Hubo un incremento en el consumo de alcohol y nuevamente las ideaciones de las adolescentes para estas fechas, no correspondía con su realidad. La ausencia de padres y problemas económicos, fueron determinantes para reforzar estados depresivos, acompañados de la caótica influencia de los medios que continúan mostrando una realidad de perfección alejada a las situaciones individuales.
- Una vez retomada la terapia, las adolescentes volvieron en su mayoría a niveles más bajos de depresión que en una etapa inicial. La mayoría fue dada de alta, considerando que parte del trabajo de terapia cognitiva conductual se basa en la prevención de recaídas y en la enseñanza de técnicas para que las pacientes actúen en situaciones futuras como sus propios terapeutas.



- El número sesiones a las que las adolescentes asistieron, fue proporcional a su mejoría. La mayoría de pacientes que tuvieron adherencia al tratamiento, fueron regulares, asistieron a las sesiones de terapia grupal, mostraron una mejoría significativamente más alta. En cambio las pacientes que fueron inconstantes y no siguieron el proceso de terapia completo mantuvieron altos índices de depresión.
- Finalmente, se cumplió la hipótesis planteada al inicio de la investigación. La aplicación de la terapia cognitivo conductual redujo la depresión en las adolescentes de 12 a 15 años del Instituto Técnico Superior Gran modificando pensamientos disfuncionales, cambiando las creencias inadecuadas y ofreciendo alternativas cognitivas y conductuales para un adecuado manejo de emociones.

## RECOMENDACIONES

### Recomendaciones para las pacientes

- Continuar aplicando técnicas cognitivas y conductuales ante los conflictos para una adecuada resolución de los mismos.
- Mantener canales de comunicación abiertos que permitan el dialogo con padres y educadores para una mejor convivencia.
- Practicar técnicas de relajación para disminuir las tensiones.
- Buscar actividades de esparcimiento alternativas que les mantengan ocupadas en algo que disfruten hacer.
- Hacer ejercicio y mantener una adecuada alimentación.

### Recomendaciones para el colegio

- Realizar sesiones de seguimiento mensuales y posteriormente trimestrales para evaluar que las adolescentes se encuentren manejando adecuadamente las técnicas aprendidas, y que los índices de depresión se mantengan bajos.
- En algunos casos, es indispensable complementar la terapia individual con sesiones de terapia familiar, no siempre las causas de los conflictos se encuentran en las adolescentes, sino también son necesarios reajustes en el hogar.
- Abrir espacios de psicoeducación permanentes para trabajar en la prevención.
- Capacitar a los docentes sobre trastornos emocionales, para que puedan detectar síntomas y orientar a las estudiantes a acceder al Departamento de Psicología de forma oportuna.

## ANEXOS

### 1. Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1).

- ☐ No me siento triste
- ☐ Me siento triste.
- ☐ Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- ☐ Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- ☐ No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- ☐ Me siento desanimado respecto al futuro.
- ☐ Siento que no tengo que esperar nada.
- ☐ Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- ☐ No me siento fracasado.
- ☐ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- ☐ Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- ☐ Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- ☐ Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- ☐ No disfruto de las cosas tanto como antes.
- ☐ Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- ☐ Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- ☐ No me siento especialmente culpable.
- ☐ Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- ☐ Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- ☐ Me siento culpable constantemente.

6) .

- ☐ No creo que esté siendo castigado.
- ☐ Me siento como si fuese a ser castigado.
- ☐ Espero ser castigado.
- ☐ Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- ☐ No estoy decepcionado de mí mismo.
- ☐ Estoy decepcionado de mí mismo.
- ☐ Me da vergüenza de mí mismo.
- ☐ Me detesto.

8) .

- ☐ No me considero peor que cualquier otro.
- ☐ Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- ☐ Continuamente me culpo por mis faltas.
- ☐ Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- \_ No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- \_ A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- \_ Desearía suicidarme.
- \_ Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) .

- \_ No lloro más de lo que solía llorar.
- \_ Ahora lloro más que antes.
- \_ Lloro continuamente.
- \_ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) .

- \_ No estoy más irritado de lo normal en mí.
- \_ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- \_ Me siento irritado continuamente.
- \_ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) .

- \_ No he perdido el interés por los demás.
- \_ Estoy menos interesado en los demás que antes.
- \_ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- \_ He perdido todo el interés por los demás.

13) .

- \_ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- \_ Evito tomar decisiones más que antes.
- \_ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- \_ Ya me es imposible tomar decisiones.

14) .

- \_ No creo tener peor aspecto que antes.
- \_ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- \_ Creo que se han producido cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- \_ Creo que tengo un aspecto horrible.

15) .

- \_ Trabajo igual que antes.
- \_ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- \_ Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- \_ No puedo hacer nada en absoluto.

16) .

- \_ Duermo tan bien como siempre.
- \_ No duermo tan bien como antes.
- \_ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- \_ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) .

- \_ No me siento más cansado de lo normal.
- \_ Me canso más fácilmente que antes.
- \_ Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- \_ Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

- \_ Mi apetito no ha disminuido.
- \_ No tengo tan buen apetito como antes.
- \_ Ahora tengo mucho menos apetito.
- \_ He perdido completamente el apetito.

19) .

\_ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

\_ He perdido más de 2 kilos y medio.

\_ He perdido más de 4 kilos.

\_ He perdido más de 7 kilos.

\_ Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20) .

\_ No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

\_ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

\_ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

\_ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) .

\_ No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

\_ Estoy menos interesado por el sexo que antes.

\_ Estoy mucho menos interesado por el sexo.

\_ He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

**Puntuación Nivel de depresión\***

1-10 .....Estos altibajos son considerados normales.

11-16 .....Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20 .....Estados de depresión intermitentes.

21-30 .....Depresión moderada.

31-40 .....Depresión grave.

+ 40 .....Depresión extrema.

## 2. Hoja de registro de pensamientos automático (Caro, 2006).

Nombre:

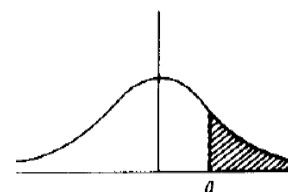
Edad:

Fecha:

| Momento | <b>Situación:</b><br>especificar lo que sucedió, dónde y quién estaba implicado. | <b>Emociones:</b><br>especificar la emoción y evaluar su intensidad 1 - 10. | <b>Pensamientos automáticos:</b><br>escribir los pensamientos que preceden cada emoción 1 - 10. | <b>Respuesta racional:</b><br>escribir las respuestas racionales a los pensamientos automáticos 1 - 10. | <b>Resultado:</b> escribir cuál es la creencia del pensamiento original 1 - 10.<br><br>Pensamiento    Emoción |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I       |                                                                                  |                                                                             |                                                                                                 |                                                                                                         |                                                                                                               |
| II      |                                                                                  |                                                                             |                                                                                                 |                                                                                                         |                                                                                                               |
| III     |                                                                                  |                                                                             |                                                                                                 |                                                                                                         |                                                                                                               |
| IV      |                                                                                  |                                                                             |                                                                                                 |                                                                                                         |                                                                                                               |
| V       |                                                                                  |                                                                             |                                                                                                 |                                                                                                         |                                                                                                               |



## 3. Tabla t (Distribución de Student), (Lind, Marchal &amp; Mason 2004).

**Tabla 5.** Distribución  $t$  de Student.  $P [t (n) \geq a]$ 

| Grados de libertad | Probabilidades |        |        |        |        |         |         |         |
|--------------------|----------------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|
|                    | 0,40           | 0,25   | 0,15   | 0,10   | 0,05   | 0,025   | 0,01    | 0,005   |
| 1                  | 0,3249         | 1,0000 | 1,9626 | 3,0777 | 6,3138 | 12,7062 | 31,8205 | 63,6567 |
| 2                  | 0,2887         | 0,8165 | 1,3862 | 1,8856 | 2,9200 | 4,3027  | 6,9646  | 9,9248  |
| 3                  | 0,2767         | 0,7649 | 1,2498 | 1,6377 | 2,3534 | 3,1824  | 4,5407  | 5,8409  |
| 4                  | 0,2707         | 0,7407 | 1,1896 | 1,5332 | 2,1318 | 2,7764  | 3,7469  | 4,6041  |
| 5                  | 0,2672         | 0,7267 | 1,1558 | 1,4759 | 2,0150 | 2,5706  | 3,3649  | 4,0321  |
| 6                  | 0,2648         | 0,7176 | 1,1342 | 1,4398 | 1,9432 | 2,4469  | 3,1427  | 3,7074  |
| 7                  | 0,2632         | 0,7111 | 1,1192 | 1,4149 | 1,8946 | 2,3646  | 2,9980  | 3,4995  |
| 8                  | 0,2619         | 0,7064 | 1,1081 | 1,3968 | 1,8595 | 2,3060  | 2,8965  | 3,3554  |
| 9                  | 0,2610         | 0,7027 | 1,0997 | 1,3830 | 1,8331 | 2,2622  | 2,8214  | 3,2498  |
| 10                 | 0,2602         | 0,6998 | 1,0931 | 1,3722 | 1,8125 | 2,2281  | 2,7638  | 3,1693  |
| 11                 | 0,2596         | 0,6974 | 1,0877 | 1,3634 | 1,7959 | 2,2010  | 2,7181  | 3,1058  |
| 12                 | 0,2590         | 0,6955 | 1,0832 | 1,3562 | 1,7823 | 2,1788  | 2,6810  | 3,0545  |
| 13                 | 0,2586         | 0,6938 | 1,0795 | 1,3502 | 1,7709 | 2,1604  | 2,6503  | 3,0123  |
| 14                 | 0,2582         | 0,6924 | 1,0763 | 1,3450 | 1,7613 | 2,1448  | 2,6245  | 2,9768  |
| 15                 | 0,2579         | 0,6912 | 1,0735 | 1,3406 | 1,7531 | 2,1314  | 2,6025  | 2,9467  |
| 16                 | 0,2576         | 0,6901 | 1,0711 | 1,3368 | 1,7459 | 2,1199  | 2,5835  | 2,9208  |
| 17                 | 0,2573         | 0,6892 | 1,0690 | 1,3334 | 1,7396 | 2,1098  | 2,5669  | 2,8982  |
| 18                 | 0,2571         | 0,6884 | 1,0672 | 1,3304 | 1,7341 | 2,1009  | 2,5524  | 2,8784  |
| 19                 | 0,2569         | 0,6876 | 1,0655 | 1,3277 | 1,7291 | 2,0930  | 2,5395  | 2,8609  |
| 20                 | 0,2567         | 0,6870 | 1,0640 | 1,3253 | 1,7247 | 2,0860  | 2,5280  | 2,8453  |
| 21                 | 0,2566         | 0,6864 | 1,0627 | 1,3232 | 1,7207 | 2,0796  | 2,5176  | 2,8314  |
| 22                 | 0,2564         | 0,6858 | 1,0614 | 1,3212 | 1,7171 | 2,0739  | 2,5083  | 2,8188  |

#### 4. Ejemplo de carta de consentimiento enviada a padres de familia

Estimados padres de familia,

Soy estudiante de Psicología de la Universidad Internacional del Ecuador, al momento, me encuentro realizando mi Tesis de Grado en aplicación de terapia cognitiva en depresión adolescente por lo cual, solicito su autorización para que su hijo(a) participe voluntariamente en este estudio que comprende de evaluaciones y sesiones de terapia.

El proceso tiene una duración aproximada de 4 meses y la *participación es voluntaria. Usted y su hijo(a) tienen el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento.*

*Si autoriza que su hijo participe, favor de llenar el talonario de autorización y devolver en el departamento del DOVE .*

#### AUTORIZACION

He leído el procedimiento descrito arriba. El(la) investigador(a) me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_, participe en el estudio de Adriana Ortiz sobre aplicación de terapia cognitiva en depresión adolescente.

---

Padre de familia

### Referencias

2. Artigas, F.: El transportador de serotonina como diana terapéutica. *Psicofarmacología* 2, 13 -19, 1997.
3. Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. New York: Gilford Press.
4. Beck, A. (1998). *Terapia cognitiva de la depresión*. Ed. Biblioteca de Québec de Brouwer. España.
5. Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Gedisa Editora.
6. Belloch, A. y Sandín, B. (1996). *Manual de psicopatología*. McGraw-Hill. Interamericana.
7. Blehar, M. D. y Oren, D. A. (1997). Gender differences in depression. *Medscape Women's Health*, 2:3. Revisado de: Women's increased vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. *Depression*, 1995; 3:3-12.
8. Blum, R. (2000). Un mundo conceptual de salud del adolescente. En E. Dulanto, *El adolescent*. México: Mc Graw Hill.
9. Buceta, J., Maldonado, M., Velarde, V. y Polaino, A. (1986). La evaluación del progreso terapéutico de la depresión. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 41 (6), 339 – 357.
10. Calderón, N. Guillermo. (1998). *Depresión, sufrimiento y liberación*. México, ED. EDAMEX
11. Caro, Isabel. *Manual teórico práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Editorial Desclee, 2da Edición, 2006.
12. Carvajal, C. (1994). Variaciones en la frecuencia del diagnóstico de depresión en Chile. *Acta Psiquiátrica Psicológica América Latina*, 40 (4), 301 – 307.
13. Castilla del Pino C. Un estudio sobre la Depresión. Fundamentos de antropología dialéctica. 8ª edición. Barcelona: Península; 1981.

14. Craig, G. y Baucum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico*. (9na edición). México: Pearson.
15. Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 2000; 57:21-27.
16. Dowd, E.T. (2004). *Depression: Theory, assessment and new directions in practice*. International Journal of Clinical and Health Psychology, 4, 413-423.
17. Dryden, W. & Di Giuseppe, R. (1990). *A primer on Rational Emotive Therapy*. Champaign, Illinois: Reserch Press.
18. Elkind, D., & Bowen, R. (1979). Imaginary audience behavior in children and adolescents. *Developmental Psychology*, 15, 38-44.
19. Erikson, Eric (1968). *Identidad, Juventud y Crisis*, Buenos Aires, Editorial Paidos.
20. Feldman, R. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida*. (4ta edición). México: Pearson.
21. Gómez, C., & Rodríguez, N. (1997). Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26 (1), 23-35.
22. González, C., Ramos, L., Caballero, M. y Wagner, E. Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes. *Psicothema* 2003, 15, 524-532.
23. González, C., Andrade, P. y Jiménez, A. (2000). Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica Psicológica América Latina*, 43 (4), 319 – 326.
24. Grimberg, L. (1983). *Culpa y Depresión un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires. Paidos.
25. Harrison, R., Beck, A. y Buceta, J. (1984). Terapia cognitiva de la depresión: Una introducción al desarrollo histórico. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39 (4), 623 – 647.
26. Haste, H., & Torney-Purta, J. (Eds) (1992). The development of political understanding. New Directions For Child Development. San Francisco; Jossey-Bass.

27. Heerlein, A. y Richter, P. (1991). Discrepancias entre depresión clínica y depresión psicométrica. *Acta Psiquiátrica Psicológica América Latina*, 37 (4), 317 – 323.
28. Herrera, A. y Maldonado, A. (2001). Depresión Cognición y Fracaso Académico. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (1), 25 -50.
29. Knobel M., *El síndrome de la adolescencia normal*, incluido en Aberastury A. y otros, "La adolescencia normal", Paidós, Buenos Aires, pp 39-40 1980.
30. Lega, L., Caballo, V & Ellis, A. (2002). Teoría y Práctica de la terapia racional emotivo-conductual. España: Siglo XXI.
31. Leonor I. Lega, Vicente E. Caballo y Albert Ellis- *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. Cap. La TREC en la ansiedad y la depresión. Editores Siglo Veintiuno. México- España.
32. Lewisohn PM, Hyman H, Roberts RE, Seeley JR, and Andrews JA. Adolescent psychopathology: 1. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 1993; 102:133-44.
33. Lind, Marchal, Mason, (2004), *Estadística para Administración y Economía*, 11 edición, Alfaomega. pág.396
34. López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson. ISBN 978-84-458-1087-3.
35. Marcia, J.E. (1980). Identity in adolescence. In J. Andelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology*. New York: Wiley.
36. Marquez, Ramón. (1990). *Tratamiento natural de la depresión*. Buenos Aires, Ed. Paidos.
37. Mendlewicz, J.: *Genetics of Depression and Mania*. Elsevier, Nueva York, 1988.

38. Moreno, J y García, M. (2006). Personalidad e inadaptación en menores maltratados. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59 (4), 525 – 544.
39. Morim N. y Caballero, J. (2010). Historia Natural de la Depresión. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14 (2), 86 – 90.
40. Nolen-Hoksema, Girjus S., Joan S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, May. Vol. 115(3) 424-443.
41. Nardi, B. (2004). La depresión Adolescente. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 3 (1), 95 -126.
42. Obst, J. (2008). *La Terapia Cognitiva Integrada y Actualizada*. (1ra edición). Buenos Aires, Argentina: CATREC.
43. Olmedo, M., Del Barrio, M. y Santed, A. (2002). Valoración de padres y maestros de las emociones negativas en la adolescencia. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53 (4), 717 – 731.
44. Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008.
45. Ortiz, J. (1996). Uso de drogas en adolescentes Guatemaltecos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 28 (2), 367-392.
46. Papalia, D. E., Olds W. S., Feldman R. D. (2009). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. (11va. Edición). México : Editorial Mc Graw Hill.
47. Pardo, G., Sandoval, A. y Umbarila, D. (2004). *Adolescencia y Depresión*. Revista Colombiana de Psicología, 13, 17 – 32.
48. Perez, M. y García, J. (2001). Tratamientos Psicológicos Eficaces para la Depresión. *Psicothema*, 13 (3), 493 – 510.
49. Rascovan S., *Los jóvenes y el futuro*, Psicoteca Editorial, Buenos Aires, 2000, pág. 29
50. Reynolds, W.M. (2004). Depresión en adolescentes. Un problema contemporáneo y sus perspectivas. *Avances en Psicología Clínica*, 16 (1), 261-316.

51. Rodríguez, A. (2007). Trastornos Depresivos en la infancia y adolescencia. *Revista Clínica Médica Familiar*, 1 (6), 270-276.
52. Ruiloba, V. (2003) *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Salvat. 3era. Edición. México.
53. Ruiz, J. y Bermúdez, J. (1991). Estado de ánimo depresivo y memoria. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 44 (3), 329 – 338.
54. Solomon, A. *El demonio de la depresión*. Ediciones B, México 2002.
55. Spielberger, C., Ritterband, Lee., Reheise, E. y Brunner, T. (2003). The nature and measurement of depression. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (2), 209 -234.
56. Vara Horna, A. (2006). *Aspectos generales de la depresión: Una revisión empírica*. Asociación por la Defensa de las Minorías: Lima.
57. Vallejo, J.: Teorías bioquímicas clásicas de la depresión. EN Vallejo, J., y Cuenca, E. *Depresión y Noradrenalina*. Doyma, Barcelona, 1999.