

Universidad de Belgrano  
Facultad de Humanidades  
Licenciatura en Psicología



Efectos del aislamiento social producidos por Covid-19, en la predisposición, desencadenamiento y/o mantenimiento de cuadros depresivos en la adolescencia tardía en Capital Federal, Argentina y su abordaje desde la Terapia Cognitiva Conductual

**Trabajo Final de Carrera**  
**Fecha de presentación**

**Alumna:** Felicitas Cavo

**Matrícula:** 21776

**ID:** 000-16-5857

**Tutor:** Lic. Lucas Dacunto

**Año:** 2022

Firma de la Alumna: \_\_\_\_\_

A handwritten signature in black ink, enclosed in a circular scribble. The signature reads 'Felicitas Cavo'.



# UB

## COVID19

Efectos del aislamiento social producidos por Covid-19, en la predisposición, desencadenamiento y/o mantenimiento de cuadros depresivos en la adolescencia tardía en Capital Federal, Argentina y su abordaje desde la Terapia Cognitiva Conductual

Alumna: Felicitas Cavo  
Matricula: 21776 ID: 000-16-5857

Tutor: Lucas Dacunto



---

# Índice

---

## **1. Agradecimientos**

## **2. Resumen**

## **3. Introducción**

- 3.1 Presentación del tema
- 3.2 Problema y Pregunta de investigación
- 3.3 Relevancia y justificación de la temática

## **4. Objetivos generales y específicos**

- 4.1 Objetivo general
- 4.2 Objetivos específicos

## **5. Alcances y límites del trabajo**

## **6. Antecedentes y Estado del arte**

## **7. Marco teórico**

### **Teoría General**

- 7.1 Trastorno depresivo mayor según el DSM 5
- 7.2 Terapia cognitiva de la depresión y sus síntomas
- 7.3 Depresión en Adolescencia

### **Teoría Sustantiva**

- 7.4 Pandemia
- 7.5 Salud Mental
- 7.6 Salud Pública
- 7.7 Factor de riesgo
- 7.8 Factor de protección
- 7.9 Factor Predisponente, Disparador y Perpetuador
- 7.10 Prevención y Tipos de Prevención
- 7.11 Aislamiento o Cuarentena

## **8. Desarrollo metodológico**

- 8.1. Procedimiento

## **9.0 Índice comentado**

### **10.1 Capítulo 1: Covid-19 y Pandemia**

- 10.1.1 Lugar y tiempo en la Capital Federal, Buenos Aires, Argentina. Referencia hacia el mundo
- 10.1.2 Gráficos y Datos Ministerio de Salud Buenos Aires, Capital Federal, Argentina
- 10.1.3 Aislamiento por Covid – 19
- 10.1.4 Confinamiento y Adolescencia
- 10.1.5 Investigaciones acerca del impacto de medidas de restricción por Covid-19

## **10.2 Capítulo 2: Factores de riesgo y protección de depresión en adolescentes.**

10.2.1 Presentación clínica de la Depresión en la adolescencia

10.2.2 Factores de riesgo de Depresión en la adolescencia

10.2.3 Factores de protección Depresión en la adolescencia

## **10.3 Capítulo 3: Eficacia de las técnicas de la Teoría Cognitiva Conductual para la depresión mayor en adolescentes**

10.3.1. Técnicas de la Terapia Cognitiva Conductual para la depresión mayor en adolescentes

10.3.2 Conceptos centrales para intervenir con técnicas específicas desde la TCC para abordar la depresión.

10.3.2.1 Objetivos Terapéuticos

10.3.2.2 Alianza Terapéutica y Empirismo Colaborativo

10.3.2.3 Triada Cognitiva de la Depresión

10.3.2.4 Activación Conductual

10.3.2.5 Registro de actividades placenteras

10.3.3. Relación entre depresión en adolescentes en pandemia y las intervenciones de TCA

## **11. Conclusión**

## **12. Referencias bibliográficas**

## 1. Agradecimiento

Agradezco a mi ser infinitamente por haber despertado mi amor por servir, a mis hijos y a mi compañero de vida por estar, y ser parte de este proceso trascendental en mi vida. Gracias Lucas por tu apoyo y paciencia.

## 1. Resumen

---

El presente trabajo final de carrera tiene por objetivo analizar los efectos de las medidas del aislamiento obligatorio por Covid-19 en relación a cuadros de depresión de adolescentes tardíos de la Capital Federal de Argentina analizando diversas posibilidades de intervención desde la terapia cognitivo conductual. Se establecen los criterios diagnósticos de la depresión de acuerdo a la clasificación en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría 5 (DSM 5). Se presentan los aspectos descriptivos que caracterizan al período de la adolescencia tardía y su relación con la depresión. Se analiza el aislamiento y medidas restrictivas del encierro por Covid-19, en la adolescencia.

Este estudio se realiza a través de una revisión bibliográfica en la que se recopilan y analizan investigaciones mundiales específicamente en Capital Federal, Argentina, evidenciando depresión en los adolescentes.

**Palabras claves:** COVID-19, cuarentena, confinamiento, distanciamiento social, salud mental, adolescencia, depresión, tratamiento cognitivo conductual, pandemia, trastorno de depresión mayor.

## 3. Introducción

### 3.1 Presentación del Tema

---

Según la Organización Panamericana de la Salud, (2012) la depresión es una enfermedad que interfiere en el día a día alterando las necesidades básicas como alimentación, sueño, así como la vida social, laboral. Gracias a investigaciones realizadas sabemos que la depresión se origina a partir del cruce de factores en la génesis, biología, ambiente y cognición de la persona. La depresión es una enfermedad caracterizada por un sentimiento persistente de tristeza y pérdida de interés en las actividades habituales, así como la incapacidad para realizar las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas. Las personas con depresión a menudo experimentan algunos de los siguientes síntomas: pérdida de fuerza; cambios en el apetito; necesidad de dormir más o menos de lo habitual; preocuparse; capacidad reducida para concentrarse; vacilante; preocuparse; sentirse inútil, culpable o sin esperanza; y pensamientos de autolesión o suicidio. "La depresión es el trastorno mental más frecuente, que más afecta a la población constituyendo una de las principales causas de discapacidad mundial". (OPS, 2012)

Según el DSM 5, (2013, p. 103) la depresión mayor es un trastorno de la afectividad que cursa con un estado de ánimo deprimido y constante, y una pérdida de interés o placer en casi la totalidad de las actividades de la vida cotidiana; así como también afecta a las emociones, los pensamientos y las conductas de las personas, durante al menos dos semanas.

Habiendo sido pronosticada la depresión mayor como la segunda causa de carga de enfermedad en el mundo para el 2020, según Umbarila, Pardo, Sandoval, (2004), es que irrumpe en ese mismo año, el Covid- 19, causando Pandemia.

Por este motivo creemos que son inimaginables los efectos de la privación social en la población, sobre todo la adolescencia, etapa del desarrollo vital del ser humano donde se pone en juego la necesidad de pertenecer. Esta pertenencia según Baumeister & Leary, (1995) parece tener múltiples y fuertes efectos en los patrones emocionales y en los procesos cognitivos de los adolescentes donde la interacción social es una necesidad humana básica. Las personas necesitan conformar vínculos interpersonales como motivación humana fundamental. Aunque el aislamiento fue más extremo que la reducción de la interacción social asociada con el distanciamiento físico, se sugiere que los adolescentes pueden verse afectados por la privación de sus necesidades sociales. Sentir una conexión insuficiente, repercute negativamente para la salud física y mental, y a largo plazo llevar a mayor mortalidad. (Baumeister & Leary, 1995).

### **3.2 Problema y Pregunta de investigación**

Pensamos ¿cuáles son los efectos que generan, las medidas restrictivas del aislamiento social preventivo obligatorio por motivos de la pandemia Covid-19, en la predisposición, desencadenamiento y/o mantenimiento de depresión en la adolescencia tardía? ¿Qué tipo de intervenciones desde la TCC puede abordar dichos cuadros?

La elección del tema de esta tesina se debe a la elevada prevalencia de trastornos depresivos que afecta y deteriora la calidad de vida, altera e interfiere sobre las relaciones interpersonales sobre todo en los adolescentes, etapa caracterizada por necesitar mayor interacción con los pares. Al ser uno de los motivos de consulta más frecuentes en la clínica de la salud mental

nos obliga seguir incursionando, investigando, estudiando para poder intervenir con abordajes que puedan favorecer y aportar valor a nuestra práctica.

### **3.3 Relevancia y justificación de la temática**

La Organización Mundial de la Salud, (de ahora en más OMS) el 13 de septiembre de 2021, declaró que la depresión es una enfermedad común en el mundo, pues se estima que afecta al 3,8% de la población. Puede convertirse en un grave problema de salud, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a severa. Puede causar gran angustia a la persona afectada e interrumpir sus actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos, puede conducir al suicidio. Cada año, más de 700.000 personas cometen suicidio siendo este la cuarta causa principal de muerte entre los 15 y los 29 años.

Rojtenberg (2006) y Mazzulla & Gómez (2011) concuerdan que la depresión se trata, del motivo de consulta más frecuente tanto para los psiquiatras como para los psicólogos.

En 2020, Antonio Guterres, el Secretario General de Naciones Unidas había expresado lo siguiente: “Tal es la repercusión de esta situación que podríamos afrontar en el futuro una seria crisis de salud mental”.

Por lo tanto, es un desafío, a partir de esta revisión bibliográfica, a modo exploratorio aportar a las investigaciones que se están realizando. Poder aunar material para reflexionar acerca del efecto de las medidas de restricción por Covid-19, como posibles factores de riesgo en la depresión adolescente, actuando como mantenedores del trastorno depresivo reforzando el bajo auto concepto, la autoimagen negativa, y el mundo, que aparece como amenazante. A su vez pensamos sería necesario construir programas de prevención e intervención para situaciones catastróficas de tal similitud, pudiendo así, advertir posibles suicidios en adolescentes.

## **4. Objetivos Generales y específicos**

### **4.1 Objetivo General**

Analizar los efectos del aislamiento social preventivo obligatorio y las restricciones impuestas por la pandemia del Covid-19, en adolescentes tardíos de Capital Federal, Argentina, en la predisposición, desencadenamiento y/o mantenimiento de cuadros depresivos y analizar posibles intervenciones desde el marco teórico cognitivo conductual.

### **4.2 Objetivos específicos**

-Examinar el nivel de incidencia de la pandemia en la salud mental de la franja etaria de adolescentes en Capital Federal, Argentina.

-Estudiar las características, principios generales y metodología de la TCC.

-Describir el término depresión, sus síntomas y características a partir del modelo cognitivo de Aaron Beck.

-Razonar los factores de riesgo y protección en adolescentes en relación a la depresión.



- Desarrollar conceptualmente la definición de adolescencia.
  - Conocer las técnicas cognitivo conductuales para el tratamiento de la depresión mayor y describir específicamente la técnica de Activación Conductual
- 

## **5. Alcances y límites del trabajo**

La presente tesina tiene por objetivo analizar los efectos de las medidas del aislamiento obligatorio por Covid-19 en relación a cuadros de depresión de adolescentes tardíos de la Capital Federal de Argentina analizando posibilidades de intervención desde el modelo cognitivo conductual. Si bien hubo otras pandemias en Argentina, solamente se describe la pandemia Covid – 19.

Se desarrollan brevemente los criterios diagnósticos de la depresión en base a la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico DSM 5. Si bien hay investigaciones que aluden a que el aislamiento social obligatorio ha traído como consecuencia estadios de ansiedad y depresión, solamente se incluirá aquellos cuadros y casos clínicos en los que se presenta una depresión mayor. Cabe aclarar que no se incluirán otras categorías diagnósticas del DSM. A su vez si bien dentro de los ítems que el DSM 5 considera como depresión mayor, la ideación suicida, no se toma en cuenta situaciones, donde esto se manifieste.

A su vez presentamos los aspectos descriptivos que caracterizan al período de la adolescencia tardía, franja etaria de 17 a 21 años (a más) desde autores provenientes de la psicología del desarrollo. Se deja de lado la adolescencia temprana, y media, así como adolescente con antecedentes previos con algún tipo de trastorno mental y jóvenes con discapacidad. No se toma en cuenta a los adultos.

Existen diferentes conceptualizaciones sobre la depresión. Lo que se describe es la génesis de este trastorno enmarcada por la teoría cognitivo conductual. Se excluye el concepto de este trastorno de depresión desde el fenómeno de las neurociencias, el enfoque sistémico y el psicoanalítico.

## **6. Antecedentes y Estado del Arte**

Se examina un recuento de algunas investigaciones que describen lo que hoy se conoce como trastorno depresivo.

En el desarrollo de la civilización, las causas de los trastornos mentales se vieron afectadas por creencias en fenómenos sobrenaturales, específicamente en la influencia de los espíritus. La depresión es casi la única alteración mental descrita claramente en la literatura poética y médica desde la antigüedad hasta nuestros días. Homero, Plutarco, Hipócrates, y Areteo, la describieron tan claramente como cualquier observador moderno y no solo la describieron, sino que la distinguen de entre otras alteraciones mentales. (Zoch Zanini, 2002).



Homero en el 400 a. C., conceptualizó a los trastornos mentales como “mainé” y “melancolía”.

Alonso (2009) describe que Soranos de Ephesus expresó que los síntomas principales de los trastornos mentales eran la tristeza, deseos de morir, tendencia al llanto, irritabilidad en ocasiones y suspicacia acentuada. Alonso, A. (2009). El autor refiere que en 450 a. C., Hipócrates, describe con el término “melancolía”, a la depresión, siendo la primera alusión científica.

Avanzando en el tiempo, Zoch Zannini (2002), expresa que en la Edad Media entró en la psiquiatría un largo período de oscuridad que dio lugar a la creencia popular de los poderes sobrenaturales como, la magia, el pecado, demonología, etc., pero todavía hay quienes rechazan estos puntos de vista y asimilan el conocimiento acumulado (Bright, Burton, Willis, Becker).

En este mismo siglo, René Descartes, y a posteriori muchos otros, entendieron al hombre como una dualidad mente-cuerpo. Se entendía al concepto de salud, como una separación donde tanto mente como cuerpo, trabajaban como sistemas independientes. El buen funcionamiento del organismo físico por un lado y la mente por otro, forman parte de un todo que debe hallar un equilibrio.

A su vez en el siglo XV, Vallejo (2011), describe que Galeno compiló su conocimiento de los trastornos mentales y dividió sus razones en orgánicas y mentales. El autor considera que la salud mental depende de la armonía entre la parte racional, irracional y sensual del alma. Durante el Renacimiento, el tratamiento de las enfermedades mentales fue realizado por monjes en monasterios. El poder mágico y el exorcismo eran el fundamento para los conocimientos en atención a enfermos mentales. A posteriori se utilizaron todos los medios que pudieran detectar y eliminar la brujería por lo que el tratamiento solía finalizar en la hoguera. La idea mágica de la salud mental fue desapareciendo lentamente con tendencias religiosas. La nueva visión del concepto de enfermedad mental puede atribuirse a los desarrollos de Johann Weyer, quién por primera vez denunció formalmente a la demonología como forma de tratar a los enfermos.

En el siglo XVIII, Pinel convierte a los sanatorios en centros dignos y humanos, comenzando a quebrar el paradigma de la alienación mental donde al paciente se lo encerraba en manicomios, adjudicándole locura mental. Representantes de la psicología descriptiva francesa como Pinel, Esquirol y Baillarger, aportaron mayor precisión a este tipo de alteraciones. Esquirol sugirió que la melancolía era un delirio crónico, parcial, sin fiebre, definido y sostenido por una pasión triste, debilitante o depresiva. A finales de siglo, en 1896, Kraepelin, en su tratado sobre las enfermedades mentales, agrupó y clasificó todos los síndromes depresivos y fue el primero en considerar manía y depresión como parte de una misma enfermedad. Fue Leonhard, casi medio siglo después, en 1957, quien distinguió la depresión unipolar y bipolar. (Zoch Zannini, 2002).

A solo 4 años, Emil Kraepelin en 1899 llama a la melancolía invisible un tipo de depresión de inicio tardío, que comienza en la menopausia en las mujeres y en la edad adulta en los hombres. La depresión ocupa un lugar importante en la psiquiatría de Kraepeliana clásica y ha formado parte relevante del espacio psicótico, que es una de las tres principales referencias diagnósticas, junto a neurosis y a las psicopatías.

Desde la Asociación Americana de Psiquiatría, se analiza los trastornos del estado de ánimo como una categoría diagnóstica separada. Distingue claramente el trastorno depresivo del trastorno de personalidad y la depresión reactiva. El trastorno depresivo mayor se incluye dentro de los trastornos del estado de ánimo, no coincide con la neurosis ni con la psicosis. (Linares y Campo, 2000)

Analizaremos el concepto de adolescencia desde varios autores. Definiremos las características de esta etapa vital del desarrollo de identidad del adolescente, para luego poder entender el efecto de las medidas de restricción por Covid-19, en el mantenimiento, desencadenamiento o la predisposición de depresión en los adolescentes.

Fernández Alvarez (1992) conceptualiza a la adolescencia, como una etapa esencial y un modo importante en el desarrollo de la identidad. Entendemos como fundamental en esta tesina, el concepto de Baumeister & Leary, (1995), para comprender cómo puede afectar el aislamiento social preventivo y obligatorio en esta franja etaria, analizando que las interacciones sociales se proponen como una necesidad humana básica, análoga a otras necesidades fundamentales como el consumo de alimentos o el sueño.

Según Thomas, (2015), ésta no era considerada como una etapa, con lo que los niños entraban directamente al mundo de la adultez. Este autor describe y analiza la historia de la adolescencia expresando que en la era del jazz (1920-1930), se sucedieron los clásicos románticos, las grandes fiestas y el momento de Charleston donde lo considerado como joven empieza a tener relevancia. Una década después llegó la Gran Depresión de 1929, cuando muchos adolescentes se vieron obligados a trabajar y abandonar la escuela para suplir la falta de alimentos en sus hogares. En la década de 1940, en la posguerra, los adolescentes se encontraban en un período lleno de entusiasmo y un auge económico que aumentaba sus capacidades. Durante la década de 1950, la atención pública se centró en los jóvenes que regresaban de sus trabajos como soldados con una visión diferente de la realidad. A partir de la década de 1960, se comenzó a sospechar que los adultos comenzaron a ser vistos como viejos de épocas atrasadas. Esto se reflejó en la música, con el surgimiento del Rock and Roll y el poder de la juventud expresado a través de los sonidos rebeldes de este ritmo. En 1970 se impuso la cultura popular: llegó la música pop, hippies, protestas. Las escuelas secundarias se convirtieron en lugares de protesta y expresión. A partir de 1980, Douglas Coupland popularizó el término "Generación X" después de su novela. Esta generación está marcada por la música, las drogas, la apatía política y la rebeldía. Las industrias de la moda, la música, la cosmética, la automoción y el deporte centran su atención en los consumidores y el poder adquisitivo de los adolescentes. Fue a partir de la década de 1990 cuando finalmente se consideró

que la cultura juvenil existía sin discusión. Los adolescentes se están convirtiendo en el grupo más estudiado de todos los tiempos. La adolescencia tiene sus propias modas, hábitos, ideas, valores, preocupaciones e inquietudes. Thomas, (2015)

Los adolescentes son entendidos de diferentes maneras: en el siglo XVII como salvajes que necesitaban ser civilizados; en el siglo XX como revolucionarios y consumidores, y hoy, tal como cita Feixa en su ensayo del 2005, "La Habitación de los Adolescentes", se caracterizan por la dependencia económica, falta de espacio, responsabilidad, y madurez intelectual creciente.

Alonso (2009), expresa lo que Pinel en 1809 conceptualiza acerca de la adolescencia entendiéndola, como un momento donde se debe contemplar la paciencia, firmeza, sentido de humanidad para guiarlos y cuidado constante para evitar arrebatos de ira y frustración. Agrega que es a partir de mediados del S. XIX, que los libros que analizan anomalías psicológicas, empiezan a incluir secciones dedicadas a los niños.

Tal como uno de nuestros objetivos específicos planteados abordaremos la tesina desde el marco cognitivo conductual, siendo Beck y Ellis padres de esta teoría. Según Kirszman (2004), tal como cita Ellis (1913), observa que la tasa de éxito de su tratamiento aumentaba y que las personas, aunque eran capaces de comprender completamente su comportamiento (insight), generalmente no corregían su comportamiento y se estancaban en este nivel. Ellis publica su modelo A B C para la terapia, en 1958 donde, afirma que el trastorno afectivo surge no directamente de hechos significativos de la vida actual o de hechos pasados, sino de ciertas creencias o afirmaciones irracionales en las que el usuario había adquirido y en las que se "autoadoctrinaba". Su terapia constituye lo que se conoce como "Terapia Emocional Racional".

En cuanto a la TCC, Beck, Rush, Shaw & Emery, (1983) explican que, en 1956, las primeras conceptualizaciones de esta terapia para la depresión surgen, a partir de la decisión del mismo Beck, de oponerse a algunas de las concepciones Freudianas sobre la depresión. Las reacciones negativas que se basaban en las hipótesis psicoanalíticas de la hostilidad vuelta hacia el yo, impulsaron a Beck a buscar nuevas explicaciones para descifrar este tipo de conductas.

## **7. Marco Teórico**

### **Teoría General**

#### **7.1 Trastorno de depresión mayor según DSM 5**

El DSM 5 (2014) establece que para el diagnóstico de un Trastorno de depresión mayor es necesario que se cumpla con los siguientes criterios:

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

- 1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas. Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.
- 2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
- 3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (por ejemplo, modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.
- 4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- 5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
- 6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- 7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo)
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).
- 9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso descritas en el Criterio A, que pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser incomprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería considerar atentamente la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un. Trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

## **7.2 Terapia cognitiva de la depresión y sus síntomas**

Pensamos en la depresión mayor desde la TCC, haciendo énfasis en los autores Albert Ellis y Aaron Beck, ya que los orígenes psicológicos de la psicoterapia cognitiva se remontan a diferentes desarrollos en diferentes campos psicológicos y tienen como fundadores a estos dos autores.

La terapia cognitiva, propuesta por Aaron Beck, consiste en una intervención activa, directiva, estructurada y de tiempo limitado utilizada para problemas de salud mental. Se basa en el supuesto teórico de que el comportamiento de un individuo está determinado por la forma en que construye el mundo: sus pensamientos se basan en esquemas mentales desarrollados a partir de experiencias pasadas. Las técnicas terapéuticas buscan identificar y cambiar los conceptos distorsionados y las creencias erróneas que subyacen a las cogniciones. Al analizar y cambiar sus pensamientos, el paciente aprende a resolver problemas que antes pensaba que eran insuperables. Un enfermo mental debe pensar y actuar más acorde con sus problemas, reduciendo o eliminando los síntomas. (Beck, 2005).

Gardeta Gomez (2008, pág. 4-5), expresa que, desde el punto de vista cognitivo, son los individuos los que, al evaluar, clasificar el mundo que los rodea, asignan un significado a los estímulos. Es importante resaltar que como expresa este autor, no es tan relevante que el suceso sea objetivo o subjetivo, real o deformado sino la vivencia que la persona tiene de él mismo.

Según Kirszman (2004), tal como cita Ellis (1913), este autor fue cambiando paulatinamente su modelo terapéutico desde una perspectiva psicoanalítica más clásica, pasando a una perspectiva más neofreudiana hasta llegar a un modelo propio. Con estas modificaciones, observó que la tasa de éxito de su tratamiento aumentaba y que el usuario del sistema, aunque eran capaces de comprender completamente su comportamiento (insight), generalmente no corregía su comportamiento, lo cambiaban y se estancaban en este nivel. Ellis publicó su modelo A B C para la terapia, en 1958 donde, afirma que el trastorno afectivo surge no directamente de hechos significativos de la vida actual o de hechos pasados, sino de ciertas creencias o afirmaciones irracionales en las que el usuario del sistema había adquirido y en las que se "autoadoctrinaba". Su terapia constituye lo que se conoce como "Terapia Emocional Racional".

En cuanto a la TCC, Beck, Rush, Shaw & Emery, (1983) explican que, en 1956, las primeras conceptualizaciones de esta terapia para la depresión surgen, a partir de la decisión del mismo Beck, de oponerse a algunas de las concepciones Freudianas sobre la depresión. Las reacciones

negativas que se basaban en las hipótesis psicoanalíticas de la hostilidad vuelta hacia el Yo, impulsaron a Beck a buscar nuevas explicaciones para descifrar este tipo de conductas.

Por lo hasta aquí mencionado podemos evidenciar como Beck en su teoría entiende que las personas deprimidos no tienen por qué sufrir. En cambio, existe una tendencia a evitar comportamientos que, en presencia de otros, puedan generar rechazo o protesta. Por ello, el usuario del sistema deprimido adquiere conductas que cree serán reprobadas por los demás.

Beck et al., (2005) expresa que las técnicas terapéuticas intentan identificar y corregir los conceptos distorsionados y las falsas creencias que subyacen a la percepción. La persona aprenderá a lidiar con problemas que antes consideraba insuperables reevaluando y revisando su forma de pensar. Se espera que los sujetos con enfermedades mentales piensen y actúen de manera más adaptativa sobre sus problemas, reduciendo o eliminando los síntomas.

Para que luego entendamos cuales son las estrategias en la práctica para poder tratar a los adolescentes con depresión mayor, detallaremos tanto las cognitivas como las conductuales.

Por un lado, las técnicas cognitivas ayudan a identificar y poner a prueba las falsas creencias de las personas con enfermedad mental. Su objetivo es enseñar al usuario del sistema a controlar sus cogniciones negativas, identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta, sustituir las cogniciones desadaptativas por interpretaciones más funcionales, y finalmente modificar las creencias erróneas que le predisponen a la distorsión de sus experiencias.

Por otro lado, las técnicas conductuales, se utilizan para modificar el comportamiento y ayudar a las personas a evaluar esquemas cognitivos y cognitivos disfuncionales. Los terapeutas colaboran activamente con las personas para explorar sus experiencias psicológicas y desarrollar actividades y tareas para hacer en casa, es decir, entre sesiones de tratamiento (Beck, 2005).

La tríada cognitiva, los esquemas, y los errores cognitivos, son los tres conceptos que subyacen al sustrato psicológico de la depresión del modelo cognitivo. Los patrones cognitivos de la triada cognitiva son: considerarse asimismo de manera negativa, al futuro y al mundo como amenazante. (Beck, 2005).

Los pacientes se consideran indignos y atribuyen sus experiencias desagradables a sus propias deficiencias. En cuanto a cómo explicar sus experiencias, el individuo argumenta que el mundo le presenta obstáculos insuperables, lo que desemboca en que se frustre y decepcione. En cuanto a la percepción del futuro, las personas deprimidas creen que sus sufrimientos y dificultades actuales continuarán indefinidamente. Los esquemas de configuración organizan la estructura del pensamiento, son esquemas cognitivos estables que forman la base para la regularidad de las interpretaciones de un fenómeno. Ante una situación que involucra una variedad de dimensiones probablemente, los usuarios con depresión seleccionan selectivamente ciertos estímulos y conceptualizan situaciones de manera distorsionada adaptándose a un esquema inapropiado. Su

pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, incluso cuando no existe una conexión lógica entre las situaciones reales y su interpretación (Beck, 2005).

Los errores cognitivos son errores sistemáticos en el procesamiento de la información. En la depresión, estos últimos perpetúan las creencias de las personas sobre la validez de sus ideas negativas. Entre ellos: la abstracción selectiva, que implica centrarse en un detalle fuera de contexto, ignorando otras características relevantes de la situación; generalización excesiva, incluida la extracción de una conclusión general a partir de uno o más hechos aislados; y la personalización, refiriéndose a la tendencia del usuario del sistema a atribuirse fenómenos externos a sí mismos en ausencia de esta asociación (Beck, 2005).

Entendemos que la depresión mayor según Beck (2005) incluye componentes afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos. Cada componente está interrelacionado, por lo que la mejora en una de las áreas problemáticas afecta a la otra. Las personas con depresión tienden a verse a sí mismas, sus experiencias y su futuro de manera negativa. La persona malinterpreta sistemáticamente sus experiencias en función del contenido de sus pensamientos. Las creencias negativas afectan los síntomas de la depresión: tristeza, pasividad, culpa, falta de alegría e ideación suicida. Se establece un círculo vicioso en el que pensamientos negativos, sentimientos de incomodidad, falta de motivación y pasividad se refuerzan entre sí.

Para que podamos evaluar a los adolescentes con depresión mayor en pandemia es necesario comprender los síntomas que surgen en personas depresivas, quienes a menudo expresan al contexto emociones de infelicidad, tristeza y estos los describen a partir de sensaciones físicas. Algunas personas tienen episodios alternos de tristeza y otros tienen un estado de ánimo depresivo crónico; así como se pueden observar episodios de llanto, aumentando la culpa y la vergüenza (Beck, 2005). La tendencia es evitar y afrontar las actividades de la vida, que se deben a la falta y ausencia de motivación. Aunque el usuario del sistema sepa que es lo que tiene que realizar, queda sin ejecutar la acción debido a su creencia de incapacidad. Esto coloca a estas personas depresivas en lugares de dependencia pidiendo asistencia al entorno para sus quehaceres de la cotidianidad.

Las personas con depresión tienden a interpretar cualquier carencia de sí mismos como la causa de sus problemas psicológicos, lo que los vuelve autocríticos. También es característico el pensamiento absoluto, por el cual las personas deprimidas tienden a emitir juicios y asignar significado a sus experiencias de manera extrema y unilateral, conceptualizando las situaciones como todo o nada. Los problemas de memoria y la dificultad para concentrarse también suelen presentarse en estos individuos, así como otros síntomas, como la pasividad e inactividad, observados a partir de un enlentecimiento psicomotriz.

Por lo tanto, concluyendo podemos analizar que la depresión se explica por tres conceptos específicos anclados desde una base de creencias o afirmaciones irracionales: a) Una tríada



cognitiva formada por una visión negativa de uno mismo, b) una tendencia a interpretar las propias experiencias de forma negativa y c) una visión negativa del futuro. Las personas deprimidas se enfrentan a problemas de habilidades sociales caracterizadas por un sentimiento de inferioridad haciendo que la persona evita a los demás, por falta de puesta en práctica de estas habilidades sociales.

### **7.3 Depresión en adolescencia**

La adolescencia hace referencia a una etapa del ciclo vital de la persona en el que se suceden multiplicidad de cambios que afectan a los diferentes aspectos de la vida. Durante este período, se producen transformaciones del cuerpo, la mente, las relaciones familiares y sociales (Moreno y del Barrio, 2005).

García Alonso, A. (2009) expresa que es en esta relación de los adolescentes con sus semejantes generacionales que pueden verse influenciados en la consolidación y búsqueda de esa identidad.

Hawkley & Cacioppo, (2010) están de acuerdo con la hipótesis de pertenencia, donde las personas forman fácilmente relaciones sociales en la mayoría de las condiciones y se resisten a la disolución de las relaciones existentes. La pertenencia parece ser relevante para los esquemas emocionales y los procesos de la cognición. Sentirse inadecuadamente conectado con los demás se ha relacionado con consecuencias negativas profundas y a largo plazo para la salud física y mental, que incluso conducen a una mayor mortalidad.

Lam, McHale & Crouter, (2014) analizan que junto con los cambios hormonales y biológicos asociados con la pubertad, la adolescencia es una época de profundos cambios psicológicos y sociales. Durante la adolescencia, el mundo social y las interacciones entre pares que permite se vuelven cada vez más importantes. En comparación con los niños (menores de 10 años), los adolescentes pasan más tiempo con sus pares que con la familia y forman relaciones más complejas con sus pares. En este mismo año, Blakemore & Mills (2014), describe que la adolescencia representa un período sensible para la interacción social.

Según Gaete (2015) la búsqueda de identidad en el adolescente, proceso que conlleva una experimentación de cambios a nivel físico y psíquico, pone de manifiesto ciertos aspectos como la aceptación del propio cuerpo y la personalidad, el conocimiento objetivo, la identidad sexual, la identidad profesional, la filosofía de vida, e identidad moral. El adolescente tiene como tarea lograr la autonomía, independizándose emocional y económicamente de sus padres. Para lograrlo deben, por un lado, separarse gradualmente de su familia de origen, pudiendo establecer una autorregulación emocional, migrando a un grupo de pares logrando establecer vínculos con todos ellos.

Esto nos lleva a pensar en los efectos negativos de que tal privación del contacto social durante el período de distanciamiento físico haya causado y afectado a la población en general, sobre todo a los adolescentes, como expresan Sawyer, Azzopardi, Wickremarathne & Patton (2018).

Por lo tanto, podemos dar cuenta de la evidencia que existe, de que los adolescentes son hipersensibles a los estímulos sociales y los efectos negativos de la exclusión social. En esto Blakemore, et al., (2014), refieren que las áreas del cerebro social experimentan cambios estructurales y una reorganización funcional durante la segunda década de la vida, lo que posiblemente refleja un período sensible para adaptarse al entorno social de uno. Todos aquellos cambios que se producen en el entorno y contexto social durante la adolescencia interactúan con un incremento de las funciones ejecutivas, así como una mayor sensibilidad desde lo social que influye en comportamientos de los adolescentes.

A su vez otros autores comparten lo dicho anteriormente, como Orben et al., (2020) que sostienen que la adolescencia es un período de la vida caracterizado por una mayor sensibilidad y una mayor necesidad de interacción con los compañeros. Las medidas de distanciamiento físico ordenadas a nivel mundial para contener la propagación de COVID-19 redujeron radicalmente las oportunidades de los adolescentes para entablar contacto social cara a cara fuera de su hogar. La privación social en la adolescencia puede tener consecuencias de gran alcance. Los estudios en personas demostraron cuán importante es la aceptación y la influencia de los compañeros en la adolescencia.

Creemos como dicen Espada, Orgilés, Piqueras & Morales, (2020), que además del contexto de familia y entorno, también es importante destacar los factores individuales, así como los sociales, considerar los antecedentes de adversidad, afrontamiento de estos adolescentes que de manera conjunta podrán modular alguna amenaza posible.

Por lo tanto, concluyendo, entendemos que los adolescentes son hiper-sensibles a estímulos sociales, a efectos negativos de la exclusión social y presentan una mayor necesidad de interacción con los compañeros y pares. Nos preguntamos si la privación del contacto social cara a cara fuera del hogar trae consecuencias graves de la salud mental en esta franja etaria.

Acosta-Hernández, et al., (2011) expresan que cualquier persona puede sufrir depresión, sin importar su edad, grupo étnico o género. Estudios epidemiológicos indican que este desorden se presenta en alrededor de un 3 a 8% de los adolescentes, mientras que en los adultos se presenta en promedio un 4.5% de la población. (Acosta-Hernández, et al., 2011)

En 2015, Fernández, Pérez, Gloger & Krause analizan que frente a los cambios que surgen durante la adolescencia, es posible, puedan aparecer, trastornos del estado de ánimo (Trastorno depresivo mayor · Trastorno bipolar · Trastorno afectivo estacional · Trastorno ciclotímico · Trastorno disfórico entre otros). Se agrega también a la investigación que la psicoterapia cognitivo conductual se puede utilizar como una herramienta privilegiada de intervención en un momento evolutivo de

revisión de aspectos centrales para el desarrollo posterior, y a su vez puede funcionar como acción preventiva para la salud mental de los futuros adultos. (Fernández, Pérez, Gloger & Krause, 2015)

En 2018, García Suárez & Parada Rico, conceptualizan que durante la última década los adolescentes han sido percibidos por la sociedad, como un grupo etario particular y sujeto de atención, lo que ha llevado a diferentes estados a adoptar, normas que establecen obligaciones y derechos para ellos. Los autores agregan que la adolescencia se desarrolla como una etapa esencial para la construcción de significados y el logro de la autonomía que permitirá la adopción de patrones de conductas y hábitos funcionales.

Según la OMS (2018), "la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y los 19 años; por su parte, para el Código Civil Argentino (Ley N° 26.994 de 2014) la adolescencia abarca desde los 13 hasta los 18 años (art. 26)".

En esta tesina describiremos la adolescencia tardía que comprende la etapa entre 18 a 21 años o más. En este periodo los jóvenes han completado el desarrollo físico, alcanzando la altura definitiva que tendrán como adultos. Suelen tener más control de sus impulsos, sopesar riesgos y recompensas con más precisión. (Allen, y Waterman, 2019).

Orben, Tomova & Blakemore, (2020) sostienen que la adolescencia es un período de la vida caracterizado por una mayor sensibilidad y la necesidad de interactuar más con los pares. Entendemos que las medidas de distanciamiento físico ordenadas a nivel mundial para contener la propagación de COVID-19 redujeron radicalmente las oportunidades de los adolescentes para entablar contacto social cara a cara fuera de su hogar. Estos autores sostienen que la privación o exclusión social en la adolescencia puede tener consecuencias de gran alcance, pero hay poca investigación sobre los efectos del aislamiento en el desarrollo de esta franja etaria.

Es por esto que resulta imperativo la necesidad de explorar el efecto de la cuarentena, así como la necesidad de contemplar la evolución de las consecuencias post-pandémicas en la salud mental de la población.

En 2020, la OMS, refiere que la adolescencia es un período crítico para la adquisición de habilidades socioemocionales, especialmente cuando la mitad de los trastornos de salud mental ocurren de forma espontánea y se manifiestan antes de los 14 años. En cuanto a datos estadísticos en 2021, la depresión afecta a 264 millones de personas y es una de las principales causas de discapacidad. En muchos casos, incluso puede conducir al suicidio, siendo que más de 700.000 personas se suicidan anualmente por este trastorno, y a su vez es la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 29. En la última década, el número de casos ha aumentado en un 20%, lo que la convierte en la primera causa de discapacidad mundial. (OMS, 2021).

¿Soledad, aislamiento, es lo mismo? Varios estudios se han centrado en la soledad en los seres humanos, pero entendemos que la soledad humana no es fácil de estudiar experimentalmente, ya que la soledad no es un simple producto de la privación social objetiva: las personas pueden estar solas sin sentirse solas o sentirse solas incluso entre una multitud. Por lo tanto, nos podemos hacer varias preguntas como ¿Qué consecuencia se produce cuando un adolescente se siente solo y a su vez está obligado y restringido de sus interacciones sociales? ¿Los adolescentes son psicológicamente más vulnerables o tienen mayor capacidad de adaptación? ¿Cómo prevenir el impacto en la salud mental en adolescentes a causa del encierro y medidas restrictivas? ¿De qué modo la terapia cognitivo-conductual podría contribuir al tratamiento de la depresión en adolescentes?

## **Teoría Sustantiva**

### **7.4 Pandemia**

Ledermann (2003) analiza que la primera gran pandemia de la antigüedad se registró durante el reinado del emperador Justiniano en el siglo VI d.C.; duró sesenta años y terminó con viruela. Luego la famosa Peste Negra que asoló a toda Europa entre 1347 y 1382, iniciándose según varios relatos en Cathay, China. Este autor observa que acercarse a una persona afectada, durante las primeras pandemias, aumentaba el riesgo de enfermedad. Así nació el concepto de infección aerotransportada. Posteriormente Ledermann (2003) examina que la ropa del difunto también puede transmitir esta enfermedad. Estas observaciones se confirmaron en su mayoría durante la Peste Negra debido a su duración y magnitud, que explicaron muchas de las observaciones. Las consecuencias fueron dos conceptos preventivos: el aislamiento (como una huida) y el acordonamiento (cuarentena, protección de fronteras).

A partir de principios del siglo XX predominó la enfermedad provocada por la influenza, ya finales de ese siglo surgió la pandemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Los expertos han señalado la Peste de Justiniano, y la muerte negra, como el desastre más grave por su mayor letalidad y sus efectos sobre la salud y el desarrollo social de la época, hasta el siglo XX, cuando surge la epidemia del VIH. (Castañeda Gullot & Ramos Serpa, 2020).

Comprendemos como cita Ventura Velázquez (2011) que en situaciones de crisis (guerras, desplazamientos forzados, migraciones, desastres naturales, epidemias, etc.), las consecuencias para la salud física de las personas son evidentes, por lo que han sido foco de atención médica desde que surgió como ciencia. Sin embargo, el estudio de sus afectaciones psicológicas es relativamente reciente y no ha sido completamente estudiada.

Podemos entender que esta pandemia del Covid-19 ha creado una notable crisis sanitaria, con consecuencias sociales, económicas y sociales y al igual que en otros desastres y emergencias humanitarias, se han producido cambios abruptos en la dinámica de las relaciones que han tenido un impacto significativo en la salud mental tal como analiza Ramos Valverde (2013). Para poder

describir los efectos en la vida emocional de los adolescentes en la Capital Federal de la Ciudad de Buenos Aires a partir de las medidas restrictivas del aislamiento preventivo social obligatorio debemos entender que es una pandemia.

El término pandemia refiere a una epidemia que se propaga por muchos países y afecta a muchas personas en un área, mientras que epidemia se refiere a una enfermedad que afecta a un gran número de personas o animales en un lugar durante un cierto período de tiempo.

Según Mojica-Crespo & Morales-Crespo, (2020) a fines de diciembre de 2019, se informó una serie de casos de neumonía atípica, de etiología desconocida, en Wuhan, China. Unos días después, el agente causal fue identificado como un nuevo coronavirus. Este nuevo coronavirus se llama SARS-CoV-2, y la enfermedad que causa se llama COVID-19. Se cree que el origen de este nuevo virus es de animales a humanos, siendo los murciélagos su posible vector. A medida que el rápido aumento del número de infecciones y muertes ocurrió primero en China y luego en todo el mundo, la transmisión de este virus evolucionó rápidamente de un brote aislado en un área de China a una emergencia sanitaria de interés internacional y luego a una pandemia. Evidencias de factores estresantes posteriores a la cuarentena, pueden ser las dificultades económicas provocadas por el aislamiento, el estigma asociado a estar enfermo o en contacto directo con alguien que lo ha tenido, y por último también la enfermedad o muerte de quien lo ha tenido. Esto ha originado insomnio, irritabilidad, disminución de la concentración, estrés agudo y postraumático, consumo de alcohol u otras sustancias, aparición de trastornos de ansiedad y depresión que se observan durante la cuarentena y podría surgir hasta 3 años después.

Investigaciones en 2020, de Leal Becker analizan que en la experiencia de culturas antiguas que se ocupaban de enfermedades infecciosas, las sociedades medievales observaron un vínculo entre períodos de tiempo y la aparición de los síntomas. La primera cuarentena conocida fue en Ragusa (Croacia) en 1377, donde todos los que llegaban tenían que esperar 30 días en la cercana isla de Lokrum antes de ingresar a la ciudad. Este plazo de 30 días podrá ampliarse a 40 días (cuarentena). La cuarentena fue una de las medidas efectivas contra la peste negra, y su uso se extendió rápidamente por Europa.

Nos preguntamos si hoy, existe alguna diferencia entre lo que en el siglo pasado se entendía por aislamiento o cuarentena.

Como observación final, entendemos que la mayoría de las epidemias no lograban convertirse en pandemias debido a que a principios del siglo XX los virus y las bacterias eran transportadas por el movimiento humano en barcos y ferrocarriles, dejando de lado al medio aeronáutico. Solo se establecieron cuarentenas para los barcos que arribaban o dejando a las personas aisladas en islas (Pérgola, 2014) a diferencia del Covid-19 donde se dictaminó aislamiento social preventivo y obligatorio a un país completo, confinado y encerrado en los hogares afectando así a la población entera.

Por lo tanto, para poder describir la relación del aislamiento social preventivo y obligatorio por el Covid y la depresión mayor en los adolescentes de la Capital Federal de Ciudad de Buenos Aires, detallaremos las siguientes investigaciones realizadas en Argentina por orden cronológico.

A través de un reciente sondeo realizado por Unicef (2020) analizamos que la crisis del COVID-19, ha tenido un importante impacto, en la salud mental de las y los adolescentes y jóvenes de Latinoamérica y el Caribe. Este estudio reveló rápidamente las opiniones de 8.444 personas compuestas por adolescentes y jóvenes cuya edad se ubicaba entre 13 a 29 años de edad, en nueve países y territorios de la región. Los resultados de este sondeo fueron de: 15% tener depresión, 27% reportar sentir ansiedad, 46% tener menos motivación para realizar actividades que antes disfrutaba, un 36% sentir menos motivación para realizar sus actividades rutinarias.

Podemos pensar haciendo una analogía que, en un aula de 30 adolescentes, entre 5 y 6 puede estar padeciendo depresión, ya que un 15% lo reporta.

La Fundación Agilé, luego de 100 días de confinamiento en junio 2020, elaboró una encuesta con el objetivo de relevar las percepciones de los adolescentes ante el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, explorando hábitos, emociones, conductas y relaciones con pares y familias. La muestra se conformó de 1.068 adolescentes de entre 12-18 años. A partir de la pandemia, la encuesta dio que el 51% empeoró en torno al nivel de irritabilidad, el 48% en relación a la ansiedad y el 47% en su estado de ánimo en general. El 39% refiere haber empeorado en relación a la depresión.

Podemos concluir que las medidas de aislamiento, como las restricciones e incertidumbre, han causado un gran efecto en la población adolescente. Las percepciones de los adolescentes fueron siempre negativas y estuvieron relacionadas a las restricciones en el contacto y los vínculos sociales, en los impedimentos de actividades, duelos por ciclos y proyectos inconclusos, y en consecuencia vemos cómo esto ha provocado un grado elevado trastorno depresivo en los adolescentes.

Ampliaremos con otra encuesta de Herrera-Paz (2020) sobre el impacto psicosocial de la pandemia de Covid -19 de Buenos Aires, para analizar el impacto del aislamiento social en los hábitos saludables y algunos aspectos psicológicos, sociales, conductuales, junto a las restricciones impuestas por la pandemia en el área metropolitana de Buenos Aires (AMBA). La investigación se convocó a través de redes sociales, concluyendo con un estudio que argumenta que el bienestar psicológico y los hábitos sanos se ven amenazados por el confinamiento establecido para contener la transmisión de la COVID-19. Al evaluar los aspectos psicológicos del aislamiento social, el 54,4% de los participantes reportaron experimentar tristeza (ganas de llorar, apenarse o sufrir), el 41,1% expresaron sus sentimientos de depresión (desgana, falta de voluntad y desesperación) y el 49,9 % que admite sentimientos de ansiedad (agitación, miedo, incertidumbre o sensación de desastre). Se

evidencia una tendencia estadísticamente significativa en los sentimientos de tristeza en los participantes más jóvenes lo que demuestra el efecto en este grupo etario.

Habiendo atravesado dos años de pandemia y aun sin haber finalizado la misma, podemos evidenciar las consecuencias en la salud mental de los adolescentes a causa de estas medidas de restricción, tal como expresa Roberto Mato, jefe de la Unidad de Menores y Transición del Hospital Garrahan, quien agrega: “A los adolescentes les pasó de todo. La pandemia y sus consecuencias trajeron muchos desencadenantes: los trastornos que se venían generando, se profundizaron; situaciones que estaban estables, se desestabilizaron. Se incrementaron la depresión, la ansiedad y la sensación de soledad”. La pandemia ha aumentado el deterioro de la salud mental de los adolescentes (Ayuso, 2022)

Entendemos que nos encontramos en un momento histórico sin precedentes, donde las escuelas son testigos de esta crisis de salud mental en la adolescencia. Docentes, rectores, equipos psicopedagógicos y voceros del Ministerio de Educación de la ciudad y la provincia de Buenos Aires denuncian un incremento de diversas enfermedades mentales observadas en las escuelas secundarias, especialmente desde la pandemia: depresión, ansiedad, fobias, trastornos alimentarios, pánico ataques y autolesiones, entre otros. En muchos casos, el riesgo se descubre en el aula. Testimonios impactantes como “Pedro dibujaba un cuerpo en una morgue, figuras de fantasmas, la palabra muerte escrita de forma muy artística, sangre, una mano desgarrada... El profe también empezó a notar que escribía cuentos con ideas que no eran de un chico sano”, describen desde el equipo de psicopedagogía. “Después del cuarto o quinto encuentro, Pedro nos mostró sus antebrazos. Se estaba cortando hacía tres meses. A partir de ahí entró en tratamiento psiquiátrico por la enorme depresión que atravesaba”. Se agregó el caso de Paula, estudiante de tercer año en otra institución de la misma zona, para ilustrar lo que estaba pasando. “Durante una clase se cortó los antebrazos y la panza. Padece de un trastorno de la conducta alimentaria y tuvo una situación de bullying. Fue hostigamiento a una persona con depresión, y eso fue puro impacto de la pandemia”, analiza.

Según una encuesta del Ministerio de Educación de la Ciudad de Buenos Aires en colaboración con INECO y UNICEF realizada en abril de 2021, siete de cada diez adolescentes presentan síntomas de ansiedad, depresión, sentimientos de soledad y bajos niveles de ansiedad tras el primer mes de presencialidad. Además, en 2021 aumentan las solicitudes de intervenciones a los Equipos de Orientación Escolar y Equipos de Apoyo Socioeducativo (EOE y ASE) por parte de estudiantes de secundaria, especialmente para estudiantes de secundaria por autolesiones y pensamientos suicidas. En 2020 se registraron 2.330 pedidos, en 2021, 2.600 y en junio de 2022 se realizaron 1.345. (Gil Moreira, 2022).

Los resultados del estudio sobre los efectos en la salud mental de niñas, niños y adolescentes por COVID-19, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, de UNICEF, Mayo 2021, Buenos Aires, Argentina, describe que los determinantes que producen sufrimiento psicosocial son: ausencia de ceremonias de cierre de tapas escolares, sentimiento de discriminación



y estigmatización, ausencia de apoyo para las tareas escolares, dificultades o insuficiencia de contacto con la escuela, distanciamiento los vínculos con los docentes, no sentirse escuchado y comprendido, clima familiar violento y violencias institucionales, falta de participación en la toma de decisiones respecto a sus vidas, precaria situación económica de la familia, situaciones de violencia en la escuela, debilitamiento de lazos sociales con pares y familia por el distanciamiento físico, déficit habitacional, deficiencias o insuficiencias de adultos significativos que acompañen el proceso de crianza.

En 2021, Stephanie Dowd, PsyD, psicóloga clínica del Children's Mind Institute, entiende que tratar a los adolescentes deprimidos puede ser muy difícil. Esta psicóloga analiza que, si el niño no quiere ir, los cuidadores deben ser persistentes. Ella describe el darle espacio y hacerle saber que estará allí, cuando esté listo para elegir un terapeuta que pueda intervenir con un tratamiento adecuado para su depresión. A su vez la profesional de la salud, agrega que la terapia interpersonal (TPI), la terapia cognitiva conductual (de ahora en más TCC) y la terapia dialéctica conductual (DBT) suelen ser buenas elecciones para tratar la depresión.

En 2022, la doctora Wendy Nash, psiquiatra del Child Mind Institute, considera que la terapia es “casi un requisito” cuando prescribe medicamentos para la depresión, explicando que las personas tienen que aprender las habilidades que se enseñan en terapia. Parte de la ventaja con la terapia es que las habilidades que aprenden los niños siempre se quedarán con ellos.

Definiremos un par de conceptos atinados para poder desarrollar esta tesina. Estos están relacionados con la Salud Mental, la Salud Pública, los Factores de Riesgo y Protección, factor Predisponente, Disparador y Perpetuador, Prevención y Tipos de Prevención, Aislamiento o Cuarentena.

### **7.5 Salud Mental**

Necesitamos comprender que la Salud Mental como la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define, refiere a un estado de bienestar en el que una persona puede ser consciente de sus capacidades para resistir las tensiones ordinarias, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir a la sociedad. (OMS, 2021)

Esta definición, denominada visión positiva de la salud mental, se da gracias a los cambios que se han producido en el campo de la salud desde finales de la década de 1940 como consecuencia de la institucionalización del concepto de calidad de vida, que supuso sumar a la agenda política actividades que canalizarán la responsabilidad de los Estados en la búsqueda del bienestar humano. En el Informe del 2004, de síntesis sobre la promoción de la salud mental, la OMS identifica una serie de enfoques que se han utilizado para comprender la llamada "salud mental positiva" (SMP) y los reconoce como esfuerzos necesarios para crear una supervisión de la salud mental que se aleja de los modelos biomédicos y conductuales. (Muñoz, Restrepo, Cardona, 2016)

### **7.6 Salud Pública**

A su vez es relevante añadir esta definición de salud pública que se refiere a la atención y promoción de la salud aplicada a toda la población o a un grupo específico de población. Aunque la salud pública no significa directamente brindar atención médica a las personas, la Asociación Médica Mundial afirma el papel de los médicos en la salud pública. Los médicos tienen la responsabilidad de cuidar la salud de las personas al tiempo que aumentan la concienciación sobre la salud pública. (Asociación Médica Mundial, 2022).

### **7.7 Factor de Riesgo**

Un factor de riesgo refiere a cualquier característica, exposición o comportamiento de una persona que aumenta su probabilidad de desarrollar una enfermedad o lesión. Los factores de riesgo más importantes son bajo peso al nacer, vida sexual riesgosa, presión arterial alta, consumo de tabaco y alcohol, agua insalubre, saneamiento deficiente e higiene deficiente. (Tafari, Chiesa, Caminati et Gaspio, 2013). Según la epidemiología, un factor de riesgo es cualquier circunstancia o situación que aumenta la probabilidad de que una persona contraiga una enfermedad u otro problema de salud. Los factores de riesgo indican que las personas afectadas por ese factor de riesgo representan un mayor riesgo para la salud que las personas sin el factor. (Puerta-Cortés, D.et González-Santos, 2019)

Ya que la tesina describe efectos de las medidas restrictivas del Covid-19 (pandemia) en los adolescentes, es apropiado esclarecer que la relación entre un factor de riesgo y una enfermedad está determinada por ciertos parámetros, según Duque de Estrada J, Rodríguez. (2001) que son:

- a) El riesgo individual es el resultado de la diferencia entre la incidencia de la enfermedad en los individuos expuestos al probable factor causal y la incidencia en los no expuestos.
- b) El riesgo relativo es la probabilidad de que una enfermedad afecte a un individuo o grupo de población con características epidemiológicas, lugar y tiempo individuales.
- c) El riesgo relativo es la parte del riesgo individual que puede atribuirse sólo al factor en estudio y no a otros.
- d) La fracción de riesgo etiológico es la parte del riesgo total del grupo que puede atribuirse exclusivamente al factor en estudio y al resto del mundo.

Se refiere a todos los factores ambientales dependientes de las propiedades físicas del cuerpo, tales como el esfuerzo físico, el ruido, la iluminación, las radiaciones ionizantes, las radiaciones no ionizantes, la temperatura elevada y las vibraciones, que afectan los tejidos y órganos del cuerpo del trabajador. y que pueden causar efectos adversos dependiendo de la intensidad y duración de la exposición.

### **7.8 Factor de Protección**

Los factores protectores de la salud mental son recursos o condiciones que tienen las personas como mecanismo de defensa ante situaciones de riesgo o vulnerabilidad emocional, que favorecen el control emocional, la regulación del estrés y posibilitan el fortalecimiento de sus capacidades humanas. (Amar, Llanos, & Acosta, 2003).

En el escenario de la educación superior podemos promover estrategias de trabajo que permitan identificar los recursos internos de la persona, su percepción de sí misma y de su entorno,

incluyendo la promoción de hábitos de autocuidado, habilidades sociales, relaciones importantes, vida afectiva, inteligencia, resolución de problemas, entre otros.

En esta línea, es importante reconocer el contexto social y familiar como dimensiones que también tienen un impacto significativo en el estado emocional de las personas. Por lo tanto, cuando los estudiantes y el personal experimentan una constante desmotivación, pérdida de interés en sus actividades e incluso irritabilidad y hostilidad, la comprensión de este fenómeno no puede limitarse a un solo evento.

### **7.9 Factor Predisponente, Disparador y Perpetuador**

**Factores predisponentes:** Con este término nos referimos a variables biológicas y constitucionales, sean o no hereditarias, que hacen que una persona sea más propensa a desarrollar algún tipo de trastorno cuando se expone a situaciones que pueden activarlos. Dentro de este grupo de factores también podríamos considerar algunos factores relacionados con la personalidad, dependiendo de la historia del individuo, condicionadas por la biología y el aprendizaje. Algunas personas tienen un sistema de alarma más sensible y en cierto sentido, se trata de personas que regularmente experimentan cierto tipo de advertencia anticipada, lo que determina su actitud hacia el entorno, tanto externa como interna, así como advertir y registrar ciertos eventos y prevenir un cierto tipo de respuesta más bien defensiva.

**Factores de activación:** Este término se refiere a los hechos, situaciones o condiciones que pueden activar el sistema de alarma, la preparación para las mismas y la propia respuesta. Lo que se percibe como amenaza, depende básicamente de un proceso de evaluación consciente o automática, que se determina por un lado evaluando lo que está pasando y cómo afecta; y por otro lado, qué se puede hacer al respecto.

También hay en este grupo otros factores que provocan la sobreestimulación / sobreactivación del organismo de diferentes formas: estrés y el consumo de sustancias, especialmente estimulantes.

**Factores de Mantenimiento:** Este grupo de factores afecta principalmente a aquellos casos donde los problemas originales, no han sido satisfactoriamente resueltos. La salud es algo valioso en sí mismo que si se convierte en un problema, por cualquier motivo, genera un incremento de ese estado de alerta e indefensión. Debe considerarse que la salud es una condición necesaria para la ejecución de otros planes, que pueden resentirse a causa de la nueva condición del cuerpo, lo que llevaría a la aparición de nuevos problemas.

Finalmente, los factores de mantenimiento incluyen estrategias de afrontamiento que son contraproducentes como las soluciones probadas y fallidas que contribuyen a su aumento y perpetuación. Estas intervenciones son diversas y afectan el manejo de síntomas, pensamientos, ambiente y comportamiento. (Baeza Villarroel, J. C., 2008).

### **7.10 Prevención y Tipos de Prevención**

La OMS define como objetivo de la medicina profesional tres niveles de prevención: prevención primaria, secundaria y terciaria, que incluyen diferentes técnicas y objetivos, combinando

los criterios de un grupo de enfermedades de la salud en función del estado de salud. la persona, grupo o comunidad a quien van dirigidos.

**Prevención primaria:** Nivel de intervención en el proceso patogénico, que consiste en todas las acciones realizadas en toda la población con el fin de evitar que los sujetos se expongan a factores de riesgo. La prevención primaria incluye dos tipos de actividades: a) promoción de la salud (de alguna manera llamada prevención general), que se refiere a un conjunto de medidas de prevención primaria implementadas colectivamente (por ejemplo, fluoración del agua, señalización vial y saneamiento ambiental) y b) protección específica, término que hace referencia a un conjunto de medidas de prevención primaria que se aplican individualmente a determinadas personas expuestas a un determinado peligro (por ejemplo, el casco de un trabajador de la construcción o el cinturón de seguridad de un conductor).

**Prevención secundaria:** es el nivel de intervención que consiste en todas las acciones realizadas en una población ya expuesta a daños nocivos o en desarrollo, con el fin de prevenir la aparición de síntomas clínicos, reducir su duración o evitar sus complicaciones. La prevención secundaria involucra dos tipos de actividades: a) diagnóstico preciso y temprano, actividades periódicas relacionadas con programas de evaluación y tamizaje individual, y b) tratamiento adecuado y oportuno, lo que requiere el desarrollo de servicios de tratamiento y apoyo correctivo.

**Prevención terciaria:** Es el nivel de intervención que consiste en todos los procedimientos realizados en pacientes con complicaciones para prevenir lesiones o muerte prematura y rehabilitarlos. (Gómez A., Rubén Darío et González Edwin Rolando, 2004)

### **7.11 Aislamiento o Cuarentena**

El aislamiento y la cuarentena son dos de las estrategias de salud pública más comunes que se utilizan para prevenir la propagación de enfermedades altamente contagiosas. El aislamiento y la cuarentena separan a personas enfermas o expuestas a enfermedades altamente contagiosas de personas que no han estado expuestas.

¿Cuál es la diferencia entre aislamiento y cuarentena?

El aislamiento es una estrategia utilizada para separar a las personas con una enfermedad infecciosa de las que están sanas. El aislamiento restringe el movimiento de pacientes para evitar la propagación de ciertas enfermedades. Las personas en aislamiento pueden recibir tratamiento en el hogar, en hospitales o en centros de salud designados.

La cuarentena se usa para aislar y restringir el movimiento de personas que pueden haber estado expuestas a enfermedades infecciosas pero que no tienen síntomas para ver si las están contrayendo. Estas personas pueden o no ser contagiosas. (Michigan Department of Community Health, 2013)

## **8.0 Desarrollo Metodológico**

### **8.1 Procedimiento**

En el presente trabajo realizamos una revisión bibliográfica de tipo exploratorio, a partir de relacionar las variables adolescencia, aislamiento, trastorno depresivo mayor y el tratamiento cognitivo conductual para este último. Se seleccionó el material a partir de la búsqueda de

información relevante en diferentes portales de artículos y revistas científicas (Google Academics, Google Scholar, Redalyc, SciELO, Pubmed/Medline), así como también se han utilizado libros impresos o en sus versiones electrónicas en el período comprendido entre mayo 2020 a septiembre del 2022. Se utilizó el buscador de Google Académico. Se incluyeron trabajos en inglés y español.

Se obtuvo, además, información de organizaciones oficiales especializadas y dedicadas a la psiquiatría de niños y adolescentes, y a los temas de salud pública mundial, como la OMS, y Unicef, además de la literatura de consulta disponible en el repositorio de tesinas de la Universidad de Belgrano.

Para la búsqueda se utilizaron las palabras clave: COVID-19, cuarentena, confinamiento, distanciamiento social, salud mental, trastornos mentales, y adolescencia, depresión adolescencia. Se consideró como criterios de selección la literatura publicada durante los años 2020 y 2022 teniendo en cuenta la novedad de esta enfermedad, con excepción de algunos materiales vinculados a la historia de algunos tópicos tratados en el artículo. Se analizó variables de calidad, de validez metodológica y fiabilidad de varios artículos seleccionados para realizar una adecuada revisión y se escogieron 133 de fuentes bibliográficas.

## **9.0 Índice comentado**

La tesina estará organizada en 3 capítulos.

### **Capítulo 1: Covid y Pandemia.**

En el primer capítulo se puntualiza el inicio de la pandemia, en Capital Federal, Argentina, sumando investigaciones acerca de los efectos restrictivos en adolescentes por Covid-19 en Argentina, evidenciando depresión en la adolescencia entre otros trastornos.

### **Capítulo 2: Depresión en la adolescencia.**

En este segundo capítulo se describe la presentación clínica de la depresión en los adolescentes. Para luego poder analizar los factores de riesgo de la depresión en la adolescencia, así como los factores de protección.

### **Capítulo 3: Técnicas de la Terapia Cognitiva Conductual para la depresión mayor en adolescentes.**

En el tercer capítulo se describen conceptos centrales para comprender la eficacia de las técnicas utilizadas para la intervención en depresión desde el marco cognitivo conductual.

## **10.1 Capítulo 1: Covid-19 y Pandemia**

### **10.1.1 Lugar y tiempo en la Capital Federal, Buenos Aires, Argentina.**

Cuando se iba a dar comienzo al segundo año de carrera de Psicología, en la Universidad de Belgrano, (Buenos Aires, Argentina) ante el avance del brote de Coronavirus Covid-19 originado

en China, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara el 11 de marzo de 2020 a la enfermedad SARS-CoV-2, una pandemia.

El término pandemia se refiere a una epidemia que se propaga por muchos países y afecta a muchas personas en un área, mientras que epidemia se refiere a una enfermedad que afecta a un gran número de personas o animales en un lugar durante un cierto período de tiempo.

En la historia entendemos que las epidemias no lograban convertirse en pandemias debido a que a principios del siglo XX los virus y las bacterias eran transportadas por el movimiento humano en barcos y ferrocarriles, dejando de lado al medio aeronáutico. Solo se establecían cuarentenas para barcos que arribaban, y/o dejando a las personas aisladas en islas (Pérgola, 2014).

A diferencia de esto último, el 12 de marzo de 2020, a nivel nacional en Argentina, se anunció un conjunto de medidas para prevenir el contagio. Se tomaron medidas restrictivas con fines sanitarios que impedían la libre circulación, repercutiendo en el aislamiento social de la población sobre los hábitos saludables, suspensión de eventos masivos, viajes aéreos, así como el cierre de fronteras. Se dicta el Decreto 297 el 19 de marzo de 2020 estableciendo que, con el objetivo de proteger la salud pública, para todas las personas residen en el país o estén en él, se aplicará la medida de "aislamiento social, preventivo y obligatorio" dictaminado por un plazo determinado, estableciendo que las personas permanecieran en sus residencias habituales o en el lugar en que se encuentren, absteniéndose de concurrir a lugares laborales, sociales, comunitarios.

Cabe destacar que estas medidas restrictivas en Argentina, se fueron prorrogando llegando a finalizar en Argentina, 179 días de aislamiento social, preventivo y obligatorio, ASPO. Si bien el trabajo refiere como alcance a adolescentes de Capital Federal, se agregan a los fines comparativos, la repercusión de la pandemia en AMBA. Según Roig, (2020), escribió en el sitio web de chequeado.com: "Incluso comparado con las medidas en otros países de la región, el AMBA es de las regiones con mayores restricciones del mundo, según los datos de la Universidad de Oxford". Según este índice, Argentina es uno de los países del mundo que sigue manteniendo una de las respuestas más estrictas a la pandemia, con un puntaje de 91,6, donde 100 es el máximo.

Creemos fundamental destacar que según Espada JP et al., (2020), los efectos negativos del distanciamiento social y el aislamiento se produjeron cuando la mayoría de los individuos experimentaron cambios significativos en sus hábitos: alteración de horarios por actividades fuera de la familia como el trabajo y la escuela, que tenían que trabajar o estudiar desde casa interrumpidos en una rutina hogar supervisado, estrés relacionado con la restricción de la participación en actividades significativas como visitar a seres queridos y amigos, ir de compras, ir a restaurantes, asistir a eventos culturales y deportivos. Romper hábitos que promueven estilos de vida poco saludables como el sedentarismo y afectan el sueño y la vigilia ciclos.

Podemos pensar en la afectación de estas medidas sobre los adolescentes, tal como, Wang G. et al., (2020), que expresan que sin clases presenciales las persona son menos activas físicamente, no comen lo suficiente, engordan, aparecen trastornos del sueño, disminuye la capacidad de funcionamiento y están más en contacto con la pantalla.

En referencia a las consecuencias posibles del confinamiento, según Unicef, 2020, estas medidas de detención sin precedentes afectan el desarrollo físico, psicológico y social, el aprendizaje, el comportamiento y la seguridad económica de la familia y el riesgo de violencia doméstica, y por lo tanto afectan la salud.

### 10.1.2 Gráficos y Datos Ministerio de Salud Buenos Aires, Capital Federal, Argentina

En cuanto a datos obtenidos de la página del Ministerio de Salud y la evolución de la pandemia desde el 2020 al 2022 a nivel nacional es la siguiente: La distribución de casos confirmados según sexo y edad en los años 2020, 2021 y 2022 se mantiene sostenida en el tiempo, el 48,2% es masculino y 51,8% femenino. Se observa una cantidad de casos mayor en las poblaciones adultas, siendo menor la del grupo de 0 a 19 años.

**Casos confirmados por sexo y grupo etario. Año 2020, 2021 y 2022, Argentina.**

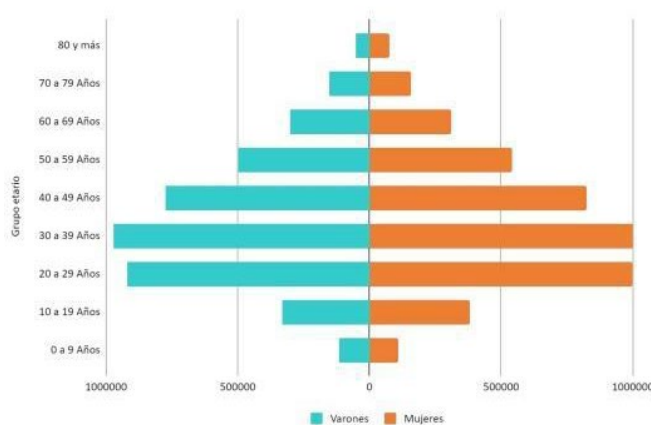


Figura 1

Podemos observar que la mayoría de las muertes a nivel nacional, se da en una edad promedio de 71 años entre 2020 y 2022. Esto podría significar la pérdida de 'abuelos' para estos adolescentes afectando en mayor medida a sus padres conformando un intenso clima de duelo a nivel familiar lo que repercute en la afectividad de los adolescentes.

### 10.1.3 Aislamiento por Covid – 19



La cuarentena y el aislamiento social son medidas para prevenir concentraciones masivas de personas imposibilitando el encuentro cara a cara de las mismas. Esta prohibición de congregaciones se expresó en la suspensión de clases en escuelas, universidades, academias, trabajos, reuniones sociales, festivas, recitales, cumpleaños, así como supermercados, almacenes, ferreterías, en definitiva, esto concluyó en un aislamiento obligatorio en los hogares. Esto produjo restricción en la circulación de personas como vehículos. Asimismo, estas medidas se enfatizaron con el énfasis en el lavado de manos, utilización de alcohol en gel, lavar verduras, superficies. Todas estas fueron las principales medidas tomadas por el gobierno argentino para prevenir la epidemia de COVID-19 para la fecha 11 de marzo del 2020.

El objetivo que se busca con estas medidas, es que el número de personas contagiadas se conviertan en casos graves puedan ser manejados y tratados debido a la precaria capacidad del sistema de salud en Argentina. (Iglesias Osos, 2020).

La cuarentena es una precaución necesaria durante los brotes que involucran ciertas enfermedades infecciosas, y aunque estas medidas de contención pueden contener brotes, pueden tener un impacto psicológico negativo significativo en la población a las personas expuestas, como en la salud física y mental debido al cierre prolongado de escuelas y confinamiento domiciliario. (Perez, et al, 2020)

Debido a esta situación, es necesario monitorear la respuesta psicológica provocada por las restricciones obligatorias y el aislamiento social prolongado durante la pandemia del COVID-19, ya que esto debe ser una prioridad del sistema de salud. Las manifestaciones reportadas con mayor frecuencia incluyen alteraciones del estado de ánimo, depresión, estrés, letargo, irritabilidad, insomnio, trastorno de estrés postraumático, ira y agotamiento emocional.

Buscando reducir esto último, vemos que a nivel internacional según Broche Perez, Fernández Castillo & Reyes Luzardo (2020), para mitigar los efectos negativos del aislamiento social y la cuarentena, se han propuesto tres ideas básicas de trabajo. Primero, debido a que las medidas de distanciamiento social son inevitables, se debe trabajar en el diseño e implementación de intervenciones para reducir su impacto negativo en la salud mental. Segundo, priorizar la investigación y la intervención para grupos desfavorecidos, principalmente niños y adolescentes, adultos mayores y trabajadores de la salud vulnerable. Finalmente, abordar los desafíos que enfrentarán los servicios de salud mental y fortalecer el sistema de salud.

#### **10.1.4 Confinamiento y Adolescencia**

Podemos dar cuenta, tal como expresan Espada et al. (2020), durante la pandemia, los niños y jóvenes son especialmente vulnerables a los cambios en sus entornos de vida y desarrollo. Aunque históricamente no ha sido el grupo de edad más afectado por enfermedades infecciosas,

ha jugado un papel importante en la propagación de las mismas en el hogar y en su comunidad, como se ha expresado durante los brotes de influenza anteriores y actualmente con el COVID-19.

Según la Alianza para la protección de la niñez y la adolescencia en la acción humanitaria, entre los principales riesgos se encuentran el estrés psicosocial y los problemas psicológicos. El aislamiento domiciliario o la hospitalización por enfermedad de un niño o de un familiar inmediato son condiciones que pueden generar altos niveles de estrés. Restringir el acceso a los servicios de salud mental durante el aislamiento puede exacerbar los problemas psicológicos previos de un niño (p. ej., ansiedad social) o pueden surgir nuevos problemas como resultado de no satisfacer las necesidades de grupos especiales.

Los efectos psicológicos negativos del encarcelamiento parecen ser devastadores para quienes son más vulnerables psicosocialmente, como los niños y adolescentes. A pesar de esto, poco se sabe sobre el impacto de la actual crisis del COVID en la salud mental de niños y adolescentes. (Espada J, et al. 2020)

Según Martínez Pérez et al., (2020), en población general, existen datos preliminares sobre la percepción de los padres sobre el impacto del COVID en sus hijos. En general, reportan síntomas psicológicos negativos a un ritmo más alto que antes de la pandemia. Así, por ejemplo, en la población china, la Sociedad Europea de Pediatría encontró que uno de cada tres niños entre 3 y 18 años presentaba síntomas de dependencia emocional, falta de atención e irritabilidad, y en los adolescentes notó una alta prevalencia de ansiedad y síntomas de depresión. En familias de la India con niños de entre 9 y 18 años observaron que los padres encarcelados reportaron más síntomas de malestar psicológico que los que no prevenían los virus. Además de la aparición de síntomas en la población pediátrica, la situación provocada por la pandemia puede exacerbar los problemas de salud mental existentes entre los niños y adolescentes en los entornos clínicos.

### **10.1.5 Investigaciones en Argentina**

“Nos encontramos que la pandemia crea angustia y la angustia genera depresión. Tenemos una mayor incidencia de la depresión en la población, desde hace dos años en que la pandemia está atacando al ser humano”. (Juan David Nasio, 2022).

En Argentina, se realizó una encuesta que contó con representantes nacionales y regionales de todos los hogares con niños y adolescentes del país. Este formulario forma parte de la Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes (MICS) que continúa realizando UNICEF Argentina con el apoyo del Ministerio de Desarrollo Social y el Consejo de Coordinación de Políticas Sociales para conocer las condiciones de vida de las niñas y niños del país.

Los resultados demuestran que el 81% de los jóvenes mantienen contacto con sus compañeros y pasan tiempo en casa principalmente haciendo tareas (87%), ayudando en las tareas del hogar (49%) y jugando con dispositivos electrónicos como Play Station o teléfono móvil (48%).

Entre los 13 y los 17 años, las personas temen enfermarse: el 44% cree que ellos o su familia contraerán el COVID-19 y el 48% dice sentirse deprimido, ansioso o asustado ante el Covid-19.

Otra investigación en la Argentina según Martin Alomo, et al., (2020), quienes analizaron los efectos psicológicos de la pandemia Covid-19 en la población general de Argentina. El objetivo de este estudio fue explorar, a través de una encuesta, actitudes y miedos frente al COVID-19, la presencia de síntomas depresivos y patrones de consumo de alcohol entre los argentinos durante este tiempo de confinamiento (n = 759). Como resultado, observamos que el miedo a la COVID-19 era mayor entre las personas de 55 a 59 años, y disminuía drásticamente en las personas mayores de 70 años. Los estados de ánimo deprimidos y el aumento del consumo de alcohol fueron más comunes entre los jóvenes con estados de ánimo deprimidos y aún más acrecentados estos síntomas depresivos en las personas que perdieron sus trabajos durante el cierre. Se evidencia (Figura 2) síntomas de estado de ánimo depresivo que se correlacionaron, a su vez, con el grado de disminución de ingresos desde que inició el confinamiento, observándose que aquellas personas que habían tenido una disminución del ingreso del 80% o más fueron quienes refirieron mayores alteraciones del estado de ánimo.

Pensamos entonces que esto podría denotar como la falta de trabajo en los padres de los adolescentes hay podido afectar el estado de ánimo general de estos últimos.

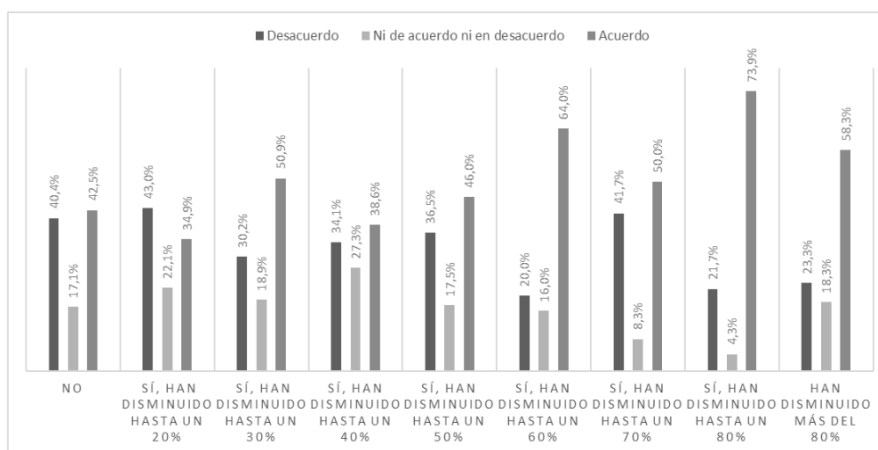


Figura 2: “Me siento triste y/o con menor energía para realizar actividades durante la cuarentena” según disminución del ingreso económico durante el confinamiento

Destacamos la investigación en Argentina, de la Fundación Aigle, por autores como Maristany, et al, (2021) que luego de 100 días de confinamiento en junio 2020, elaboraron una encuesta con el objetivo de relevar las percepciones de los adolescentes ante el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, explorando hábitos, emociones, conductas y relaciones con pares y familias. La muestra se conformó de 1.068 adolescentes de entre 12-18 años. A partir de la pandemia, la encuesta arrojó que el 51% empeoró en torno al nivel de irritabilidad, el 48% en relación a la ansiedad y el 47% en su estado de ánimo en general. El 39% refiere haber empeorado en relación a la depresión. Podemos concluir que las medidas de aislamiento, como las restricciones e incertidumbre, han causado un gran impacto en la población adolescente. Las percepciones de los

y las adolescentes fueron siempre negativas y estuvieron relacionadas a las restricciones en el contacto y los vínculos sociales, en los impedimentos de actividades, duelos por ciclos y proyectos inconclusos. A su vez esto ha provocado un grado elevado de trastorno depresivo en adolescentes.

Otra encuesta en Argentina según los autores Herrera-Paz et al. (2020) sobre el impacto psicosocial de la pandemia de Covid -19 entre adultos de Buenos Aires, donde analizaron el impacto del aislamiento social en los hábitos saludables y algunos aspectos psicológicos, sociales, conductuales, y restricciones impuestas por la pandemia en el área metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Se hizo una investigación y se convocó a través de las redes sociales. En conclusión, el estudio argumenta que el bienestar psicológico y los hábitos sanos se ven amenazados por el confinamiento establecido para contener la transmisión de la COVID-19, por lo que es necesario poner en marcha medidas para prevenir las consecuencias en el futuro de nuestra población.

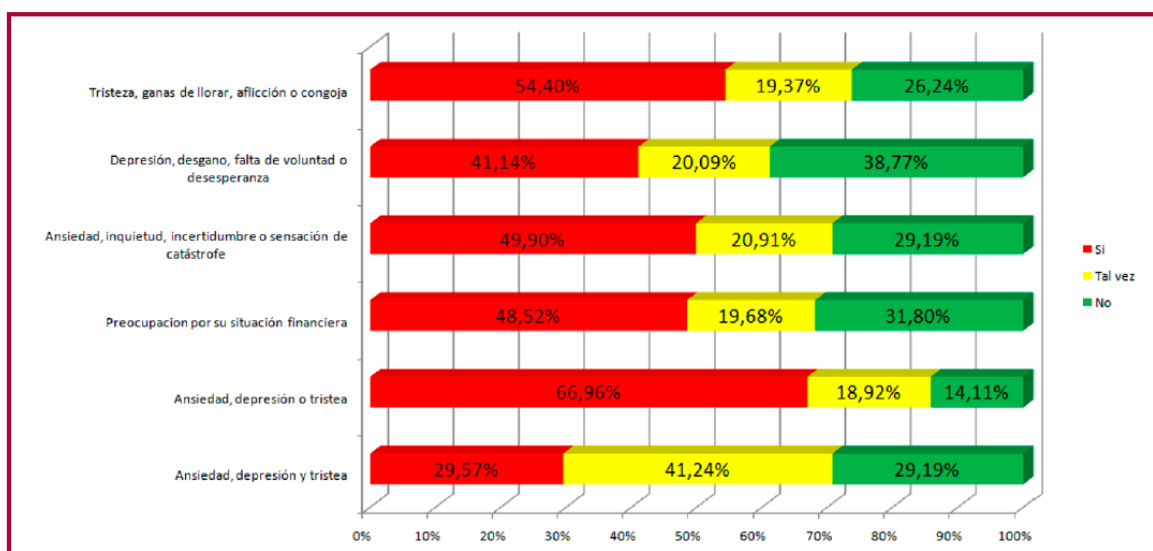


Figura 3: Aproximadamente dos de cada tres participantes de la encuesta manifestó vivenciar alteraciones en la esfera psicodinámica.

Al evaluar los aspectos psicológicos del aislamiento social, el 54,4% de los participantes reportaron experimentar tristeza (ganas de llorar, apenarse o sufrir), el 41,1% expresaron sus sentimientos de depresión (desgano, falta de voluntad y desesperación) y el 49,9 % que admite sentimientos de ansiedad (agitación, miedo, incertidumbre o sensación de desastre).

Encontramos una tendencia estadísticamente significativa en los sentimientos de tristeza más en los participantes más jóvenes.

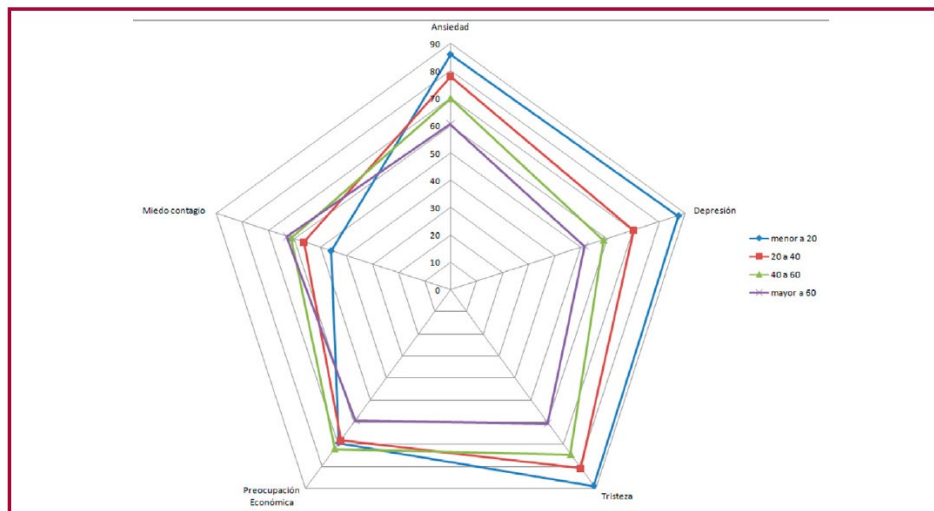


Figura 4

Vemos como las áreas de tristeza, depresión y ansiedad son más comunes en edades tempranas; en cambio, el miedo al contagio muestra una relación inversa con la edad. Las preocupaciones económicas son similares en todas las edades excepto en los mayores de 60 años.

Otra investigación del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia de UNICEF, en mayo 2021, en Buenos Aires, evidencia a través de los resultados del estudio sobre los efectos en la salud mental de niñas, niños y adolescentes por COVID-19, que los determinantes que producen sufrimiento psicosocial son: ausencia de ceremonias de cierre de tapas escolares, sentimiento de discriminación y estigmatización, ausencia de apoyo para las tareas escolares, dificultades o insuficiencia de contacto con la escuela, -distanciamiento los vínculos con los docentes, no sentirse escuchado y comprendido, clima familiar violento y violencias institucionales, falta de participación en la toma decisiones respecto a sus vidas, precaria situación económica de la familia, situaciones de violencia en la escuela, debilitamiento de lazos sociales con pares y familia por el distanciamiento físico, déficit habitacional, deficiencias o insuficiencias de adultos significativos que acompañen el proceso de crianza. (Unicef, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2021)

Siguiendo con más investigaciones en la Argentina, el informe elaborado por el Comité de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID-19 para el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Nación se basa en una encuesta nacional realizada entre el 23 y 25 de marzo de 2020. Su objetivo prioritario es investigar los impactos sociales de las medidas de aislamiento implementadas por el PEN. En el caso de los adolescentes, los problemas más mencionados se refieren básicamente a los obstáculos para continuar con su sociabilidad.

Podemos tener en cuenta los problemas de escalabilidad del aislamiento causando la falta de continuidad de los espacios de apoyo y atención a niños, niñas, adolescentes del entorno debido a que los centros de día y organizaciones sociales que cuentan con espacios educativos, recreativos y docentes permanecen cerrados.

Entendiendo que lo que se describe en esta tesina es la presencia de depresión mayor en los adolescentes de CABA, detallamos lo investigado por Etchevers et al., (2020) quienes analizaron un relevamiento del impacto psicológico de la pandemia en cuatro momentos del aislamiento social preventivo y obligatorio de Argentina, cuya duración hasta el momento del estudio, era de 135 días y aún continuaba. Pensamos de mucha relevancia esta investigación ya que es, en esta extensión de días, que se pueden ir desarrollando trastornos específicamente, el que compete a esta tesina: depresión mayor en los adolescentes. Sabemos que según el DSM 5, el trastorno de depresión mayor refiere al estado de ánimo deprimido o pérdida de interés durante un periodo de al menos dos semanas. A su vez en esta investigación, se observan las diferencias de AMBA y resto del país, con respecto a la proporción de participantes en riesgo de trastornos mentales. Se evalúan las diferencias en rango etario, evidenciando que las personas más jóvenes tienen más síntomas que las personas mayores. En cuanto a los resultados de la investigación, el impacto psicológico de la cuarentena es altamente considerable y debe tenerse en cuenta al implementar la cuarentena junto con otros aspectos de salud. Una mayor duración de las medidas restrictivas (ASPO) implementadas en la cuarentena, se correlacionó con un mayor impacto psicológico negativo en la mayoría de los indicadores.

En cuanto a la metodología se pidió a los participantes de entre 18 y 60 años o más, que respondiera a la presencia de síntomas psicológicos no específicos relacionados con 27 síntomas experimentados en la última semana, utilizando una escala ordinal tipo Likert. A partir del SCL-27 se calculan dos índices: Un índice de riesgo de trastornos psicológicos o psiquiátricos y otro de Severidad Global (GSI) que incluye cuatro dimensiones sintomáticas: (I) síntomas depresivos, (II) síntomas disfuncionales, (III) síntomas vegetativos, (IV) síntomas de miedo, (V) síntomas de fobia social, (VI) y síntomas de desconfianza. Ya para octubre (32 semanas de ASPO), se observó un incremento de la media de sintomatología psicológica clínica superior a todos los períodos anteriores: 2,08.

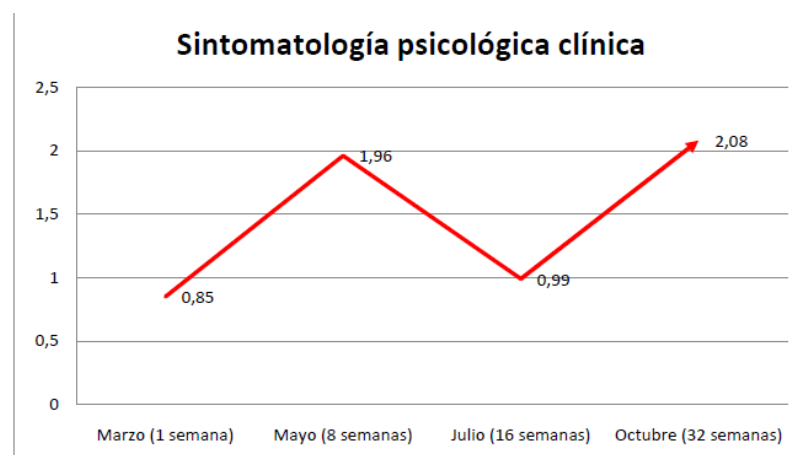


Gráfico de las Medidas del Índice de Severidad Global (GSI) de la SCL-27 a 1, 8, 16 y 32 semanas de ASPO. Escala de 0 a 4.

Se observó un aumento constante de casos en riesgo de padecer trastorno psicológico o mental al comparar marzo y mayo. En marzo, el porcentaje de participantes con riesgo de trastornos psicológicos asciende a 4,86%, en mayo es 7,2%, en julio, 8,1%, y en octubre 10,24%, manteniéndose la tendencia.

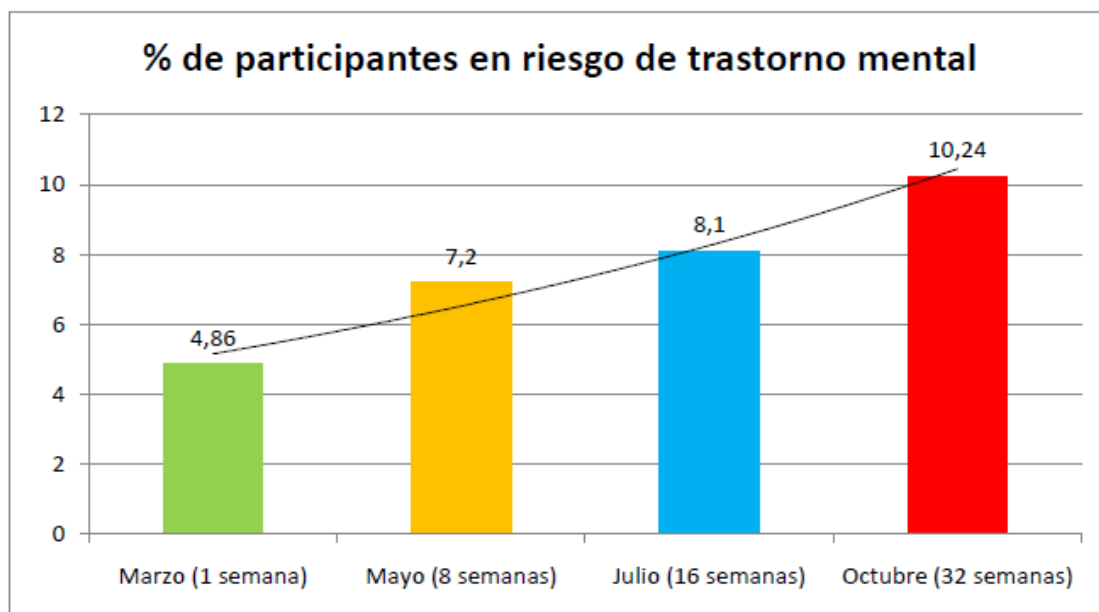


Gráfico de la Proporción de participantes en riesgo de padecer trastorno mental a 1, 8, 16 y 32 semanas de ASPO.

Esta diferencia es más acentuada en el AMBA, pasando del 4,9% en marzo al 6,6% en mayo y 9,5% en julio. Sin embargo, en octubre, el riesgo en el AMBA es menor que en el resto del país, modificándose la tendencia observada hasta julio.

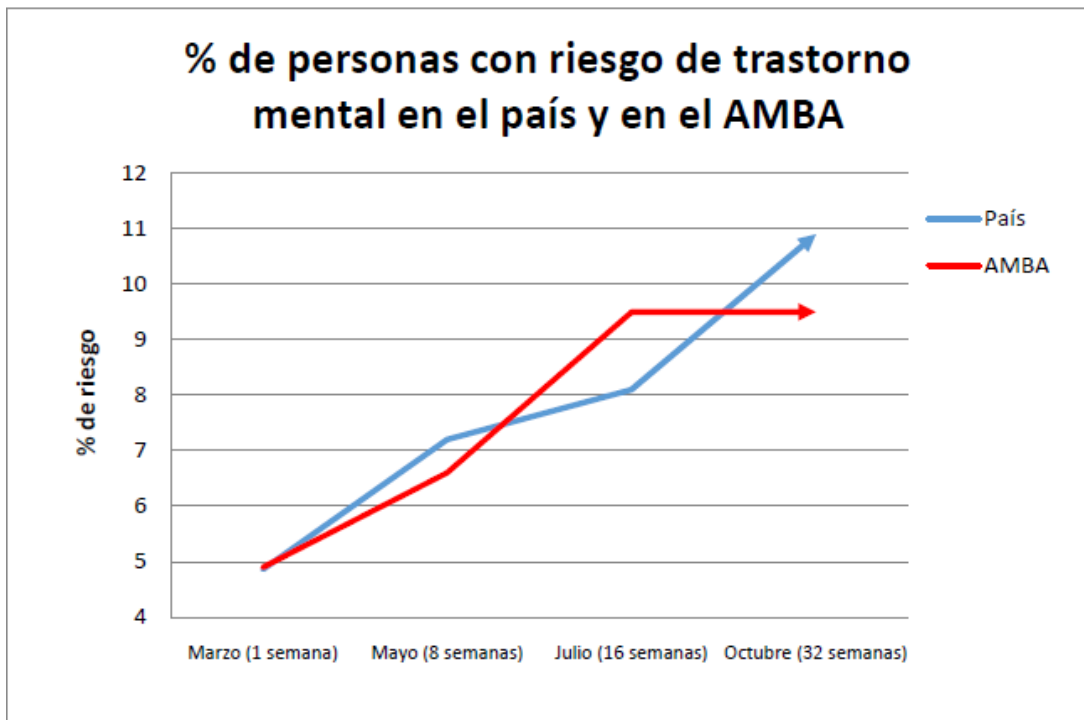


Gráfico de la Proporción de participantes en riesgo de padecer trastorno mental a 1, 8, 16 y 32 semanas de ASPO en AMBA y resto del país. Nota: AMBA: Área Metropolitana de Buenos Aires

Comparando el contexto (urbano o rural) donde residen los participantes de julio, se puede observar que en las ciudades de más de 100.000 habitantes el riesgo de trastorno mental alcanza el 6,5%, mientras que en las ciudades, pueblos y localidades de menos de 100.000 habitantes es 2,5%. Según el rango etario: A medida que las personas envejecen, los síntomas psicológicos son menos severos, como se puede ver en el cuadro a continuación. En otras palabras, las personas más jóvenes tienen más síntomas que las personas mayores. Los datos se pueden ver en el siguiente gráfico.

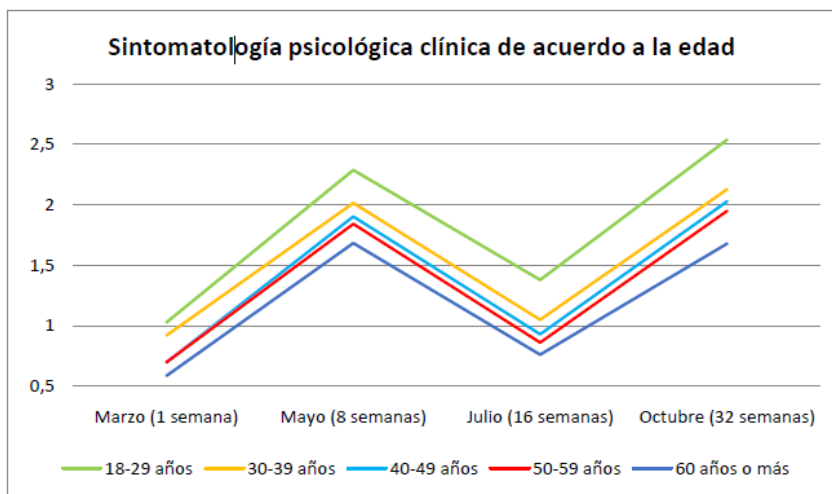


Gráfico de las Medias del índice de severidad Global (GSI) de la SCL-27 según edad a 1, 8, 16, 32 semanas de ASPO en AMBA



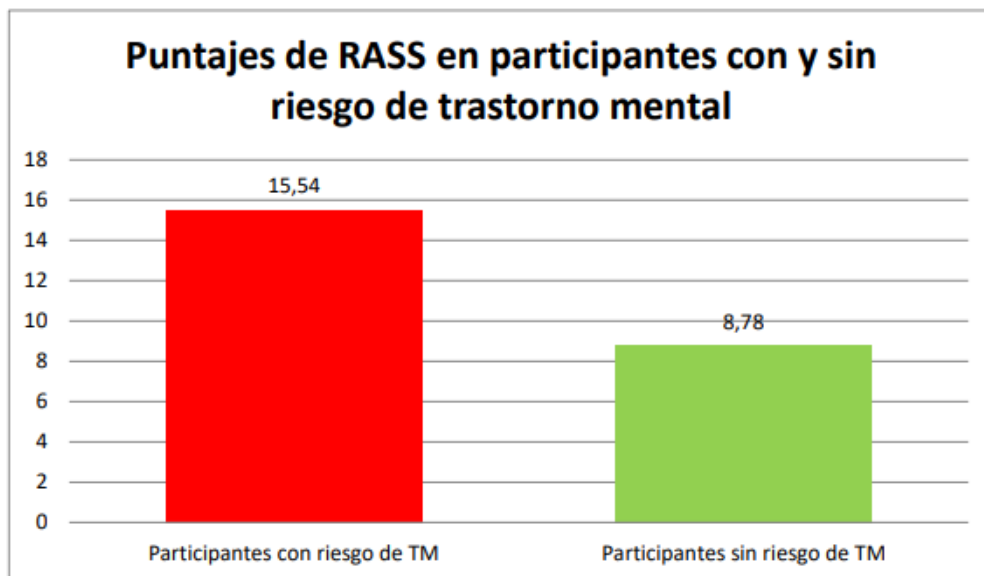


Gráfico de la Media de la Escala de Evaluación de Riesgo Suicida (RASS) en participantes con y sin riesgo de trastorno mental de acuerdo al índice de la SCL-27 a las 32 semanas de ASPO

Como sabemos uno de las posibles consecuencias del trastorno de depresión mayor es el suicidio, solo a fines explicativos, se detalla que los participantes con riesgo de trastorno mental muestran el doble de puntaje en la Escala de Evaluación de Riesgo Suicida (RASS) en comparación con el resto de la muestra.

## 10.2 Capítulo 2: Depresión en la adolescencia.

### 10. 2.1 Presentación clínica de la depresión en la adolescencia

Para evaluar cómo se presenta la depresión en la adolescencia analizaremos varios autores que describen la misma.

El estudio de la adolescencia debe incluir todos los factores que afectan al individuo, la cultura a la que pertenece, el medio físico y social que le rodea, los aspectos psicológicos, la calidad de las relaciones interpersonales y familiares, las condiciones y circunstancias biológicas e históricas. El momento en que los jóvenes se encuentran a sí mismos. Estos elementos se entrelazan y forman una red compleja y organizada de elementos, que evolucionan a lo largo del ciclo de vida. (Di Clemente, Hansen & Ponton, 1996).

Birmaher Arbelaez & Brent, (2002), analizan que la depresión en niños y adolescentes conlleva a un proceso crónico y de tiempo prolongado. La mayoría se recupera de su primer episodio en 7 a 9 meses, sin embargo, este período a menudo se asocia con deterioro cognitivo con bajo rendimiento escolar, dificultades en las relaciones con amigos y familiares, y dificultad en las

relaciones familiares, mayor riesgo de abuso de sustancias, tendencias suicidas, pensamientos y nuevas recaídas.

Sabemos que para realizar un diagnóstico tal como expresa Vallejos J. (2011), se debe tener en cuenta, frecuencia, intensidad, duración y contexto en que aparecen los síntomas de la depresión apoyándose en entrevistas clínicas con el adolescente e instrumentos como la escala de Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression) y el inventario de Beck (Beck Depression Inventory), que permitirán obtener una evaluación global de la manifestación de la depresión.

A su vez hay otros autores como Friedberg & McClure (2011), que opinan que los adolescentes pueden presentar también, problemas de baja autoestima, mala imagen corporal y altos niveles de autocrítica, así como desarrollarse comorbilidades siendo estas: trastornos de ansiedad o abuso de sustancias.

Friedberg & McClure, (2011) describen que es necesario recopilar información sobre el estado emocional del joven en diferentes áreas de su vida, ya sea en el hogar, en la escuela o con su grupo de amigos para evaluar la depresión. Estos autores destacan como criterio fundamental para el diagnóstico de depresión, analizar cuán grave es el episodio depresivo. A su vez es de suma importancia la utilización de herramientas de evaluación diferentes, incluyendo medidas de autoinforme, entrevistas (con adultos jóvenes y sus padres), asesoramiento médico para descartar que los síntomas sean de origen orgánico. Las herramientas de sondeo psicológico son útiles para establecer un diagnóstico, pero su valor es exploratorio, por lo que el terapeuta debe utilizarlas además de sus propias impresiones diagnósticas basadas en las entrevistas realizadas.

Otros componentes relevantes que analiza la Guía Clínica Minsal (2013) del Ministerio de Salud del Gobierno Chileno, refiere a que los principales diagnósticos diferenciales del trastorno depresivo adolescente incluyen: ajuste, trastorno bipolar o de ansiedad, consumo de sustancias o drogas (anticonceptivos orales y corticoides), y enfermedades orgánicas como anemia, hipotiroidismo, epilepsia y deficiencia de vitamina B12.

La depresión adolescente puede pasar desapercibida o no ser tratada porque los adolescentes tienden a tener problemas de comportamiento típicos que pueden enmascarar los síntomas depresivos. Los profesionales deben ser conscientes de la posibilidad de depresión en los adolescentes si se presenta: irritabilidad o mal humor; aburrimiento crónico o pérdida de interés en los pasatiempos que solía disfrutar, por ejemplo, abandonar las actividades recreativas/un deporte que solía hacer; retirarse de la sociedad o no querer pasar tiempo con amigos; ausente; disminución del rendimiento académico; cambios en los patrones de sueño, como quedarse despierto hasta tarde; con frecuencia se queja de no sentirse bien o tiene dolores de cabeza/estómago inexplicables y desarrolla problemas de comportamiento, como volverse más desafiante, huir de casa o intimidar a otros. (Bella-Awusah, Rey & Liu, 2017)

Destacamos lo que Rey et al., (2017) explica acerca del estilo de personalidad del adolescente que influye en la presentación y manifestación de la depresión. En los adolescentes, los rasgos de personalidad básicos se amplifican en presencia de un trastorno depresivo. Por ejemplo, los adolescentes con rasgos de ansiedad tienden a exhibir niveles más altos de ansiedad, evitación y síntomas somáticos cuando están deprimidos, y aquellos con rasgos extrovertidos tienden a mostrar hostilidad y más irritabilidad.

Nos preguntamos, así como el autor Rey et al. (2017) la complejidad de distinguir la conducta adolescente normal, de la conducta depresiva ya que suelen ser vistos como malhumorados, irritables o constantemente aburridos, justificando que duermen mucho, que se rebelan contra sus padres o que tienen problemas en el ámbito educativo y escolar. Para esta incógnita, estos autores han explorado las diferencias entre el comportamiento adolescente y un adolescente con depresión podemos decir que el comportamiento adolescente pese a presentar algo de angustia, y/o cambios del estado de ánimo y otras dificultades, no muestran cambios significativos y duraderos en el tiempo. Por el contrario, el adolescente con depresión presenta un cambio importante respecto al comportamiento anterior (p. ej., se vuelven tristes, irritables, pierden interés en las actividades de la vida diaria, responden dramáticamente a desaires o rechazos percibidos, frecuentes quejas de aburrimiento)

Siguiendo con esta distinción, entendemos que el comportamiento adolescente, aunque puedan sentirse tristes y lábiles por momentos, son pasajeros y es a menudo en respuesta a eventos vitales específicos. El adolescente con depresión presenta síntomas depresivos centrales (tristeza o anhedonia) presentes la mayor parte del día, por al menos dos semanas. Con respecto al comportamiento adolescente, no se observan cambios significativos en el accionar, a diferencia del impacto negativo respecto al funcionamiento previo (p. ej., no pueden hacer frente a la escuela, baja en las calificaciones, suspenden las actividades que antes disfrutaban). Les toma más tiempo completar las tareas escolares y el trabajo en clases, y deben hacer un esfuerzo adicional; puede disminuir el desempeño académico. Se retraen en sí mismos, en sus dormitorios o en Internet, a expensas de las actividades sociales y de las amistades que antes disfrutaban. Los pensamientos de muerte y de suicidio son infrecuentes en aquel comportamiento del adolescente, a diferencia de los adolescentes con depresión con frases como "no vale la pena vivir", "estaría mejor muerto" y/o intentos suicidas.

Tal como los autores describen, conducir imprudentemente, consumir alcohol, y experimentar sexualmente como conductas riesgosas, son frecuentes en el comportamiento del adolescente; pero están dentro de límites lógicos para el carácter de ese adolescente. A diferencia de estas conductas de riesgo los adolescentes con depresión se involucran con acciones peligrosas o de alto riesgo, como, conducir imprudentemente, consumo de alcohol sin control, y tener sexo casual, irreflexivamente.

Rey et al. (2017) analizan que para diagnosticar la depresión se requieren: síntomas básicos de tristeza, irritabilidad y distonía; síntomas asociados (trastornos del peso/apetito, insomnio/insomnio, inquietud/lentitud de movimiento, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, disminución de la capacidad de concentración o toma de decisiones, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida); generalización de los síntomas, es decir, están presentes todos los días, casi todo el día; período de al menos dos semanas. Los síntomas deben tener un impacto negativo significativo en el funcionamiento y la angustia; y no es indicativo de los efectos de una sustancia u otra condición desde la clínica.

## **10 2.2. Factores de riesgo de Depresión en la adolescencia**

En base a la presentación de la depresión en los adolescentes, opinamos que se debe considerar factores culturales, aspectos físicos, históricos, psicológicos, físicos, y relaciones interpersonales. La depresión puede resultar en deterioro cognitivo, bajo rendimiento escolar, dificultades en las relaciones sobre todo con sus pares y familiares, mayor riesgo de abuso de sustancias, tendencias suicidas, pensamientos y recaídas. Se debe considerar la frecuencia, intensidad, duración y contexto en que aparecen los síntomas de este trastorno como posibles factores de riesgo en la depresión adolescente, que pueden actuar como mantenedores del trastorno reforzando el bajo autoconcepto, la autoimagen negativa, y el mundo, que aparece como amenazante.

Creemos, así como analiza Maddaleno, (1987) que la depresión se asocia con síndromes de riesgo en la adolescencia. Este síndrome consiste en la presencia simultánea y covariable de factores de riesgo asociados con la manifestación de cuatro problemas de salud típicos de los adolescentes: (a) abuso de sustancias, (b) embarazo o iniciación sexual temprana, (c) abandono escolar o problemas con el rendimiento académico, y (d) delincuencia.

Asimismo, Maddaleno (2000) tal como lo cita Blum, (2003), en un estudio de seguimiento del riesgo en adolescentes latinoamericanos, presentó los principales indicadores de riesgo: (a) presentar un trastorno mental, (b) tener una discapacidad importante, (c) una enfermedad grave o potencialmente mortal, (d) no estudia ni trabaja, (e) abandonó la escuela primaria o aún no ha comenzado la escuela, (f) comenzó a tener relaciones sexuales promiscuas antes de los 15 años, homosexual o emocionalmente traumático resultados, (g) intentó su vida o la expresó implícita o explícitamente de manera evidente, (h) un embarazo no deseado, (i) fumar antes de los 13 años, beber en exceso e incluso el uso ocasional de drogas, (j) vivir o haber vivido en una situación de abandono por parte de la familia, (k) ser parte de un entorno social enfermo (promiscuo, drogadicto, violento), (l) tener antecedentes penales o criminales (conducta delictiva o violenta), y (m) antecedentes de abuso o maltrato.

Como indicadores claves de la enfermedad emocional, Maddaleno (2000) tal como lo cita Blum, (2003), sugiere: la enfermedad emocional infantil, la enfermedad crónica o malformaciones

clínicas severas, el uso de sustancias tóxicas y los intentos de suicidio, y el inicio temprano de la actividad sexual. Las deficiencias emocionales significativas, los fracasos escolares o los problemas continuos con el rendimiento escolar y la disfunción familiar crónica aparecen como criterios de valoración secundarios de la enfermedad emocional.

Como vemos, muchos indicadores que pueden asociarse a la depresión parecen estar asociados a conductas de riesgo específicas para conductas de riesgo particulares, o como parte de indicadores de riesgo generales en manifestaciones del síndrome de riesgo en la adolescencia.

Según Gómez & Rodríguez, (1997), y Bernal & Escobar, (2000); la naturaleza de los eventos significativos presentes en la historia de vida de los jóvenes antes del desarrollo de la depresión y relacionados con los procesos de adaptación del joven a situaciones como las dificultades inherentes, a veces para ir a la universidad, elegir una carrera, comenzar o no poder realizar una actividad, elección de compañero de vida, distanciamiento de la relación de los padres, cambio de lugar de residencia, presencia de enfermedad, gravedad propia o de un familiar, matrimonio, divorcio, separación, pérdida del trabajo, muerte de un familiar o amigo, abuso sexual y abuso físico o psicológico.

Entendemos que la presencia de depresión, el consumo de sustancias y el bajo rendimiento académico pueden coexistir, ya que son comorbiles (Diego, Field & Sanders, 2003), y es bien sabido que la probabilidad de presentación de conductas de riesgo en los adolescentes aumenta cuando se presentan otras conductas de riesgo anteriores. (Arias, 2000)

Sin embargo, otros factores de riesgo que aún están explorándose sus variables, se relacionan con la pobreza pudiendo promover características familiares que influyen en los síntomas depresivos en los jóvenes. Las variables seleccionadas fueron la edad de la mujer durante el embarazo (especialmente en la adolescencia), el nivel de educación, el estado civil y la falta de apoyo emocional y habilidades parentales deficientes. (Keegan, 2002).

Se ha informado que la construcción del comportamiento en la edad escolar está asociada con las características del estilo de crianza y la familia. Así, se encuentra que aunque la relación con los padres sea débil, estas figuras de autoridad contribuyen de manera significativa e independiente a la construcción de la conducta adolescente. (Flour & Buchanan, 2003).

Pensamos que los factores socioeconómicos y cambios en la estructura familiar se asocian con la presencia de depresión en adultos jóvenes tal como expresan Gilman, Kawachi, Fitzmaurice & Buka (2003) que sugieren que la separación matrimonial y el bajo nivel socioeconómico tienen un impacto en la felicidad de los miembros de la familia.

Siguiendo con los factores de riesgo, McCloskey & Lichter (2003), estudiando muestras de adolescentes, encontraron que los jóvenes que habían observado violencia parental durante su infancia tenían más probabilidades de desarrollar síntomas depresivos en la adolescencia. La

evidencia indica que los jóvenes en parejas problemáticas son más propensos a experimentar depresión durante la adolescencia, así como agresión física hacia parejas del mismo sexo, parejas y padres mamá.

Los resultados del estudio de McHolm, MacMillan & Jamieson (2003) son consistentes con los informes de otros investigadores que han demostrado una relación entre la exposición a uno o más tipos de abuso infantil (físico, sexual, o negligencia) y la depresión. Mc Holm et al. (2003), realizaron un estudio de 347 mujeres diagnosticadas con trastorno depresivo mayor, de las cuales tenían entre 15 y 64 años. Los resultados de este estudio indican que la prevalencia del trastorno depresivo mayor entre las mujeres que sufrieron maltrato físico en la infancia fue del 40,3%, casi el doble de lo informado por el total de la muestra, con una tasa del 21%. Además, las mujeres deprimidas que sufrieron abuso físico en la infancia tenían casi tres veces más probabilidades de suicidarse.

Pensamos relevante como factor de riesgo al trastorno depresivo, el sentido del soporte social que se define como “sentimiento de ser alguien importante ante los ojos de otros, o ser importante para los demás, querido, valorado, y tener a alguien que escuche, y ayude cuando sea necesario” (Cornwell, 2003, p. 95). Las interacciones sociales positivas, el crecimiento o mantenimiento del apoyo social, promueven el bienestar de los jóvenes (Cornwell, 2003).

Mencionando lo detallado en el último párrafo, debemos nombrar como factor de riesgo el uso de sustancias como un comportamiento que a menudo comienza en la adolescencia, tal como puntualizan los autores Diego, Field, & Sanders, 2003. Algunos de los factores de riesgo que se han identificado para este comportamiento son la presión de grupo, la popularidad y la depresión. Por otro lado, el buen rendimiento académico y la participación en actividades extraescolares se han mostrado como factores protectores.

Accediendo a otra visión multifactorial de la depresión podemos comprender la combinación de lo biológico, psicológico y social, entendiendo que somos seres biopsicosociales. Sabemos, así como nos expresa Hoyos, Lemos & Torres, (2012), que la etiología de la depresión es compleja y en la adolescencia se suscitan factores que contribuyen a la aparición de este trastorno depresivo.

Para adentrarnos en analizar cuáles son los factores de riesgo, analizaremos la mirada de Castellano Barca (2013). El autor describe a la sociedad posmoderna en la que vivimos, el desarrollo y la inteligencia comercial, y cómo esto ha sustituido al progreso en su sentido más amplio, haciendo hincapié en el tener, antes que en el ser. Esto es absorbido por nuestros jóvenes donde prima la tecnología y el humanismo se nutre cada vez menos. Hay una escasa transmisión de valores relacionados con la ética, moral y humanidad. Palabras como abnegación y sacrificio pierden su significado, ya no son vistas como una oportunidad para el desarrollo personal. Así mismo nuestros adolescentes entienden que hoy lo que prima es lo fácil e inmediato y no hay proyección de compromiso hacia el futuro.

Opinamos tal como Castellano Barca (2013), quien describe que teniendo en cuenta que la rebeldía y la baja percepción de riesgo, son características de la adolescencia, las familias se enfrentan a serias preocupaciones por el comportamiento de algunos adolescentes en el uso inadecuado de su tiempo de ocio, o aquellos, cuyo comportamiento es de riesgo de exposición a sustancias tóxicas, accidentes o aspectos sexuales. La relación entre los jóvenes es necesaria para la normalización y el desarrollo, aunque se ha modificado con las nuevas tecnologías, también hay cierto grado de aumento de la violencia.

Castellano Barca, (2013), describe el estudio “Comportamientos de salud en niños en edad escolar”, publicado en 2012 y realizado durante 30 años en varios países europeos, se basa en encuestas a 11.200 niños de 11 a 18 años. Los resultados fueron los siguientes: Se emborracharon por primera vez a los 13,8 años, el 43% lo había hecho al menos una vez y el 14 % bebe alcohol todas las semanas; el preservativo es el método anticonceptivo más utilizado, el 34,6% ha tenido relaciones sexuales, esta cifra llega al 55% a los 18 años (49,7% ellas). El 26,9% de las chicas tomaron una pastilla después del coito. Tenga en cuenta que cuatro de cada diez mujeres hispanas entre 15 y 50 años no usan ningún método anticonceptivo y entre 15 y 19 años, el 33% usa el coito anticonceptivo, siendo muchas consideradas efectivas y seguras. El 1,5% estaban embarazadas con peores resultados en las clases sociales más bajas. El 71% ha probado la marihuana en los últimos 12 meses.

Cabe aclarar que, según Chen & Baram, (2016), el aislamiento social es un factor de estrés, y algunos de los efectos del aislamiento pueden atribuirse a los efectos del estrés general (compromiso del eje hipotálamo-pituitario-adrenal. Con respecto al mismo concepto, para Hall, (1998), el aislamiento social también tiene efectos que van más allá de los efectos del estrés general y pueden atribuirse a la privación de estímulos cruciales para el mantenimiento de los mecanismos neurobiológicos y el desarrollo.

Comprendiendo el objetivo de esta tesina, podemos destacar, cómo se convierten en factores de riesgo, los efectos negativos del distanciamiento físico y la privación social, debido a medidas de aislamiento por Covid-19, resultando perjudiciales para los adolescentes. (Blakemore et al., (2014).

Destacamos como De Goede, Branje, Delsing & Meeus, et al., (2009), Albert, Chein & Steinberg, (2013), Knoll, Magis-Weinberg, Speekenbrink & Blakemore, (2015), Foulkes & Blakemore, (2018), la importancia de obtener la aprobación social de los compañeros y la influencia de pares que se incrementa en esta etapa, poniendo de manifiesto el factor de riesgo al que estuvieron sometidos los jóvenes, entendiendo como expresan otros autores, Sebastian et al., (2011), Somerville, (2013), (Foulkes & Blakemore, (2016) que los adolescentes son notablemente más sensibles a la aceptación, el rechazo y la aprobación de sus compañeros que los niños o los adultos.

Por último, como mencionaremos en los factores de protección a posteriori, la participación de los padres y cuidadores es un componente crucial, especialmente durante el desarrollo temprano, mientras que más adelante en el desarrollo, la influencia de los compañeros se convierte en un elemento adicional importante del entorno social. Nelson, Jarcho & Guyer, (2016).

Pensamos que es importante destacar lo que Orben et al., (2020) sostienen que la adolescencia es un período de la vida caracterizado por una mayor sensibilidad y una mayor necesidad de interacción con los compañeros. Las medidas de distanciamiento físico ordenadas a nivel mundial para contener la propagación de COVID-19 redujeron radicalmente las oportunidades de los adolescentes para entablar contacto social cara a cara fuera de su hogar. La privación social en la adolescencia puede tener consecuencias de gran alcance. Los estudios en personas demostraron cuán importante es la aceptación y la influencia de los compañeros en la adolescencia.

Por lo tanto, analizaremos varios factores que podrían considerarse de riesgo desde varios autores, así como Abufhele & Jeanneret, (2020) que expresan, que el impacto psicológico de la pandemia Covid-19, en la población infanto-juvenil depende de varios factores: tiempo, miedo al contagio, incertidumbre, frustración, aburrimiento, desinformación o información inadecuada, estrés económico del hogar, falta de insumos adecuados y espacio en el hogar.

### **10 2.3 Factores de protección de Depresión en la adolescencia**

Tal como otros autores expresan los factores protectores incluyen: a) buenas relaciones con los hermanos u otros parientes; b) en concordancia con lo encontrado por Hansen et al. (1987), el hecho de que los padres hablen con sus hijos sobre las consecuencias negativas del consumo de drogas, además de la prohibición al consumo de drogas, mostrando coherencia en el discurso; c) información proporcionada por los padres sobre los riesgos del sexo irresponsable y los beneficios de usar condones y otros métodos anticonceptivos; e) finalmente, como han señalado otros autores (Noller & Callan, 1991; Alonso & del Barrio, 1994), los adolescentes recurren a sus padres para solucionar problemas a través de la comunicación abierta y el vínculo afectivo.

Como seres biopsicosociales, como expresan Raffo & Rammsy, (1997) los factores protectores se refieren a los recursos ambientales disponibles para las personas, así como sus fortalezas disponibles para adaptarse a un contexto dado. Estos recursos también provienen de las tres dimensiones mencionadas anteriormente, en las que la familia se presenta como apoyo incondicional, fomentando la solidaridad y encontrando sentido en circunstancias difíciles.

La adolescencia es el conjunto de factores genéticos, de personalidad, social y cultural que configuran la adolescencia. Para implementar una intervención que aborde los problemas que enfrentan los adolescentes, es necesario pensar en ellos como criaturas por derecho propio. Podemos interferir con los factores de riesgo a los que los adolescentes se exponen, pero no se evidenciará un cambio significativo, debido a factores internos como la personalidad o las relaciones



con sus compañeros, quienes sustituyen la falta de comunicación familiar (Gutierrez, Andreu & Muñoz-Rivas, 2001), exponiendo aún más a los adolescentes a situaciones de riesgo.

En los estudios de Muñoz-Rivas & Graña (2001) sobre factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas, se encontró que los adolescentes de familias muy unidas o aglutinadas eran más propensos a consumir drogas. Si la relación parental es positiva y cercana y hay una actitud no permisiva hacia las drogas y el alcohol, indica un menor nivel de involucramiento de los adolescentes en su consumo.

También es interesante poder pensar desde el paradigma de la complejidad, que si vivimos en una época sin modelos estables, donde los menores observan y entablan patrones vinculares desde lazos violentos, debemos entender que la peligrosidad y la vulnerabilidad de los menores es una consecuencia de lo que conforman en sus creencias, actúan y transmiten a la sociedad. (Juárez, 2002)

Creemos que es central ubicar a la familia como el núcleo de las conductas de riesgo. Pensamos como Silva & Pillón, (2004) analizan que, si el adolescente lo siente como un ambiente hostil, buscará un grupo que le brinde seguridad, pero ante la falta de un referente digno y seguro de sus propios atributos, se desalinea rechazando a los otros. Esto conduce a la exposición de factores de riesgo como el consumo de drogas, la promiscuidad y el comportamiento violento como recursos de afrontamiento. Silva & Pillón, (2004).

Entendemos que las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan que un individuo alcance la salud general se conocen como factores de protección. Estos pueden provenir de la familia, lo cual es característico del grupo o comunidad a la que pertenecen. Por otro lado, los factores de riesgo son atributos o cualidades de una entidad o comunidad que se asocian con una mayor probabilidad de daño a la salud (Rojas, 2001). Estos aumentan la probabilidad de comportamientos como el uso y abuso de drogas, consumo de alcohol, uso de tabaco, delincuencia, abandono escolar y sexo temprano, porque están presentes factores protectores y de riesgo que se relacionan significativamente con la cultura, influyen y se ven influenciados por otros seres humanos de manera distinta. (Silva & Pillon, 2004).

Varios estudios han demostrado que la dificultad para comunicarse con los padres está relacionada con la dificultad para comunicarse con los compañeros, el malestar físico y psicológico y una mayor ingesta de tabaco y alcohol a edades tempranas. Así, determinados entornos familiares, como la falta de comunicación o las relaciones distantes, pueden promover conductas de riesgo en los adolescentes (Máiquez et al., 2004).

Cabe destacar según Jimenez, Musitu & Murgui, (2005), la importancia de desarrollar una estrategia de intervención no sólo que incluya a los adolescentes sino también a sus familias, incluyendo temas como el desarrollo evolutivo del adolescente, la sexualidad, el consumo de alcohol

y sustancias psicoactivas, la selección de la pareja sexual, el desarrollo cognitivo, el papel de los padres en el proceso adolescente y la comunicación constante entre padres e hijos para promover el desarrollo integral de los adolescentes.

Comprendemos que la presencia del padre como personaje de apoyo actúa como un factor protector proximal, es decir, afecta a los adolescentes mientras el padre figure como presente, mientras que los problemas de comunicación con la madre constituyen un riesgo distal significando que la madre ejerce una influencia directa en la conducta de riesgo del adolescente. Y minimiza los recursos de apoyo paternos percibidos. Así, la calidad de la relación de un adolescente con su madre puede afectar los patrones internos del niño, su relación con su padre y su capacidad para poder percibir el apoyo de este último. Jiménez, Musitu, & Murgui, (2005). Esto indica que, si bien la relación con ambos padres es importante, la forma en que se maneje la relación con la madre tendrá un mayor impacto y quedará subordinado en la relación con los demás.

Por otro lado, los factores ambientales como la pobreza, el racismo, la falta de padres, las relaciones afectivas y los esquemas morales son aspectos que día a día la humanidad tiene que enfrentar diferentes factores de riesgo (Banda & Frías, 2006).

Por lo tanto, resumiendo entendemos que es importante conocer cómo los adolescentes viven su relación con sus padres y cómo perciben que son influenciados por ellos, para poder identificar las situaciones de riesgo a las que se enfrentan, así como los factores que les afectan, los factores de protección y buscar alternativas de intervención.

Un estilo de vida saludable acompañado de una red de apoyo formada por un amplio círculo social, actividades deportivas y/o socioculturales, constituyen importantes recursos que forman parte de los factores protectores (Hoyos, Lemos, & Torres, 2012; Páramo, 2011).

Concluyendo lo relatado anteriormente, se ha aprobado que la tarea de atender y responder a las necesidades y problemáticas de la adolescencia es multidisciplinar, ya que involucra la responsabilidad social a través de personas, organizaciones y mediante la ejecución de programas de prevención específicos para ciertos problemas de la adolescencia. Los padres deben trabajar con los maestros y las escuelas para establecer entornos de aprendizaje de apoyo, asegurando que se fomenten comportamientos positivos tanto en el hogar como en la escuela (Páramo, 2011).

### **10.3 Capítulo 3: Eficacia de las técnicas de la Teoría Cognitiva Conductual para la depresión mayor en adolescentes**

En la siguiente sección, comenzaremos a profundizar en las características específicas de la depresión desde la perspectiva de Beck detallando las técnicas utilizadas de intervención para dicho trastorno.

Beck, (2005) explica que las primeras formulaciones de la Terapia Cognitiva para la depresión aparecieron en 1956 cuando el autor decidió oponer algunos de los conceptos esbozados por Freud en la discusión acerca de la depresión.

Entendemos que según este autor, la terapia cognitivo-conductual se basa en la suposición de que el estado de ánimo deprimido está relacionado con el comportamiento y el pensamiento de una persona; por lo tanto, las alteraciones en los patrones cognitivos y conductuales reducirán los síntomas permitiendo un mejor funcionamiento en su toma de decisiones posibilitando la construcción de relaciones más asertivas.

Los adolescentes están expuestos a un rango de factores estresantes y automáticamente responden a ellos con ciertas emociones. En el caso de adolescentes con depresión, estas respuestas automáticas son negativas y catastróficas, y los pensamientos depresivos las exacerbaban. Durante el tratamiento, es importante que el usuario del sistema comprenda la naturaleza y la base teórica de la terapia cognitiva y que le explique que su condición subyacente puede variar en intensidad. Para lograrlo, el especialista prepara al usuario del sistema presentándole el plan de tratamiento y metas a alcanzar durante el tratamiento.

Continuando con los objetivos principales de la terapia cognitiva conductual, según Beck, (2005) son reducir los síntomas depresivos y prevenir la recurrencia; también, el objetivo a largo plazo es desarrollar estrategias más eficaces para hacer frente a circunstancias ambientales difíciles y para hacer frente a los sentimientos negativos. Trabaja en colaboración con el usuario del sistema para que pueda identificar sus pensamientos erróneos y modificar los modelos o patrones cognitivos que generan estas ideas. El terapeuta desarrolla un plan de tratamiento para orientar la intervención en la práctica clínica, sin embargo, debe asegurarse de que el usuario del sistema esté dispuesto a seguir el plan de tratamiento. Es así como el terapeuta y el usuario del sistema trabajan juntos para identificar y evaluar la cognición, debido a esto, el terapeuta comienza a buscar las razones por las cuales la persona con depresión tiene creencias negativas. Durante el tratamiento, el usuario del sistema es consciente de su visión de ciertos eventos pasados que respaldan sus ideas negativas, así como también interpreta los eventos actuales en términos de formas de apoyar estas ideas.

### **10.3.1 Técnicas de la Terapia Cognitiva Conductual para la depresión mayor en adolescentes**

En la siguiente sección, exploramos los temas que debemos considerar al presentar la psicoterapia cognitiva a un usuario del sistema.

Según la teoría cognitivo conductual propuesta por Beck, Rush, Shaw & Emery, (2005), los trastornos psicológicos provienen de maneras erróneas de procesar la información, conocidas como distorsiones cognitivas. Emoción y conducta se ven influenciadas por percepciones e

interpretaciones de la persona acerca de algún evento en particular, por lo cual se responderá desde esas atribuciones personales más que por los eventos en sí mismos. El sustrato psicológico de la depresión se analiza a través de tres conceptos: tríada cognitiva, esquemas y errores cognitivos. Los patrones que la persona experimenta tienen un sesgo negativo sobre sí mismo, el mundo y el futuro. Aaron Beck considera los signos y síntomas del trastorno depresivo como consecuencia de estos tres conceptos de patrones cognitivos negativos.

La Terapia cognitivo conductual es un tipo de tratamiento conductual a corto plazo y centrado en el problema. Los terapeutas utilizan técnicas como: ejercicios de relajación, sociales, físicos y de pensamiento buscando aumentar la conciencia y el registro de la persona sobre emociones, comportamientos, creencias desafiantes. Es posible realizar intervenciones basadas en la atención plena (mindfulness), terapia narrativa y métodos de gestión de tiempo. (Malak, 2018)

Según Beck (citado en Feixas y Miró, 1993, p.240-241), el abordaje terapéutico no depende del tipo de enfermedad a tratar, sino que es el contenido cognitivo distorsionado lo que varía de un trastorno a otro. El objetivo radica en el alivio de los síntomas de la persona.

Desde la mirada de Beck et al. (1979/1983), el terapeuta se enfrenta a importantes obstáculos para determinar que se pueda requerir de una terapia cognitiva, así como evaluar la necesidad de incorporar junto a la terapia un tipo de tratamiento farmacológico, así como definir qué tipo de usuario necesitaría una combinación de ambos. Además está decir, que, a su vez, la respuesta al tratamiento puede presentarse de manera heterogénea en todas las depresiones. Por ello, se recomienda que el clínico investigue a fondo y minuciosamente al usuario del sistema antes de tomar una decisión.

Una vez iniciado el tratamiento, también se deben realizar evaluaciones periódicas para determinar si es necesario una reorganización del método debido a algún error en el diagnóstico. Entendemos que diagnosticar la depresión es el primer impedimento al momento de indicar un tratamiento terapéutico cognitivo debido a no existir un consenso de criterios que diagnostiquen el síndrome depresivo. Según Beck et al. (1979/1993) el Trastorno Depresivo Mayor, se basa en criterios del DSM 5 como hemos descrito en el capítulo anterior. Estos autores argumentan que algunos trastornos depresivos mayores pueden responder satisfactoriamente a la terapia cognitiva sola o en combinación, mientras que los trastornos depresivos menores responden mejor a la terapia cognitiva sola. Ellos, a su vez, destacan la existencia de ciertos factores que influyen en la manifestación del trastorno, a saber, la edad, el sexo, el tipo de personalidad pre mórbida, a su vez se evalúa el nivel socioeconómico e intelectual, cual es la gravedad de la enfermedad

Aunque los criterios del DSM 5 proporcionan una base para determinar la presencia o ausencia de un síndrome depresivo, Beck et al. (1979/1993), expresan que aún no se ha confirmado la validez de este método para todas las depresiones.

A tener en cuenta un factor relevante es cuándo indicar o no una terapia cognitiva es poder recurrir al historial médico y/o farmacológico, así como una evaluación médica reciente. Esto se debe a que existen varios trastornos médicos asociados con los síntomas de la depresión a ser: disfunción tiroidea, cáncer, infecciones virales. Sin esta información, la terapia cognitiva o los antidepresivos pueden prescribirse de manera inapropiada cuando la causa está en otra parte (Beck et al., 1979/1993, p. 327).

Los investigadores concluyen que el término "depresión" cubre un conjunto muy heterogéneo de problemas. La falta de un sistema de clasificación unificado para la depresión y la falta de datos empíricos presenta limitaciones para determinar qué depresiones responden mejor a un trastorno de conducta generalizado.

Para empezar con las técnicas utilizadas para intervenir con la depresión, describiremos tal como cita Beck (2000) la técnica de psicoeducación de la más utilizada en TCC. Esta técnica se puede utilizar básicamente en el primer encuentro con el usuario del sistema. El objetivo es proporcionar información clara y sencilla sobre el trastorno que padece y sobre el modelo teórico de la terapia cognitiva. La finalidad de aplicar esta técnica es reducir la ansiedad del usuario del sistema al inicio del proceso de tratamiento. A su vez, sentir que el terapeuta poco a poco va comprendiendo su malestar, pudiendo explicárselo y mostrándole que otros lo han tenido y obtener ayuda, mejora el cumplimiento, adherencia y la motivación por el tratamiento.

La programación de actividades es una técnica en la que se establece un programa de actividades que el usuario realiza durante la semana. De esta forma, el terapeuta obtiene información importante sobre las actividades placenteras para intentar incrementarlas y trabajar con las actividades abrumadoras.

Según Beck, (1995/2000) el desempeño de la persona influye fuertemente en el estado de ánimo. Feixas & Miró, (1993) destacan la importancia de esta técnica para superar la dificultad de la persona a la hora de tomar decisiones, reducir la contemplación y, fundamentalmente, superar la inercia a la que se entrega el usuario del sistema deprimido.

Beck, (2000) destaca que otra técnica utilizada por la TCC refiere a los experimentos de comportamiento o conductuales. Decimos que están diseñados para que el usuario del sistema verifique por sí mismo la validez de una creencia o pensamiento en la práctica. Tanto Feixas como Miró (1993) comparten la idea de que el cambio de comportamiento experimentado por tales experiencias puede funcionar como un medio para lograr la reestructuración cognitiva. Entendemos que estas experiencias tienen mayor poder para cambiar el esquema del usuario del sistema que las técnicas verbales.

Recordamos gracias a Feixas & Miró (1993) la técnica de entrenamiento de habilidades específicas de la TCC, que trata de crear situaciones para potenciar determinadas competencias

del usuario, aumentar su confianza y permitirle construir una imagen más positiva y competente de sí mismo.

Otra herramienta utilizada por la TCC refiere a las técnicas de distracción y reenfoque. Estas sugieren al usuario participar en actividades placenteras o recreativas en momentos de depresión o ansiedad. La percepción de la persona permite dirigir la atención a otros estímulos, facilitando la capacidad de generar procesos cognitivos más adaptativos (Feixas y Miró, 1993). Reenfocar la atención del usuario del sistema es de gran ayuda cuando necesita concentrarse en la tarea inmediata que está desarrollando en un momento en que se siente abrumado por una situación particular (Beck, 1995/2000).

Finalmente describiremos la técnica de relajación de la TCC que, según Beck, (1995/2000, p. 257) trata de una herramienta prestada de los modelos de la terapia conductual. Durante esta sesión se practican varios ejercicios para enseñar a la persona a relajarse y medir su eficacia. Es una técnica que trabaja para reducir los niveles de ansiedad existentes en la persona reduciendo la excitación a nivel fisiológico. También hay que recordar que a nivel cognitivo ayuda a promover y aumentar la percepción de autocontrol, mejorando la imagen que la persona tiene de sí mismo.

### **10.3.2 Conceptos centrales para intervenir con técnicas específicas desde la TCC para abordar la depresión.**

Para mencionar una de las técnicas desde el marco cognitivo conductual para intervenir en cuadros de depresión en adolescentes, como lo es la Activación Conductual, debemos mencionar algunos conceptos a tener en cuenta como: a que se refieren los objetivos terapéuticos, la definición de alianza terapéutica y el empirismo colaborativo, la triada Cognitiva de la Depresión, y el registro de actividades placenteras.

#### **10.3.2.1 Objetivos Terapéuticos**

Como ya sabemos, la TCC es un enfoque basado en paradigmas que siguen el uso del método científico en psicología. Un terapeuta cognitivo conductual realiza tres procedimientos importantes: explicar, predecir y cambiar el comportamiento.

Los objetivos del tratamiento surgen de los casos mencionados, no de un criterio arbitrario o del gusto personal del psicólogo por una determinada técnica. No excluye el papel activo del paciente en el tratamiento e incluye la consideración ética de que el terapeuta y el paciente acuerdan y aceptan explícitamente las metas planteadas por el paciente. Específicamente, para formular objetivos concretos y razonables, primero es necesario que un psicólogo cognitivo - conductual realice una evaluación del caso.

En primer lugar, el psicólogo debe definir el trastorno mental que padece el paciente. Por lo tanto, durante la recolección de datos, es necesario identificar:

1. Conductas problemáticas que sufre el paciente (esto incluye no solo conductas observables, sino también variables derivadas como pensamientos y sentimientos).

2. Situaciones ambientales, interpersonales y contextuales relacionadas con el estado psicológico del paciente.

3. Cuál es el diagnóstico psiquiátrico.

4. El inicio, desarrollo y curso del problema del paciente y alguna información importante sobre su historial médico.

Después de dedicar algunas sesiones (generalmente de 3 a 5) a la evaluación, el psicólogo realiza un análisis detallado de los datos, formula hipótesis sobre la persistencia de los problemas de comportamiento y formula un plan de tratamiento específico. En este punto, el terapeuta debe tener muy claras tres cosas: Variaciones que provocan y mantienen problemas de conducta. Objetivos generales y objetivos específicos alcanzables. Técnicas aplicadas.

Habiendo planteado los ejes principales de la evaluación conductual, volvemos a centrarnos en los objetivos de la terapia. Ya hemos dicho que se acuerdan entre el terapeuta y el paciente. Los objetivos "guían" las intervenciones que implementamos. (Dahab, Rivadeneira et Minici, 2014)

#### **10.3.2.2 Alianza Terapéutica y Empirismo Colaborativo**

Como hemos mencionado anteriormente y específicamente para cuadros depresivos, comprendemos que un psicólogo debe evaluar si una intervención psicoterapéutica sola o en combinación con una intervención psicofarmacológica es apropiada para una persona en particular con cualquier tipo de trastorno de salud mental. También vale la pena considerar que un paciente que acude habitualmente a una consulta: a) experimenta malestar, b) muestra a un extraño emociones negativas, conductas desadaptativas, pensamientos distorsionados, así como algunos de sus aspectos más vulnerables, c) se aparta de los roles sociales más competentes y se presenta con aspectos menos atractivos o subjetivamente menos deseables de sí mismo, causándole a menudo inseguridad y miedo. En este contexto, aplicando medidas psicoterapéuticas empíricamente avaladas, el terapeuta no puede ni debe ignorar las múltiples variables (paciente, terapeuta e interacción terapéutica) que influyen en los resultados de sus intervenciones, destacando alianzas terapéuticas entre ellas. (Andrade Gonzalez, 2005).

Bordin (1979) definió la alianza terapéutica como un elemento relacional activo de todas las relaciones que buscan generar un cambio. Su formalización implica la existencia de tres componentes o dimensiones:

1. El vínculo recubre una compleja red de vínculos personales positivos entre el paciente y el terapeuta, cuya calidad está determinada por la voz emocional que el

paciente expresa al terapeuta, que incluye, empatía, confianza mutua y aceptación. Cabe aclarar que el concepto relacionado con la conexión es el "rapport", que incluye el grado de contacto afectivo entre este último paciente y terapeuta (Fernández-Liria & Rodríguez, 2001).

2. Debe existir un acuerdo entre la persona y el terapeuta sobre los objetivos de la psicoterapia, es decir entendimiento mutuo de lo que las intervenciones psicoterapéuticas pretenden lograr, así como sus alcances.

3. Lograr acordar entre la persona y el terapeuta sobre las tareas a realizar o las actividades esencialmente relacionadas con la psicoterapia que se lleva a cabo. Se refiere al acuerdo sobre los medios apropiados para lograr las metas previstas, para lograr un buen funcionamiento terapéutico. La relación se caracteriza por el hecho de que: a) tanto el paciente como el terapeuta consideran importantes y significativas estas tareas y b) cada uno de ellos está dispuesto a responsabilizarse de su cumplimiento.

#### **10.3.2.3 Triada Cognitiva de la Depresión**

La depresión es actualmente uno de los trastornos mentales más alarmantes en el mundo, debido a su prevalencia, impacto en la vida de las personas y altos costos económicos (Bernaras, Jaureguizar, Soroa, Ibabe, & De las Cuevas, 2013; Dobson & Dozois, 2008).

Una de las teorías cognitivas más estudiadas es la teoría cognitiva de la depresión de Beck (1967, 1983). Un elemento central de esta teoría es la estructura del esquema. Se cree que las personas que tienen una mentalidad depresiva cuando ocurre un evento aversivo en sus vidas tienen más probabilidades de procesar negativamente la información autorreferencial. En otras palabras, una persona deprimida se caracteriza por un procesamiento sesgado de la información emocional autorreferencial, prestando atención a la información negativa e ignorando otro tipo de información, principalmente la positiva (Beck, 1991; Sánchez y Vázquez, 2012). Estos sesgos cognitivos promueven pensamientos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Por lo tanto, las personas deprimidas tienden a atribuir sus experiencias desagradables a deficiencias personales, psicológicas, morales o físicas. Se dan cuenta de que el mundo les exige demasiado y/o les pone obstáculos insuperables para lograr sus objetivos; y esperan que sus dificultades y sufrimientos actuales continúen indefinidamente (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Estos tres grupos de evaluaciones negativas se denominan tríada cognitiva negativa de la depresión, otro principio central de esta teoría, porque se cree que es responsable del mantenimiento y empeoramiento de otros síntomas depresivos (Beck, 1987).



#### **10.3.2.4 Activación Conductual**

En psicología, diversas perspectivas teóricas (p. ej., psicoanálisis, conductismo, humanismo) han desarrollado estrategias terapéuticas para intervenir sobre cuadros de depresión. Estudios empíricos han demostrado una mayor efectividad de las intervenciones desde una perspectiva cognitivo-conductual y conductual, manteniendo sus resultados a largo plazo, lo que les permitió formar parte de los llamados tratamientos apoyados empíricamente (Hollon y Dimidjian, 2009), en los que la Activación Conductual (de aquí en más AC) ha mostrado efectos superiores en el tratamiento de la depresión (Jacobson et al., 1996).

La terapia de activación conductual trata la depresión desde una perspectiva contextual, explicándola como un patrón de comportamiento dependiente del contexto cuyos efectos no dependen de una unidad biológica o intrapsíquica, considerando el entorno y la historia personal como elementos principales. en su explicación (Pérez-Alvárez, 2007). Por tanto, el objetivo de esta intervención es realizar cambios ambientales que permitan a las personas aumentar su interacción con lo que les hace volver a actuar facilitando el acceso a nuevas y diferentes fuentes de refuerzo (Ferster, 1973), lo que conduce a un nuevo contexto conductual (Hopko, Lejuez, Ruggiero, & Eifert, 2003; Martell, Addis, & Jacobson, 2001.)

#### **10.3.2.5 Registro de actividades placenteras**

Cuando se trata de la importancia de realizar actividades placenteras, lo primero que vale la pena mencionar son sus beneficios para el estado mental. Las actividades que disfrutamos tienen un efecto positivo en nuestro estado de ánimo, independientemente de que tengamos un problema como la depresión. Cuando hacemos algo que nos gusta, surgen emociones positivas que mejoran nuestro estado de ánimo y nos hacen sentir mejor.

Además de mejorar nuestro estado de ánimo, las actividades de fortalecimiento también pueden ayudarnos a alejarnos del trabajo y evitar pensamientos negativos. Cuando realizamos actividades placenteras, nos sumergimos en la actividad y, por lo tanto, enfocamos nuestros recursos cognitivos para realizarla. De esta manera podemos evitar pensamientos negativos y actividades placenteras, preocupaciones, dejándonos mentalmente desapegarnos de ellas.

Finalmente, dedicarse a actividades placenteras permite el desarrollo de los aspectos personales. Una de las actividades positivas más importantes es la actividad social. Al realizar actividades sociales, ponemos en marcha nuestras habilidades de comunicación. (Catalán, 2022)

### **10.3.3 Relación entre depresión en adolescentes en pandemia y las intervenciones de TCA**

Entendemos que en situaciones de crisis ya sean guerras, desplazamientos forzados, migraciones, desastres naturales, epidemias, o pandemias, las consecuencias para la salud física de las personas son evidentes. (Ventura Velázquez, 2011).

Tal como expresa Maristany, et al, (2021) las medidas de aislamiento como las restricciones han afectado en gran medida en los jóvenes. Las percepciones negativas relacionadas con los contactos y vínculos sociales limitados, barreras de actividad, duelos de ruedas y proyectos inconclusos, lleva a niveles elevados de trastornos depresivos en los jóvenes adolescentes.

La depresión es uno de tantos otros factores que aparecen en situaciones estresantes o eventos importantes, por lo que Barra, Cerna, Kramm et Véliz (2006), realizaron un estudio investigando si existe una relación entre los adolescentes y los problemas de salud, el cual mostró una relación importante entre eventos estresantes, estrés percibido y estados de ánimo depresivos, por lo que se puede afirmar que la pandemia, considerada un evento estresante, afectó los resultados de los instrumentos utilizados en este estudio entre los jóvenes, evidenciado un 22,2% entre depresión grave y moderada. (Barra, Cerna, Kramm, & Véliz, 2006).

La depresión en los jóvenes es un problema común de salud mental. La frecuencia de esta enfermedad varía del 4 al 5 por ciento. Se asocia a niveles altos de recaída y recurrencia en el transcurso de la vida. La activación conductual (AC) es un programa que ha demostrado su eficacia en esta psicopatología en numerosos estudios. (Bianchi, J. et Henao, A. 2015).

Fester (1973) explicó el estado depresivo como resultado de una disminución del refuerzo positivo debido a la falta de conducta adaptativa; es decir, actividades que pueden traer satisfacción del contacto con otras personas o directamente de las mismas actividades. La situación se crea paulatinamente: inicialmente, el sujeto exhibe una conducta para recibir refuerzo, pero cuando no lo recibe, comienza a enfocarse en su situación de carencia e ignorar fuentes de refuerzo en el ambiente; al mismo tiempo, el repertorio de operantes adaptativos disminuye, dando como resultado una pasividad general. Posteriormente, el sujeto percibe consecuencias cada vez más desfavorables a sus acciones y opera en un paradigma de escape/evitación, prestando más atención a su situación y reduciendo aún más el rango de sus respuestas. Esta situación retroalimenta y conduce al estado característico de los sujetos diagnosticados con depresión. Por este motivo, es relevante el análisis de Orben et al., (2020) quienes sostienen que la adolescencia es un período de la vida caracterizado por una mayor necesidad de comunicarse con los compañeros y que las medidas de distanciamiento físico aplicadas para prevenir la propagación de COVID-19 han reducido las oportunidades para que los jóvenes interactúen cara a cara fuera de sus hogares.

A su vez, según Barraca, (2010) la terapia de activación conductual ha demostrado ser efectiva en los trastornos depresivos debido a su bajo costo económico y corto tiempo de implementación. Los cambios se monitorean desde el principio utilizando los principios de refuerzo

positivo y ley de suavizado. Con este tratamiento se puede demostrar que la depresión tiene un efecto sobre la depresión, que se observa en la reducción de la depresión, el aumento de la conducta saludable y el cambio subjetivo del estado de ánimo observado por el índice TAU-u (Parker et al., 2016), lo que permitió determinar una tendencia positiva del tratamiento y señaló que el nivel de cambio es significativo.

## 11. Conclusión

La depresión es una enfermedad mental multifactorial que afecta a personas de todas las edades, siendo la población adolescente la más vulnerable al impacto de los síntomas depresivos, en las áreas del desarrollo: educativo, familiar, social, afectivo, cognitivo, espiritual, limitando significativamente la calidad de vida de los jóvenes. (OMS, 2021).

Creemos relevante la etapa adolescente como período de crisis, y es por esto que entendemos que el abordaje de los jóvenes deprimidos es muy complejo debido a que esta etapa hace referencia a una etapa del ciclo vital de la persona en el que se sucede multiplicidad de cambios que afectan a los diferentes aspectos de la vida, alternado y produciendo transformaciones del cuerpo, la mente, las relaciones familiares y sociales (Moreno y del Barrio, 2005).

La pandemia ha acrecentado estos factores de riesgo para los jóvenes. La salud mental de la población adolescente en Capital Federal, Buenos Aires, Argentina, puede verse afectada por las consecuencias adversas de la pandemia del COVID-19 en una etapa del ciclo vital del adolescente donde sus percepciones siempre impactaron de manera negativa relacionadas con las restricciones en el contacto social, actividades, sumado a duelos por ciclos y proyectos inconclusos provocado un alto grado de cuadros depresivos en esta franja etaria. (Maristany, et al.,2021)

Cabe que destaquemos que desde la TCC, las técnicas de intervención de la psicoterapia, para la depresión en adolescentes a ser: el fortalecimiento en las habilidades referidas a lo social, emocional, la psicoeducación, la activación conductual a través de la programación de actividades agradables, proporcionan herramientas que les permitan a estos adolescentes gestionar sus conflictos de una forma más funcional y sana. De esta manera los adolescentes podrían lograr identificar sus creencias disfuncionales y utilizar otras formas de pensamiento para resolver conflictos y manejar con precisión sus emociones. (Beck, 1995/2000).

Resaltamos que la terapia de activación conductual ha demostrado un gran beneficio en el tratamiento de la depresión en un corto período de tiempo. Al menos uno de sus protocolos (el protocolo CA) ya que se considera un tratamiento eficaz y está incluido en los manuales de intervención psicológica más reconocidos (Barlow, 2008). Pero más allá de su aceptación, la activación conductual tiene grandes ventajas: (1) es una intervención que utiliza métodos conductuales conocidos desde hace años (programación de acciones, exposición a situaciones evitadas, jerarquía de tareas, etc.), (2) su modelo explicativo es parsimonioso y basado en

principios de aprendizaje rudimentarios (refuerzo negativo y positivo, extinción) y (3) el diseño de la terapia es simple y su implementación no requiere un entrenamiento particularmente largo.

Según UNICEF (2021), en este entorno pandémico del Covid-19, es claro que la salud mental está determinada por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, y su preservación y mejora está relacionada con la dinámica de construcción social asociada a la salud mental, la realización de los derechos humanos y sociales por parte de todos. A partir de la concientización y visibilización de la situación de salud mental de adolescentes, se pueden desarrollar recomendaciones y medidas para orientar políticas públicas que consideren su impacto pandémico y garanticen, protejan, y amparen sus derechos.

## 12. Referencias bibliográficas

Abufhele M, Jeanneret V. Puertas Adentro: La otra cara de la pandemia. Rev ChilPediatr. 2020. Disponible en web: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062020000300319](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000300319) (fecha de acceso 23 ago. 2022)

Acosta-Hernández, M. E., Mancilla-Percino, T., Correa-Basurto, J., Saavedra-Vélez, M., Ramos-Morales, F. R., Cruz-Sánchez, J. S., & Duran Niconoff, S. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. Archivos de neurociencias, 16(1), 20-25.

Alianza para la protección de la niñez y la adolescencia en la acción humanitaria. Las normas mínimas para la protección de la niñez y adolescencia en la acción humanitaria. (2021) Disponible en web: <https://alliancecpha.com/es> (fecha de acceso: 22 de agosto de 2021)

Alomo, Gagliardi, Peloché, Somers, Alzina, Prokopez, Efectos psicológicos de la pandemia Coivd-19 en la población general de Argentina, Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba 2020; 77(3): 176-181, Disponible en web: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/28561> (fecha de acceso: 19 de diciembre de 2021)

Alonso, A. (2009). La depresión en adolescentes. La salud mental de las personas jóvenes en España, 85.

Alonso, C. y Del Barrio, V. (1994). Influencia de los factores familiares en el consumo de tabaco y alcohol (pp. 613-627). Sociodrogalcohol (XXI Jornadas Nacionales).

Allen, Brittany y Waterman, Helen, (2019). American Academy of Pediatrics. Disponible en web: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx> (fecha de acceso 11 de septiembre 2022)

Antón Menárguez, V., García Marín, P. V. y García Benito, J. M. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 3 (1), pp. 45-52. Disponible en la web: [https://www.revistapcna.com/sites/default/files/anton-menarguez\\_et\\_al\\_2016\\_tcc\\_depresion\\_adolescente\\_tardia.pdf](https://www.revistapcna.com/sites/default/files/anton-menarguez_et_al_2016_tcc_depresion_adolescente_tardia.pdf) (fecha de acceso 01 de septiembre 2022)

Amar, J. A., Llanos, R. A., & Acosta, C. (2003). Factores protectores: Un aporte investigativo desde la psicología comunitaria de la salud. *Psicología desde el caribe. Universidad del Norte*, 11, 107- 121. (fecha de acceso 01 de diciembre 2022)

American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5. American Psychiatric Pub

Amy Orben, Livia Tomova, Sarah-Jayne Blakemore, Lancet Child Adolesc Health 2020; 4: 634–40, Published Online, June 12, 2020, Disponible en web: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32540024/> (fecha de acceso 9 de diciembre 2021)

Andrade Gonzalez, (2005). La alianza terapéutica. Clínica y Salud. 16(1), 9-29. Disponible en web: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180616109001> (fecha de acceso 15 de diciembre de 2022)

Arias, J. A. (2000). Abuso de alcohol y drogas. En H. Montenegro & H. Guajardo (Eds), Psiquiatría del niño y del adolescente (pp. 406-425). Santiago de Chile: Mediterráneo

Asociación Médica Mundial, 2022, Disponible en web: <https://www.wma.net/es/que-hacemos/salud-publica/> (fecha de acceso 14 de diciembre)

Ayuso María, 10 de julio de 2022. Diario La Nación On line. Disponible en web: <https://www.lanacion.com.ar/comunidad/jamas-pense-que-mi-hija-podia-querer-morirse-la-devastadora-ola-de-trastornos-psiquicos-en-nid08072022/#/> (fecha de acceso 20 de septiembre 2022)

Baeza Villarroel, J. C. (2008). Clínica de la Ansiedad. Psicólogos especialistas en el tratamiento de la ansiedad

Banda, A.L. y Frías, M. (2006). Comportamiento antisocial en menores escolares e indigentes: influencia del vecindario y de los padres. Revista de Psicología de la pucp, 24, (1), 29-49.

Barraca, J. (2010). Tratamiento de activación conductual para la depresión (TACD). Descripción, técnicas y aplicación. Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla y León. Volumen (4). 27- 39 Disponible en web: <http://jorgebarraca.com/wp-content/uploads/Tratamiento-deActivacion-Conductual-para-la-Depresion-TACD.pdf>

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. Psychological Bulletin, 117(3), 497–529. Disponible en web: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497> (fecha de acceso: 23 de agosto de 2022)

Barlow, D. H. (Ed.). (2008). Clinical Handbook of Psychological Disorders. A step by-step treatment manual (4ª ed.). Nueva York: Guilford Press.

Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., & Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. Sociedad Chilena de Psicología clínica, 4(1), 55-61

Beck, A. T. (1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper y Row.

Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression. John Wiley y Sons: Chichester. 1979

Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P.J. Clayton y J. E. Barrett (Eds.), Treatment of depression: Old controversies and new approaches (pp. 265-290). New York: Raven Press.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). Terapia cognitiva de la depresión p. 8-9, p. 12-23). (S. Del Viso Pabón, Trad.). Bilbao, España: Editorial Desclée de Brower. (Trabajo original en 1979).

Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.

Beck, A. T. (1991). Cognitive Therapy. A 30-Years Retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-375.

Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. y Emery, G. (2005). Terapia cognitiva de la depresión. (19a. ed.) Bilbao: Editorial Desclée De Brower.

Beck, J. (2000). Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización (A. Ruiz, Trad.). Barcelona, España: Editorial Gedisa. (Trabajo original publicado en 1995).

Bella-Awusah, T., Rey, J. M., y Liu, J. (2017). Depresión en niños y adolescentes. En J. M. Rey (Ed.) Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra.

Bernal, H., & Escobar, L. (2000). Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29 (3), 251-259.

Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I. y De las Cuevas, C. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de Psicología*, 29(1), 131-140.

Bianchi, J. et Henao, A. (2015). Behavioral activation and depression: conceptualization, evidence and applications in Latin America. vol.33, n.2 [citado 2022-12-16], pp.69-80. Disponible en web: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082015000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082015000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en) (fecha de acceso 16 de diciembre 2022)

Birmaher, B., Arbelaez, C. & Brent D. (2002). Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 11, pp. 619-637.

Blakemore SJ, Mills KL. ¿Es la adolescencia un período sensible para el procesamiento sociocultural? Annu Rev Psychol. 2014; 65 :187–207.

Blum, R. (2000). Un modelo conceptual de salud del adolescente. En E. Dulanto (Ed.), El adolescente (pp. 656-672). Mexico: Mc Graw Hill

Broche Perez Y, Fernández castillo E, Reyes Luzardo D. Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia por el Covid 19. Revista Cubana de Salud Pública. 2020.

Cantwell, Dennis P. & Carlson, Gabrielle A., Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia, Martinez Roca, 1987, Barcelona.

Castañeda Gullot, C., & Ramos Serpa, G. (2020). Principales pandemias en la historia de la humanidad. Revista cubana de Pediatría, 92.

Castellano Barca, (2013) Sociedad Española de pediatría Extra hospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) Pediatra Integral 2013; XVII(2): 109-116 Disponible en web: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-03/el-adolescente-y-su-entorno/> (fecha de acceso 15 de septiembre 2022)

Catalán, (2022), CIPSIA Centro de Intervención Psicológica Integral y Aplicada, Centro Autorizado por la Comunidad de Madrid, Disponible en web: <https://www.cipsiapsicologos.com/curiosidades/la-importancia-de-realizar-actividades-placenteras/> (fecha de acceso 16 de diciembre 2022)

Chen Y, Baram TZ. Toward understanding how early-life stress reprograms cognitive and emotional brain networks. Neuropsychopharmacology 2016; 41: 197–206.

Comisión Ciencias Sociales Unidad Covid19, 2020, Disponible en web: [https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/Informe\\_Final\\_Covid-Cs.Sociales-1.pdf](https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/Informe_Final_Covid-Cs.Sociales-1.pdf) (fecha de acceso 9 de noviembre 2020)



Cornwell, B. (2003) The dynamic properties of social support: Decay, growth, and staticity, and their effects on adolescent depression. *Social Forces*. 81 (3), 953-978. (fecha de acceso 11 de octubre 2022)

Dahab, Rivadeneira et Minici, 2014) Formulación de objetivos y dirección del tratamiento en Terapia Cognitivo Conductual, *Revista de Terapia Cognitivo Conductual* n° 24. Disponible en web: <https://cetecic.com.ar/revista/wp-content/uploads/2022/04/formulacion-de-objetivos-y-direccion-del-tratamiento-en-terapia-cognitivo-conductual.pdf> (fecha de acceso: 15 de diciembre 2022)

De Goede IHA, Branje SJT, Delsing MJMH, Meeus WHJ. Vínculos a lo largo del tiempo entre las relaciones de los adolescentes con sus padres y amigos. *J Jóvenes Adolescentes*. 2009; 38 :1304–1315

DiClemente, R., Hansen, W., & Ponton, L. (1996). Adolescents at risk. En R. Diclemente (Ed.), Handbook of adolescent health risk behaviour. London: Plenum Press.

Diego, M., Field, T., & Sanders, C. (2003). Academic performance, popularity, and depression predict adolescent substance use. *Adolescence*, 38 (149), 35- 49.

Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica con datos extraídos del SNVS 2, y proyección de población INDEC 2021, Sala de Situación Nacional COVID-19 - Nuevo Coronavirus 2019 SE 12 Año 2022. Disponible en web: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/03/sala-web-se12-25\\_03.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/03/sala-web-se12-25_03.pdf) (fecha de acceso: 09 de diciembre de 2021)

Dobson, K. S. y Dozois, D. J. A. (2008). Introduction: Assessing risk and resilience factors in models of depression. En K. S. Dobson y D. J. A. Dozois (Eds.), *Risk factors in depression* (pp. 1-16) San Diego, CA: Academic Press <https://psycnet.apa.org/record/2009-11957-001> (fecha de acceso 10 de noviembre 2021)

Duque de Estrada J, Rodríguez. (2001). Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. *Rev Cubana Estomatol*. 2011; 39(2): 111-9

Espada, J. P., Orgilés, M., Piqueras, J. A. y Morales, A. (2020). Las Buenas Prácticas en la Atención Psicológica Infanto-juvenil ante el COVID-19. *Clínica y Salud*, 31(2), 109 - 113. Disponible en web: <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/clysa2020a14> (fecha de acceso: 10 de agosto de 2022)

Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J., Natalí, V., & Helmich, N. (2020). Salud Mental en Cuarentena. Relevamiento del impacto psicológico de la pandemia en cuatro momentos del aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) de Argentina. Buenos Aires, Argentina: Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Disponible en web: [https://www.psi.uba.ar/opsa/informes/20%20Informe%20OPSA%20COVID-19%20\(Salud%204\).pdf](https://www.psi.uba.ar/opsa/informes/20%20Informe%20OPSA%20COVID-19%20(Salud%204).pdf) (fecha de acceso 11 de septiembre 2022)

Feixa, C. (2005). La habitación de los adolescentes. Papeles del CEIC (16), 1-21. Disponible en web: <http://www.ehu.eus/ojs/index.php/papelesCEIC/article/view/12125/11047> (fecha de acceso 11 de noviembre 2021)

Feixas, G. y Miró, M. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona, España: Paidós.

Fernández Álvarez, H. (1992). Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires, Argentina: Paidós

Fernández-Liria, A. y Rodríguez, B. (2001). La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer

Fernández, O., Pérez, C., Gloger, S. y Krause, M. (2015). Relevancia de los cambios tempranos en la psicoterapia con adolescentes. *Terapia psicológica*, 33 (3), 247-255. Disponible en web: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082015000300008](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082015000300008) (fecha de acceso 9 de noviembre 2021)

Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.

Flour, E., & Buchanan, A. (2003). The role of mother involvement and father involvement in adolescent bullying behavior. *Journal of Interpersonal Violence*, 18 (6), 634-644.

Foulkes L, Blakemore SJ. Is there heightened sensitivity to social reward in adolescence? *Curr Opin Neurobiol* 2016; 40: 81–85.

Friedberg, R. y McClure, J. (2011). Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. (1ra. ed. online) Madrid: Paidós.

García Alonso, A. (2009). La depresión en adolescentes. Revista de estudios de juventud, 84. Disponible en la WEB: <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf> (fecha de acceso 9 de diciembre 2020)

García Suárez, C. I. y Parada Rico, D. A. (2018). Construcción de la adolescencia: una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas. Universitas Humanística, 85, pp. 347-373. Disponible en la web: [https://pdfs.semanticscholar.org/7efb/0135e124eed9dea2af4ef1cb848a2e1ce37d.pdf?\\_ga=2.238786880.1777060502.1659384330-1560943678.1659384330%20\(fecha%20de%20acceso%2011%20de%20septiembre%202022\)](https://pdfs.semanticscholar.org/7efb/0135e124eed9dea2af4ef1cb848a2e1ce37d.pdf?_ga=2.238786880.1777060502.1659384330-1560943678.1659384330%20(fecha%20de%20acceso%2011%20de%20septiembre%202022))

García-Vera, M. P., & Sanz, J. (2020). Las Ideas Equivocadas sobre la Depresión Infantil y Adolescente y su Tratamiento. Clínica y Salud, 31(1) ,55-65. ISSN: 1130-5274. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180662593006> (fecha de acceso 15 de septiembre 2022)

Gardeta Gomez, A. (2008) Combatiendo la inestabilidad emocional: Terapia Icónica para el trastorno límite de la personalidad. Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental. Volumen 1 (4), pág. 4-12.

Gilman, S., Kawachi, I., Fitzmaurice, G., Buka, S. (2003). Family disruption in childhood and risk of adult depression. The American Journal of Psychiatry, 160 (5), 939 – 946.

Gil Moreira, 2022. Diario La Nación On line. Disponible en web: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/adolescentes-en-crisis-los-colegios-alertan-sobre-alumnos-en-riesgo-y-apuran-estrategias-ante-la-nid09082022/>(fecha de acceso 20 de septiembre 2022)

Gómez, C., & Rodríguez, N. (1997). Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. Revista Colombiana de Psiquiatría, 26 (1), 23-35

Gómez A., Rubén Darío, González Edwin Rolando. Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores que deben considerarse. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2004, 22(1), 87-106 ISSN: 0120-386X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12022109> [fecha de Consulta 15 de Diciembre de 2022].

Guterres, Antonio. Secretario General de la ONU, Policy brief, COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. Disponible en web: <https://www.un.org/en/coronavirus/mental-health-services-are-essential-part-all-government-responses-covid-19> (fecha de acceso: 23 de agosto de 2022)

Gutierrez, Patricia, & Andreu, José Manuel, & Muñoz-Rivas, Marina (2005). Género y continuidad en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en jóvenes. Salud y drogas, 5(2),67-79.

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83905204> (fecha de acceso 11 de octubre 2022)

Hall FS. Social deprivation of neonatal, adolescent, and adult rats has distinct neurochemical and behavioral consequences. Crit Rev Neurobiol 1998; 12: 129–62.

Hansen, W.B., Graham, J.W., Sobel, J.L., Shelton, D.R., Flay, B.R. y Johnson, C.A. (1987). The consistency of peer and parent influences on tobacco, alcohol, and marijuana use among young adolescents. Journal of Behavioral Medicine, 10, 559-579

Herrera-Paz, J. J., Bobadilla-Jacob, P., Ben Igochnikof, D., García-zamora, S., Sandoval, C., Cancer M., González Dávila, E., Wolff, S., Wolff, D., Picco, J.M., Impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 en adultos de Buenos Aires. Revista Argentina De Cardiología [online]. 2020, vol.88, n.5, pp.454-459. ISSN 1850-3748. <https://repositorio.fleni.org.ar/handle/123456789/426> (fecha de acceso 11 de septiembre 2022)

Hollon, S. D., & Dimidjian, S. (2009). Cognitive and behavioral treatment of depression. En I. H. Gotlib y C. L. Hammen (Eds.). Handbook of depression. Nueva York: Guilford, pp. 586-603.

Hopko, D. H., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J., & Eifert, G.H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: procedures, principles and progress. Clinical Psychology Review, 23, 699-717.

Hoyos, E., Lemos, M. y Torres, Y. (2012). Factores de riesgo y de protección de la depresión en los adolescentes de la ciudad de Medellín. International Journal of Psychological Research, 5(1), pp. 109-121.

Iglesias Osoros S., Importancia del aislamiento social en la pandemia del Covid 19. Revista médica Herediana. 2020; 31 (3).

Imran N, Zeshan M, Pervaiz Z. Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19 Pandemic. Pak J Med Sci. 2020; 36(COVID19-S4): COVID19-S67-S72. Disponible en web: <https://www.pjms.org.pk/index.php/pjms/article/view/2759> (fecha de acceso: 23 de agosto de 2022)

Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 295-304

Jalloh M, Li W., Bunnell R., Ethier KA., O'Leary A., Hageman KM., et al, Impact of Ebola experiences and risk perceptions on mental health in Sierra Leone, 2015. *BMJ Glob Health*. 2018,3:e000471

Jiménez, T., Musitu, G. y Murgui, S. (2005). Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: efectos directos y mediadores. *Anuario de psicología*, 36 (2), 559-579.

Juan David Nasio, 2022. Las marcas de la pandemia. Página 12. Disponible en web: <https://www.pagina12.com.ar/437921-las-marcas-de-la-pandemia> (fecha de acceso: 23 de septiembre de 2022)

Juárez, M. (2002). La patología de la adolescencia: Reflejo de la sociedad actual. En Melgoza, M.E. (Coord.). *Adolescencia: Espejo de la sociedad actual* (pp. 29-42). Argentina: Lumen

Kaplan, Harold I., Sadock, & Grebb, (1997), "Sinopsis de Psiquiatría Clínica", 7ª Edición, Editorial Médica Panamericana, 1996, Buenos Aires.

Keegan, M. (2002). Influences and mediators of the effect of poverty on young adolescent depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 31 (3), 231- 239

Lam CB, McHale SM, Crouter AC. Tiempo con compañeros desde la infancia media hasta la adolescencia tardía: curso de desarrollo y correlatos de ajuste. *Desarrollo infantil* 2014; 85:1677–1693.

Ledermann Walter (2003) El hombre y sus epidemias a través de la historia, *Rev Chil Infect Edición aniversario 2003*; 13-17, [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182003020200003](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182003020200003) (fecha de acceso 01 de septiembre 2022)

Leal Becker, R., 2020. Artículo original. Breve historia de las pandemias. Vol 24 Disponible en web: <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Breve%20historia%20de%20las%20pandemias.pdf> (fecha de acceso 02 de noviembre 2022)

Linares Juan Luis & Campo Carmen, "Tras la honorable fachada". Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional, Paidós Terapia Familiar, 2000, Barcelona.

Maddaleno, M. (1987). Curso de multiplicadores en salud integral del adolescente. OPS-Kelloggs.

Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). Depression in context: strategies for guided action. New York: W. W. Norton, & Company, Inc.

McCloskey, L., & Lichter, E. (2003). The contribution of marital violence to adolescent aggression across different relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 18 (4), 390-412

McHolm, A., MacMillan, H., & Jamieson, E. (2003). The relationship between childhood physical abuse and suicidality among depressed women: Results from a community sample *The American Journal of Psychiatry*, 160 (5), 933-938.

Máiquez, M.L., et al (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16, (2), 203-210.

Malak, M. Z. (2018). Internet addiction and cognitive behavioral therapy. *Cognitive Behavioral Therapy and Clinical Applications*, 183-199

Maristany, M., Preve, P., Cros, B., & Revilla, R. (2021). Efectos del encierro en adolescentes en la pandemia de covid-19 en la ciudad de Buenos Aires, Argentina. *Psico*, 52(3), e41309. Disponible en web: <https://revistas.electronicas.pucrs.br> fecha de acceso: 19 de agosto de 2022)

Martinez Perez A, Fernandez Fernandez V, Alcantara Lopez M, Lopez Soler C, Castro Saez M. Resultados preliminares del impacto de la COVID 19 en niños/as y adolescentes expuestos a maltrato infantil. *Terapia Psicológica*. 2020; 38(3).

Mazzulla, M. & Gómez, B. (2011). Abordaje de trastornos emocionales. En H. Fernández Álvarez (compilador) *Paisajes de la psicoterapia*. Buenos Aires: Polemos

Michigan Department of Community Health, 2013. Disponible en web: [https://www.michigan.gov/-/media/Project/Websites/michiganprepares/docs/pdf/02/Isolation\\_and\\_Quarantine\\_Facts\\_-\\_Spanish.pdf?rev=8ba8e7d803cb402f9e3f494d49572f46](https://www.michigan.gov/-/media/Project/Websites/michiganprepares/docs/pdf/02/Isolation_and_Quarantine_Facts_-_Spanish.pdf?rev=8ba8e7d803cb402f9e3f494d49572f46) (fecha de acceso 15 de diciembre 2022)

Ministerio de Salud. (2013). Depresión en personas de 15 años y más. *Guía Clínica AUGE*, 2, p. 1-144.

Mojica-Crespo, Morales-Crespo, Pandemia COVID-19, la nueva emergencia sanitaria de preocupación internacional: una revisión, *Medicina de Familia. SEMERGEN*, Volume 46, Supplement 1, 2020, Pages 65-77, ISSN 1138-3593, Disponible en web: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359320301714?via%3Dihub> (fecha de acceso 03 de septiembre 2022)

Moreno Hernández, A., del Barrio, C. (2005). La experiencia adolescente: la búsqueda de un lugar en el mundo. Buenos Aires: Aique

Muñoz CO, Restrepo D, Cardona D. Construcción del concepto de salud mental positiva. Revisión sistemática. Rev Panam Salud Publica. 2016;39(3):166–73.

Muñoz-Rivas, M. y Graña, J. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. Psicothema, 16, (1), 87-94.

Nelson EE, Jarcho JM, Guyer AE. Social re-orientation and brain development: An expanded and updated view. Dev Cogn Neurosci 2016; 17: 118–27.

Noller, P. y Callan, V. (1991). The adolescent in the family. Londres: Routledge.

Novick AM, Levandowski ML, Laumann LE, Philip NS, Price LH, Tyrka AR. The effects of early life stress on reward processing. J Psychiatr Res 2018; 101: 80–103.

Orben, A., Tomova, L., & Blakemore, S. J. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *The Lancet. Child & adolescent health*, 4(8), 634–640. Disponible en web: [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(20\)30186-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(20)30186-3/fulltext) (fecha de acceso: 11 de junio de 2022)

Organización Mundial de la Salud, (2021), Disponible en web: <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20salud,aportar%20algo%20a%20su%20comunidad%C2%BB>.

Organización Mundial de la Salud, (2022), Disponible en web: <https://www.paho.org/es/noticias/23-7-2022-director-general-oms-declaro-que-brote-viruela-simica-constituye-emergencia> (fecha de acceso 11 de noviembre 2022)

Organización Panamericana de la Salud (2012) (fecha de acceso 2 de agosto 2022) Disponible en la web: <https://www.paho.org/es/temas/depresion> (fecha de acceso: 9 de julio de 2022)

Páramo, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. Terapia Psicológica, 29 (1)

Parker, R.I, Vannest, K.J, Gonen, O., & AdigUzel, T. (2016). Single Case Research. Texas: A&M University. Disponible en web: <http://www.singlecaseresearch.org/calculators/tau-u> (fecha de acceso: 16 de diciembre de 2022)

Perez A, Gregorio R, Gómez P, Ruiz Y. Impacto psicológico del confinamiento en la población infantil y como mitigar sus efectos: revisión rápida de evidencia. Cartas Científicas. 2020. Disponible en web: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/depresion2005.pdf> (fecha de acceso: 15 de agosto 2022)

Pérez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. Papeles del Psicólogo, 28, 97-110.

Pérgola F. La epidemia de fiebre amarilla en Buenos Aires. Rev Argent Salud Pública. 2014; Mar; 5(18):48-49. Disponible en web: <https://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen18/48-49.pdf> (fecha de acceso: 15 de septiembre de 2022)

Poznanski, E. y Zrull, JP (1970). Depresión infantil: características clínicas de los niños abiertamente deprimidos. Archivos de Psiquiatría General, 23 (1), 8–15. Disponible en web: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1970.01750010010004> (fecha de acceso: 22 de agosto de 2022)

Puerta-Cortés, D.; González-Santos, J. (19 de diciembre de 2019). Caracterización del estilo de vida saludable en una muestra de habitantes de las zonas rurales del Tolima. Indagare (7). ISSN 2357-5042. Disponible en web: <https://revistas.unibague.edu.co/indagare/article/view/190> (fecha de acceso 14 de diciembre de 2022).

Raffo, A. G. y Rammsy C. (1997). La resiliencia. Revista latinoamericana de psicología.

Ramos Valverde RA. La salud mental en situación de desastre. Una aproximación a sus particularidades. Rev Zoilo Marinello Vidaurreta. 2013. Disponible en web: <https://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/423> (fecha de acceso: 22 de agosto de 2022)

Rey, J. M., Bella-Awusah, T. y Liu, J. (2017). Depresión en niños y adolescentes. En J. M. Rey (Ed.) Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra.

Roig Catalina, Chequeado.com. Disponible en web: <https://chequeado.com/el-explicador/como-se-ubica-la-argentina-respecto-de-las-cuarentenas-que-existen-en-el-mundo/> (fecha de acceso 11 de septiembre 2022)



Rojas, M. (2001). Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Revisión del análisis del estado actual, [electrónico] [http://www.venumperu.com/friesgo\\_cap3\\_p50\\_93.pdf](http://www.venumperu.com/friesgo_cap3_p50_93.pdf) (fecha de acceso 05 de septiembre 2022)

Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. Lancet Child Adolesc Health. 2018;2:223–228.

Sebastian CL, Tan GCY, Roiser JP, Viding E, Dumontheil I, Blakemore S-J. Developmental influences on the neural bases of responses to social rejection: implications of social neuroscience for education. Neuroimage 2011; 57: 686–94.

Silva, I. y Pillón, S. (2004). Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico, Disponible en web: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/pmHNZYsRvNn7StKfxXzzXXM/?format=pdf&lang=es> (fecha de acceso 11 de septiembre 2022)

Somerville LH. Special issue on the teenage brain: Sensitivity to social evaluation. Curr Dir Psychol Sci 2013; 22: 121–27.

Stephanie Dowd, PsyD. September 14, 2021, Disponible en web: <https://childmind.org/es/articulo/como-ayudar-su-adolescente-deprimido/> (fecha de acceso: 22 de agosto de 2022)

Tafari, Chiesa, Caminati, Gaspio, Revista de Salud Pública, (XVII) 4:53-68, dic. 2013, Factores de riesgo y determinantes de la salud. Disponible en web: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/download/6855/7933> (fecha de acceso, 14 de diciembre 2022)

Thomas, Christian (2015). Historia de la adolescencia. En Centro de Estudios de la Sexualidad – Chile. Disponible en la web: <https://docplayer.es/96504965-Centro-de-estudios-de-la-sexualidad-chile-dr-christian-thomas.html> (fecha de acceso: 22 de septiembre de 2022)

Umbarila Z., Diana, Pardo A., Graciela, Sandoval D., Adriana Adolescencia y depresión. Revista Colombiana de Psicología [en línea]. 2004, (13), 17-32 ISSN: 0121-5469. Disponible en web: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401303> (fecha de acceso: 10 de julio de 2022)

Unicef Argentina, mayo 2020, Encuesta de Percepción y Actitudes de la Población. Impacto de la pandemia COVID-19 y las medidas adoptadas por el gobierno sobre la vida cotidiana. Informe Sectorial: educación. Disponible en web: <https://www.unicef.org/argentina/media/8056/file/Covid19-EncuestaRapida-InformeEducacion.pdf> (fecha de acceso: 22 de julio de 2022)

Unicef. Salud mental e infancia en el escenario de la COVID-19. Chile: Representación Unicef; 2020. Disponible en web: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-infancia-adolescencia-covid-19.pdf> (fecha de acceso: 22 de julio de 2022)

Unicef, 2020, El impacto del COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes. Disponible en web: <https://www.unicef.org/lac/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y-j%C3%B3venes> (fecha de acceso: 22 de agosto de 2022)

Vallejo, J. (2011). Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. (7ma. ed.). Barcelona: Masson.

Ventura Velázquez RE. Atención psicosocial en desastres. Temas para entrenamiento. La Habana: ECIMED; 2011.

Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. Lancet. 2020;395(10228):945-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7124694/> (fecha de acceso: 22 de agosto de 2022)

Zoch Zannini,C (2002). Depresión. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/depresion2005.pdf> (fecha de acceso: 19 de diciembre de 2021)