



Universidad de Belgrano
Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología

**“Tratamiento Cognitivo Conductual para adolescentes con
depresión mayor”**

Trabajo Final de Carrera
Agosto 2021

Alumna: Melina Ronit Sznicer
Matrícula: 402 21259
ID: 146603
Tutor: José Barros

Índice

Resumen	3
Introducción	4
Presentación del tema	4
Planteo del problema y pregunta de investigación	4
Relevancia y justificación de la temática	6
Objetivos generales y específicos	7
Objetivo general	7
Objetivos específicos	7
Alcances y límites del trabajo	7
Antecedentes	7
Estado del arte	10
Marco teórico	11
Terapia cognitiva de la depresión	11
Síntomas depresivos según el modelo cognitivo	13
Trastorno depresivo mayor	14
Adolescencia	16
Desarrollo metodológico	17
Procedimiento	17
Índice comentado	18
Capítulo 1: Depresión mayor en la adolescencia	19
1.1. Presentación clínica, evaluación y diagnóstico	19
1.2. Factores de riesgo	21
1.3. Factores de protección	24
Capítulo 2: Tratamiento Cognitivo Conductual para la depresión mayor en adolescentes	26
2.1. Estructura formal de la terapia cognitiva	26
2.2. Conceptualización del caso	28
2.3. Intervenciones cognitivas e intervenciones conductuales	29
2.4. Trabajar con la familia	35
Conclusión	37
Referencias bibliográficas	39

Resumen

El presente trabajo final de carrera tiene por objetivo abordar las intervenciones cognitivo conductuales para el tratamiento del trastorno depresivo mayor en adolescentes. Se describió la conceptualización del modelo cognitivo conductual propuesto por Aaron Beck y se tomaron las adaptaciones realizadas al modelo cognitivo conductual para la aplicación en niños y adolescentes propuestos por Friedberg y McClure, y Bunge, Gomar y Mandil. 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, por sus siglas en inglés). Se presentaron los aspectos descriptivos que caracterizan al período de la adolescencia. Se concluye que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es el tratamiento de mayor eficacia para el abordaje de la depresión en adolescentes.

Palabras clave: depresión mayor, adolescencia, terapia cognitivo conductual, eficacia.

Introducción

Presentación del tema

La adolescencia hace referencia a una etapa del ciclo vital de la persona en el que 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).

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 la persona, de acuerdo al DSM 5 (2013).

Según la teoría cognitivo conductual propuesta por Aaron Beck (2005), los trastornos psicológicos provienen de distorsiones cognitivas que se caracterizan por ser maneras erróneas de procesar la información. Las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos, por lo que los individuos responden al significado adjudicado a las situaciones, más que a los eventos mismos.

Según lo planteado por Beck (2005), el sustrato psicológico de la depresión se explica a partir de tres conceptos: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. La persona experimenta patrones cognitivos que tienen un sesgo negativo sobre sí mismo, el mundo y el futuro; este autor considera a los signos y síntomas del trastorno depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos.

El tratamiento cognitivo conductual tiene como objetivo flexibilizar los modos disfuncionales del procesamiento de la información y consiste en un procedimiento de tiempo limitado y estructurado, con metas predeterminadas, que requiere de la colaboración activa entre paciente y terapeuta (Bunge, Gomar y Mandil, 2018).

Planteo del problema y pregunta de investigación

Durante la adolescencia la persona se enfrenta a un conjunto de nuevas exigencias propias de este período, como por ejemplo el manejo de la independencia, las dificultades con la auto-organización o las demandas académicas. Este momento evolutivo trae aparejado cambios

en la autoimagen, la autopercepción, el estilo, el comportamiento expresivo, así como también en los roles, actitudes ante la vida, formas de vestir y de hablar (Izco Montoya, 2007).

En tanto que, es una fase de la vida en la cual los adolescentes no han desarrollado la confianza necesaria en sus propias impresiones y buscan frecuentemente referencias en el contexto social para saber cómo interpretar las situaciones y cómo responder a ellas (Berk, 1999 en Mandil, Quintero y Maero, 2017).

El adolescente se encuentra en una transición hacia la autonomía e individuación, que incluye un desafío: balancear un nivel de dependencia respecto del cuidado que los adultos tienen con el adolescente promoviendo un nivel de separación óptimo que le posibilite el desarrollo de la identidad (Miller, Rathus y Linehan, 2006 en Mandil et al., 2017).

Estos cambios externos e internos pueden llegar a tener algún tipo de efecto sobre el comportamiento del joven. Esta etapa supone una transformación radical que trae consigo problemas de ajuste y allí surgen las dificultades de adecuación propias de este período (Izco Montoya, 2007).

La personalidad definitiva se establece progresivamente durante la adolescencia y la vida adulta temprana, y los estilos de personalidad podrían influir en la presentación y manifestaciones de una enfermedad depresiva (Rey, Bella-Awusah y Liu, 2017). Los rasgos de carácter se singularizan por la impulsividad en la toma de decisiones, la ambivalencia de sí mismos, y la inmadurez emocional (Pacheco y Aránguiz, 2011).

La depresión mayor podría ser una consecuencia disfuncional de afrontamiento ante las exigencias de este momento evolutivo, por lo que el trastorno podría interferir negativamente en las actividades de la vida cotidiana del adolescente.

El adolescente, debido a los aspectos de la personalidad en formación, presenta dificultades en la aceptación del trastorno, y por consiguiente su tratamiento, se toma con menor seriedad y no se aprecia su importancia (Pacheco y Aránguiz, 2011).

Los adolescentes que asisten a tratamiento lo hacen por motivación de un tercero, ya sean sus padres, algún miembro de la familia o por indicación de la escuela. En el proceso terapéutico no se trabaja únicamente con el joven sino que se incluye a la familia y a las diferentes instituciones involucradas (Rey et al., 2017).

Las características descritas de este ciclo evolutivo dificultan el establecimiento de una relación de ayuda (Fernández, Pérez, Gloger y Krause, 2015).

A partir del planteamiento de la problemática, se propone la siguiente pregunta:

- ¿Por qué el tratamiento cognitivo conductual es de primera elección para el abordaje de la depresión mayor en adolescentes?

Relevancia y justificación de la temática

La adolescencia es considerada una fase de vulnerabilidad debido a los cambios psicosociales y emocionales que el adolescente enfrenta. La Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil plantea que la depresión es una enfermedad grave que interrumpe el desarrollo emocional, el aprendizaje escolar y la adaptación social de los adolescentes, por lo que es necesario disponer de tratamientos eficaces (Rodríguez de Cossío y Granada Jiménez, 2007).

A la luz de los datos aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio es la primer causa de muerte en salud mental a causa de su alta comorbilidad con los trastornos afectivos; casi nunca se produce en sujetos que no presentan trastornos psiquiátricos. La depresión es el principal diagnóstico en aquellos sujetos que consuman el suicidio, representando aproximadamente el 60% de todos los casos. Asimismo, la depresión es el diagnóstico mayoritario en individuos con tentativa e ideación suicida. Por grupos de edad, la mayor frecuencia de tentativas de suicidio corresponde a los adolescentes y adultos jóvenes (Vallejo, 2011).

Según Lewinsohn et al., en jóvenes con depresión el riesgo de recurrencia es del 45%, un porcentaje significativamente alto y alarmante (Bunge et al., 2018, p. 27). Este dato refleja la alta incidencia en la población, y esto denota la importancia de replantear las estrategias de atención en los distintos ámbitos de acción de los adolescentes, procurando promover un ambiente protector.

La psicoterapia se caracteriza por ser un tratamiento ejercido por un profesional autorizado que utiliza medios psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos (Feixas y Miró, 1993) y es considerada el dispositivo de primera elección para tratar la depresión. Dentro de los diferentes tipos de psicoterapias, la psicoterapia cognitivo conductual ha demostrado su eficacia en la remisión de la depresión y en la prevención de recaídas en adolescentes, poniendo de manifiesto la importancia de su uso a la hora del tratamiento (Rodríguez de Cossío y Granada Jiménez, 2007). En un estudio realizado por Méndez et al. (2002), se demostró que los pacientes adolescentes bajo el tratamiento cognitivo conductual obtuvieron una tasa de recuperación más alta.

Objetivos generales y específicos

Objetivo general

- Analizar la intervención cognitivo conductual para el abordaje de la depresión mayor en adolescentes.

Objetivos específicos

- Conocer las técnicas cognitivo conductuales para el tratamiento de la depresión mayor.
- Determinar los factores predisponentes para la depresión adolescente.
- Caracterizar a la depresión desde el modelo cognitivo conductual.

Alcances y límites del trabajo

En la presente tesina se indagarán las intervenciones cognitivo conductuales para el abordaje de la depresión mayor en adolescentes. Se tomarán los criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor descritos en el DSM 5. Se tomarán para la descripción del ciclo evolutivo de la adolescencia, autores provenientes de la psicología del desarrollo.

El propósito de este trabajo es describir la eficacia del tratamiento cognitivo conductual en el abordaje de la depresión mayor en adolescentes que dispongan de recursos socioeconómicos y no padezcan otro tipo de patologías (orgánicas o mentales).

No se pretende incluir en el trabajo el tratamiento cognitivo conductual para niños con trastornos depresivos. Existen diferentes conceptualizaciones sobre la depresión, se tendrá en cuenta la génesis de este trastorno desarrollada por la teoría cognitivo conductual, excluyéndose de la comprensión del fenómeno a las neurociencias, el enfoque sistémico y el psicoanalítico.

Antecedentes

En el desarrollo de la civilización, las causas de los trastornos mentales estaban influidos por una creencia en fenómenos sobrenaturales. Vásquez y Sanz (1995 en Calderón et al. 2012) reflejan que la depresión existe ya desde el Antiguo Testamento, donde se narran graves episodios de tristeza y melancolía que sufría el Rey Saúl. También Homero en el 400 a. C., se refirió a los

trastornos mentales existentes como “mainé” y “melancolía”, y Soranos de Ephesus describió que los síntomas principales de ésta última eran la tristeza, deseos de morir, tendencia al llanto, irritabilidad en ocasiones y suspicacia acentuada (García Alonso, 2009).

En el período de la Antigüedad, la melancolía hacía referencia a un estado mental, corporal y espiritual al que Hipócrates (S. IV a.C) describió con síntomas clínicos como temor o distimia prolongada durante largo tiempo, supuestamente debido a la alteración del cerebro por causa de la bilis negra, que determinaba el temperamento de la salud (Calderón et al., 2012). Según Vallejo (2011), Galeno sintetizó los conocimientos sobre los trastornos psíquicos hasta el momento y dividió las causas de los mismos en orgánicas y mentales. Para él, la salud psíquica depende de la armonía adecuada entre las partes racional, irracional y sensual del alma.

Durante el período del Renacimiento, el tratamiento de los enfermos mentales era realizado por los monjes en los monasterios. Los poderes mágicos y los exorcismos eran la base del conocimiento para tratar al enfermo mental. Más adelante, se utilizaron todos los medios para detectar y eliminar la brujería, por lo que el tratamiento solía finalizar en la hoguera (Vallejo, 2011).

La idea mágica respecto a la salud mental fue desapareciendo paulatinamente con nuevas tendencias religiosas, una nueva visión crítica y racional del mundo, y avances crecientes en el ámbito científico. La nueva visión del concepto de enfermedad mental podría adjudicarse a los desarrollos de Johann Weyer, quien por primera vez denunció formalmente a la demonología como forma de tratar a los enfermos, e insistió en la conveniencia de que el tratamiento estuviera orientado por principios médicos y humanos (Vallejo, 2011). Alrededor del mundo comienzan a crearse instituciones psiquiátricas con condiciones no tan favorables para los enfermos.

A finales del S. XVIII, Pinel libera a los alienados de sus cadenas, convirtiendo los sanatorios en centros dignos y humanos, donde el paciente tenga las máximas posibilidades de recuperación (Vallejo, 2011).

En 1882, el psiquiatra Kahlbaum acuñó el término ciclotimia para englobar depresión y manía, como estados de una misma enfermedad. Unos años más tarde, Kraepelin describía la psicosis maníaco depresiva, lo que actualmente se diagnostica, según el DSM, como Trastorno Bipolar y otro caso compatible con el trastorno de ánimo. Se habían sentado las bases nosográficas que permitirían en un futuro, establecer las clasificaciones de los trastornos del estado de ánimo (García Alonso, 2009).

Hasta 1850, a los niños se los internaba en las mismas instituciones que a los adultos, ya que la niñez era considerada la época anterior a la adquisición de la razón. Tras una lenta evolución, a mediados del S. XIX, los libros que describían las anomalías psicológicas empezaron a incluir secciones especialmente dedicadas a los niños (García Alonso, 2009). Si bien

biológicamente lo puberal siempre existió, la adolescencia no era considerada como período, ya que los niños se incorporaban directamente al mundo de los adultos (Thomas, 2015).

La Revolución Industrial implicó un cambio de mentalidad, ya que hasta ese entonces la incorporación al mundo laboral rondaba los 7 años, y a partir de esta gran transformación, la capacitación, la formación y el estudio empezaron a ser tenidas en cuenta. A medida que avanzaba el siglo, la escolaridad se volvió obligatoria y, gracias a Rousseau, se organizaron grupos por edad para la educación. La clasificación etaria dio inicio a las clasificaciones de infancia, adolescencia, juventud y adultez (García Suárez y Parada Rico, 2018).

Los adolescentes son comprendidos de diversas formas: en el S. XVII como salvajes a los que hay que civilizar; en el S. XX como revolucionarios y consumistas, y en la actualidad, según Feixa, se caracterizan por la dependencia económica, falta de espacios y de responsabilidad y una creciente madurez intelectual (García Suárez y Parada Rico, 2018).

De acuerdo a Thomas (2015), fue en la época del Jazz, los clásicos románticos, las grandes fiestas y el momento del Charleston, que lo joven adquiere importancia. En 1920 los jóvenes conforman grupos de danza, beben y se convierten en símbolos de un estado de ánimo. Una década después, adviene La Gran Depresión de 1929, en donde muchos adolescentes se vieron en la obligación de trabajar y abandonar los colegios con el fin de compensar la falta de alimento de sus hogares. En la década de 1940, durante el período posguerra, los adolescentes se vieron en una etapa llena de entusiasmo y un boom económico que incrementaba sus posibilidades. Durante la década de los cincuenta, la atención pública estaba puesta en los jóvenes ya que volvieron de su labor como soldados con una forma distinta de ver la realidad. A partir de los '60 los adultos comenzaron a ser vistos como viejos de épocas atrasadas, con sospecha. Esto se reflejaba en la música, con el surgimiento del Rock and Roll y la fuerza de la juventud expresada en la rebeldía de los sonidos de este ritmo. En 1970 la cultura popular se impone: adviene el pop, los hippies, las protestas. Las escuelas secundarias se convierten en lugares de protesta y expresión. A partir de 1980, Douglas Coupland populariza el término "Generación X" a raíz 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, los cosméticos, los automóviles y los deportes centran su atención en el poder consumista y comprando del adolescente. Es a partir de la década de 1990 que finalmente la cultura adolescente se considera como existente sin discusión. Los adolescentes se convierten en el grupo más estudiado de todas las épocas. La adolescencia tiene su propia moda, hábitos, ideas, valores, preocupaciones e inquietudes (Thomas, 2015).

En la última década, los adolescentes son socialmente comprendidos como un grupo de particular edad que es objeto de atención, generando que los diferentes Estados adopten normativas que establecen deberes y derechos para ellos (García Suárez y Parada Rico, 2018).

Históricamente, la definición de la depresión en la infancia y adolescencia resultó compleja dado que se trata de períodos evolutivos llenos de cambios físicos y anímicos. La existencia de la depresión infantil como un problema apareció con la publicación del DSM III y a partir de las actas del Congreso Nacional del Institute of Mental Health, en la década de los ochenta (Del Barrio, 1999 en Antón Menárguez, García Marín y García Benito, 2016). Sin embargo, en las clasificaciones diagnósticas actuales no se incluyen trastornos afectivos específicos de la infancia/adolescencia sino que se describen características propias de estos grupos de edad (Antón Menárguez et al., 2016).

Estado del arte

La Organización Mundial de la Salud define al período de la adolescencia entre los 10 y 19 años de edad. Sin embargo, en los últimos años se ha comenzado a considerar que los individuos hasta los 24 años continúan atravesando los cambios biológicos, psicológicos y la transición de roles sociales que caracterizan a la adolescencia. Hoy en día los jóvenes demoran más tiempo en su educación, retardando la incorporación a un trabajo estable y con ello la adquisición de la independencia y la adopción de los roles propios de la adultez (Gaete, 2015).

Frente a los cambios que caracterizan al período de la adolescencia, puede darse la aparición de trastornos del estado de ánimo. Para su tratamiento, la psicoterapia cognitivo conductual se constituye como una herramienta privilegiada de intervención en un momento evolutivo de revisión de aspectos centrales para el desarrollo posterior. En estos casos, la psicoterapia puede funcionar como acción preventiva para la salud mental de los futuros adultos (Kazdin, 2004; Russell, 2008 en Fernández et al., 2015).

En un estudio realizado por Dickerson et al. (2018) se demuestra que, de la totalidad de adolescentes con depresión que comienzan un tratamiento con antidepresivos, casi la mitad lo interrumpe antes de alcanzar una duración terapéutica mínima. En este mismo trabajo, 212 adolescentes recibieron psicoterapia cognitivo conductual y los resultados demuestran que la intervención con terapia cognitivo conductual puede ser breve y ofrecer beneficios a largo plazo, en comparación al tratamiento con fármacos.

Por otro lado, en una investigación realizada por Ortiz Amores (2012) se efectuó un estudio de cómo el modelo cognitivo conductual propuesto por Aaron Beck ayudó a resolver trastornos

emocionales de un grupo de adolescentes de 12 a 15 años en un lapso temporal de cuatro meses. La hipótesis planteada y confirmada fue que la aplicación de la terapia cognitivo conductual modifica pensamientos disfuncionales, cambiando las creencias y reduciendo la depresión.

Antón Menárguez et al. (2016), presentan la intervención cognitivo conductual realizada para un caso de depresión mayor en una adolescente. El objetivo de su trabajo es analizar los efectos de la aplicación de este tipo de tratamiento, el cual está dirigido a reducir la sintomatología depresiva. El tratamiento incluyó psicoeducación, activación conductual, entrenamiento en respiración diafragmática, autoinstrucciones de afrontamiento, técnicas de asertividad y reestructuración cognitiva. Se utilizaron como herramientas de evaluación: el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autoestima de Rosenberg, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad y la Escala de Alexitimia de Toronto. Se observó en los resultados que la sintomatología depresiva disminuyó, confirmando la eficacia de la TCC para el tratamiento de la depresión adolescente.

Las diferentes investigaciones dan cuenta de que la terapia cognitivo conductual es el tratamiento de elección para la depresión en adolescentes. Conjuntamente, los trabajos mencionados destacan como tratamiento eficaz alternativo la terapia interpersonal de Klerman, la cual comparte aspectos comunes con la TCC, por ejemplo el uso de la psicoeducación respecto a la depresión y el fomento de la participación de la persona en actividades placenteras como un medio para sentirse mejor (Rey et al., 2017).

Marco teórico

Terapia cognitiva de la depresión

La terapia cognitiva propuesta por Aaron Beck consiste en un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, que se utiliza para los trastornos mentales. Se basa en el supuesto teórico de que la conducta de un individuo está determinada por el modo que tiene de estructurar el mundo: sus cogniciones están basadas en esquemas mentales desarrollados a partir de experiencias anteriores. Las técnicas terapéuticas intentan identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las creencias erróneas que subyacen a las cogniciones. El paciente aprenderá a resolver problemas que anteriormente había considerado insuperables mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. Se pretende que la persona con padecimiento mental piense y actúe de un modo más adaptativo en relación a sus problemas, reduciendo o eliminando los síntomas (Beck, 2005).

La terapia cognitiva en su práctica utiliza estrategias cognitivas y conductuales. Por un lado, las técnicas cognitivas ayudan a delimitar y poner a prueba las creencias erróneas de la persona con padecimiento mental. Están dirigidas a enseñar al paciente 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 emplean para modificar la conducta y ayudar al paciente a evaluar los esquemas y cogniciones disfuncionales. El terapeuta colabora activamente en conjunto con el paciente para explorar sus experiencias psicológicas y elaborar actividades y tareas para realizar en casa, es decir entre las sesiones (Beck, 2005).

El modelo cognitivo postula tres conceptos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: la tríada cognitiva, los esquemas, y los errores cognitivos.

La tríada cognitiva consiste en patrones cognitivos que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo negativo. El paciente se ve a sí mismo con poca valía y atribuye sus experiencias desagradables a un defecto suyo. Respecto a la forma de interpretar sus vivencias, considera que el mundo le presenta obstáculos insuperables, por lo que constantemente siente frustración. En cuanto a la percepción del futuro, el paciente depresivo cree que sus sufrimientos y dificultades actuales continuarán indefinidamente (Beck, 2005).

Los esquemas configuran la organización estructural del pensamiento, son patrones cognitivos estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un fenómeno. Ante una situación compuesta de un amplio conjunto de estímulos, el paciente depresivo atiende selectivamente a ciertos estímulos y conceptualiza la situación de modo distorsionado, ajustándose a un esquema inadecuado. Su pensamiento va siendo cada vez más dominado por ideas negativas, incluso cuando no hay una conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones (Beck, 2005).

Los errores cognitivos son errores sistemáticos en el pensamiento, es decir en el procesamiento de la información. En el caso de la depresión, los errores cognitivos mantienen la creencia del paciente en la validez de sus ideas negativas. Entre ellos se encuentran: la abstracción selectiva, que consiste en centrarse en un detalle por fuera de su contexto, ignorando otras características relevantes de la situación; la generalización excesiva, que refiere a la elaboración de una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados; y la personalización, que alude a la tendencia del paciente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe tal conexión (Beck, 2005).

La depresión mayor incluye componentes afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos. Cada uno de los componentes mantiene una relación de reciprocidad entre sí, por lo que una mejoría en alguna de las áreas problemáticas afecta a las demás. La persona con depresión tiende a percibirse a sí misma, sus experiencias y su futuro en un sentido negativo. La persona malinterpreta sistemáticamente sus experiencias de acuerdo con los contenidos de su pensamiento. Las concepciones negativas influyen en los síntomas de la depresión: tristeza, pasividad, culpabilidad, falta de placer e ideación suicida. Se instaura un círculo vicioso en el que los pensamientos negativos, los sentimientos desagradables, la falta de motivación y la pasividad se refuerzan mutuamente (Beck, 2005).

Síntomas depresivos según el modelo cognitivo

Las personas con depresión suelen manifestar a su contexto emociones de tristeza e infelicidad, es posible que describan estos sentimientos en términos de sensaciones corporales, algunos pacientes experimentan períodos alternantes de tristeza, y otros cursan con el ánimo crónicamente deprimido; así como también se pueden observar períodos de llanto. Estos síntomas suelen estar acompañados de sentimientos de culpabilidad y vergüenza (Beck, 2005).

La ausencia de motivación del paciente para afrontar las tareas de la vida cotidiana incrementa la tendencia a la evitación de actividades. El paciente sabe lo que tiene que hacer pero no tiene el estímulo interno para hacerlo y permanece inmóvil porque cree que es incapaz de realizar la actividad. Frente a esto, la persona con depresión se torna dependiente ya que pide ayuda a los demás para realizar sus actividades cotidianas (Beck, 2005).

Dentro de la dimensión cognitiva, la toma de decisiones constituye un problema para los pacientes depresivos. En muchas ocasiones, la persona no toma la decisión en cuestión debido a los resultados negativos que prevé. Según su idea de causalidad, la persona con depresión tiende a interpretar cualquier deficiencia suya como la causa de sus problemas psicológicos, dando lugar a la autocrítica. También es característico el pensamiento absolutista, mediante el cual los individuos depresivos tienden a hacer juicios categóricos y atribuir significados a sus experiencias de manera extrema y unidimensional, conceptualizando las situaciones según todo o nada. Suelen aparecer también como síntoma los problemas de memoria y la dificultad para concentrarse (Beck, 2005).

Otro de los síntomas es la pasividad e inactividad que se observan a partir de un entumecimiento psicomotriz. El individuo depresivo se encuentra frente a problemas de habilidades sociales caracterizados por un funcionamiento inferior al esperado. El paciente evita a los demás,

no por la ausencia de habilidades sociales adecuadas, sino por la falta de puesta en práctica de las mismas (Beck, 2005).

Con respecto a la fisiología, las perturbaciones del sueño son uno de los síntomas más comunes de la depresión. Entre las alteraciones se incluyen la dificultad para conciliar el sueño, las interrupciones frecuentes del mismo y el despertar demasiado temprano por la mañana. También se ven alteraciones sexuales y del apetito, que parecieran ser manifestaciones de la pérdida de placer generalizada que experimenta el paciente (Beck, 2005).

Trastorno depresivo mayor

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 período 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.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso) (**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 (p. ej., 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 para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva 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 que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en 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 o 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.

Adolescencia

La adolescencia constituye un proceso de transformación en cuanto al crecimiento, y desarrollo biopsicosocial de cada persona. Si bien la evolución puede no darse de manera sincrónica y presentar diferencias respecto a factores estresores del ambiente, el desarrollo psicosocial en la adolescencia presenta características comunes y un patrón progresivo de tres fases: adolescencia temprana (desde los 10 a los 13-14 años), adolescencia media (desde los 14-15 a los 16-17 años), y adolescencia tardía (desde los 17-18 años en adelante) (Gaete, 2015).

La tarea central de la adolescencia es la búsqueda de identidad, y en ella se ponen en juego diversos aspectos: la aceptación del propio cuerpo, el conocimiento objetivo y la aceptación de la propia personalidad, la identidad sexual, la identidad vocacional, la ideología personal o filosofía de vida junto con los valores propios que constituyen la identidad moral. Este nivel de autoconocimiento es producto de un proceso activo de búsqueda llevado a cabo por el adolescente en el que dedican mucho tiempo a experimentar con sus cambios en su aspecto y su comportamiento. Otra de las tareas es el logro de la autonomía, que ocurre cuando el joven llega a ser emocional y económicamente independiente de sus padres. Para lograrlo, el adolescente debe, por un lado, separarse progresivamente de su familia de origen, lo que habitualmente conlleva un grado de conflicto, y por otro, va migrando hacia el grupo de pares y establece lazos emocionales con personas de su misma o similar edad. Si el proceso se da de manera favorable, el joven logrará su autonomía psicológica mediante un sentido de sí mismo seguro que le permita tomar

decisiones sin depender exclusivamente de su familia y las responsabilidades propias que asuma (Gaete, 2015).

La adolescencia se caracteriza por el desarrollo de la competencia emocional que consiste en la capacidad de autorregular las emociones. Es común en esta etapa que aparezcan fluctuaciones del ánimo y de la conducta, una tendencia a magnificar la situación personal, la propensión a la impulsividad, y la necesidad de privacidad. A su vez se desarrolla la competencia social, que concierne a la habilidad para relacionarse con otros.

Las relaciones con los pares cumplen funciones importantes en esta etapa ya que tienen influencia en el proceso de búsqueda y consolidación de la identidad, ampliando la perspectiva de las costumbres y normas sociales y proveyendo un contexto para la satisfacción de necesidades interpersonales de validación. El joven empieza a cuestionar sus antiguos valores, incorpora la moral de la sociedad, disputa los roles que ocupa, mientras que adopta la vestimenta, la conducta, los códigos y valores de su grupo de pares o referentes sociales (Gaete, 2015; García Alonso, 2009).

Desarrollo metodológico

Procedimiento

En el presente trabajo se realizó una revisión bibliográfica de tipo descriptivo y explicativo, a partir de relacionar las variables adolescencia, 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 Scholar, SciELO, ResearchGate), así como también se han utilizado libros impresos o en sus versiones electrónicas.

Los criterios de selección para la búsqueda de conceptos teóricos fueron: información que explique el modelo psicológico cognitivo conductual, autores que versan sobre la génesis y el tratamiento de la depresión desde el modelo de referencia y pensadores que describen la adolescencia desde una perspectiva del desarrollo.

Se buscaron diferentes estudios de investigación sobre el abordaje de la depresión adolescente desde el enfoque cognitivo conductual con el fin de recopilar información significativa. Debido a que existe una vasta información respecto a los trastornos depresivos y sus posibles tratamientos, se han utilizado palabras claves como filtro de la información disponible: tratamiento cognitivo conductual de la depresión, depresión mayor, adolescencia, psicología cognitiva.

Se seleccionó el modelo teórico propuesto por Aaron Beck debido a que los postulados planteados por este autor demuestran una alta eficacia en el tratamiento de la depresión. Así como también se incorporaron trabajos de profesionales con gran experiencia en el área infantojuvenil y la psicoterapia cognitivo conductual, por ejemplo Javier Mandil.

Índice comentado

El material se organizó en dos capítulos:

Capítulo 1: Depresión mayor en la adolescencia: se abordó el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. Se articularon las características propias de la adolescencia y los factores de riesgo y de protección en la aparición del trastorno depresivo mayor.

Capítulo 2: Tratamiento Cognitivo Conductual para la depresión mayor en adolescentes: se presentó el tratamiento que se lleva a cabo para el abordaje de la depresión mayor en adolescentes desde la psicoterapia cognitivo conductual. Se expusieron las técnicas terapéuticas de intervención en el cuadro mencionado.

Capítulo 1: Depresión mayor en la adolescencia

1.1. Presentación clínica, evaluación y diagnóstico

La depresión en adolescentes puede no ser detectada o tratada ya que los jóvenes tienden a presentar problemas conductuales típicos que podrían ocultar los síntomas depresivos. El profesional debe estar atento ante una posible depresión adolescente si hay presencia de: irritabilidad o mal humor; aburrimiento crónico o pérdida de interés en actividades de ocio que antes disfrutaba, por ejemplo abandonar actividades recreativas/algún deporte que practicaba; retraimiento social o no querer pasar tiempo con amigos; evitación de ir a la escuela; disminución en el desempeño académico; cambios en el patrón de sueño-vigilia, como dormir hasta tarde; quejas frecuentes de sentirse enfermo o dolores de cabeza/estómago sin explicación alguna, y desarrollo de problemas conductuales, por ejemplo volverse más desafiante, escapar de casa o acosar a otros (Rey et al., 2017). Friedberg y McClure (2011) agregan: problemas de baja autoestima, mala imagen corporal, y alto nivel de autocrítica, como también pueden manifestarse patologías comórbidas por ejemplo trastornos de ansiedad o abuso de sustancias. Es significativo determinar si los problemas actuales representan un cambio respecto al nivel de funcionamiento previo del joven.

Los estilos de personalidad influyen en la presentación y manifestación de una enfermedad depresiva. En adolescentes, los rasgos de personalidad de base se amplifican en presencia de un trastorno depresivo. Por ejemplo, aquellos jóvenes con rasgos ansiosos tienden a mostrar mayores niveles de ansiedad, evitación y síntomas somáticos cuando están deprimidos, y aquellos que se caracterizan por un estilo externalizante tienden a mostrar mayor hostilidad e irritabilidad (Rey et al., 2017).

Rey et al. (2017), exponen una de las preocupaciones más frecuentes de los profesionales a la hora de diagnosticar una depresión: ¿Cómo distinguir la conducta normal de los adolescentes, de la de aquellos que están deprimidos? Esto se da porque a los adolescentes habitualmente se los percibe como malhumorados, irritables, o con constante aburrimiento, justificando que duerman mucho, que se rebelen frente a sus padres o que presenten problemas académicos. En la Tabla 1 observamos una comparación entre el comportamiento adolescente normal y aquel con depresión clínica.

Tabla 1. *Distinción entre comportamiento adolescente y adolescente con depresión.*

Adolescente	Adolescente con depresión clínica
- Pese a presentar algo de "angustia", cambios del estado de ánimo y otras dificultades, no muestran cambios significativos y duraderos en el tiempo.	- Hay 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)
- Aunque pueden estar tristes y lábiles por momentos, esto a menudo es en respuesta a eventos vitales específicos, y son pasajeros.	- Los síntomas depresivos centrales (tristeza o anhedonia) están presentes todos los días, la mayor parte del día, por al menos dos semanas.
- No hay cambios significativos en el comportamiento.	- Hay un impacto negativo importante 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.	- Son frecuentes los pensamientos suicidas ("no vale la pena vivir", "estaría mejor muerto") y los intentos suicidas.
- Las conductas de riesgo (como por ejemplo, conducir imprudentemente, consumir alcohol, y experimentar sexualmente) son frecuentes; pero generalmente están contenidas dentro de límites razonables para el carácter de ese adolescente.	- Pueden involucrarse en conductas de riesgo no características, peligrosas o de alto riesgo, como por ejemplo, conducir imprudentemente, consumo de alcohol sin control, y tener sexo casual, de forma irreflexiva.
Nota: Recuperado de Rey, J. M., Bella-Awusah, T. y Liu, J. (2017).	

En la práctica, para realizar un diagnóstico de depresión se requiere la presencia de: síntomas centrales (tristeza, irritabilidad y anhedonia); algunos de los síntomas asociados (alteración significativa del peso/apetito, insomnio/hipersomnia, agitación/enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, disminución de la capacidad para concentrarse o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas); generalización de los síntomas, es decir que estén presentes todos los días, la mayor parte del día; duración de al menos dos semanas; los síntomas deben generar un impacto negativo

en el funcionamiento y un malestar significativo; y no deben ser la manifestación de los efectos de una sustancia u otro cuadro clínico (Rey et al., 2017).

Para obtener información para evaluar la depresión es necesario recoger información acerca del estado emocional del joven en los diferentes ámbitos de su vida, ya sea en el hogar, en la escuela o con su grupo de pares. Es importante evaluar la gravedad del episodio depresivo, ya que es uno de los criterios para la elección del tratamiento que debe ser administrado en primer lugar. Para determinar la presencia y gravedad de la depresión se utilizan diferentes instrumentos de evaluación, entre ellos medidas de autoinforme, entrevistas (al joven y a sus padres), como así también consultas médicas para descartar que la sintomatología tenga origen orgánico. Los instrumentos de exploración psicológica son útiles para establecer un diagnóstico, sin embargo su valor es exploratorio, por lo que el terapeuta deberá utilizarlos como complemento a su propia impresión diagnóstica a partir de las entrevistas realizadas (Friedberg y McClure, 2011).

Una entrevista clínica al adolescente facilita datos sobre los síntomas, la frecuencia, intensidad, duración, y el contexto en el que aparecen, para obtener una imagen precisa de cómo se siente. Las entrevistas, junto con la escala de Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression) y el inventario de Beck (Beck Depression Inventory), permiten obtener una evaluación global de la manifestación de la depresión (Vallejo, 2011).

Según García Alonso (2009) la depresión en adolescentes cursa con síntomas similares a lo observado en la adultez, no obstante en los jóvenes, dado la vulnerabilidad que conlleva el período de la adolescencia, se pueden esperar comportamientos tendientes a la destructividad, como por ejemplo autolesiones, consumo de sustancias o la presencia de ideas suicidas. Es por esto que a la hora de examinar al joven con depresión es necesario realizar una evaluación de la presencia de ideación suicida, debido a que ésta tiene alta comorbilidad con los cuadros depresivos; se debe valorar lo letal que sea el método escogido, la accesibilidad del método y la historia de intentos. Uno de los métodos de evaluación diagnóstica es la escala BHS (Beck Hopelessness Scale) que mide tres aspectos principales de la desesperanza: sentimientos sobre el futuro, pérdida de motivación y expectativas (Friedberg y McClure, 2011; Vallejo, 2011).

1.2. Factores de riesgo

Los valores que promueve la sociedad posmoderna crean una particular cultura del riesgo, el cultivo del cuerpo hegemónico, tanto en mujeres como en varones, las miles de dietas restrictivas que conducen a trastornos alimentarios; accidentes automovilísticos; relaciones sexuales desprotegidas que llevan a embarazos tempranos o enfermedades de transmisión sexual;

consumo de alcohol, cigarrillos y drogas, con consecuencias a corto, mediano y largo plazo; robos, vandalismo, suspensiones y ausentismo escolar (Páramo, 2011).

Durante la adolescencia hay un incremento en el número de comportamientos problemáticos, por lo que existen numerosos factores en el universo adolescente que disparan ciertas conductas de riesgo e influyen la aparición de psicopatologías (Páramo, 2011).

Una mirada multifactorial de la depresión implica la comprensión de factores biológicos, psicológicos y sociales. La etiología de esta problemática es compleja, y en la adolescencia hay factores que ayudan a desencadenar la aparición de un trastorno depresivo (Hoyos et al., 2012). De acuerdo a Vallejo (2011) y Rey et al. (2017), los factores de riesgo pueden ser ordenados de la siguiente manera:

- a. Biológicos: antecedentes familiares de depresión, consumo de sustancias o alcohol parental, antecedentes familiares de trastorno bipolar, la pubertad, enfermedades médicas crónicas o antecedentes previos de depresión.
- b. Variables sociodemográficas: sexo femenino, bajo nivel socioeconómico, aislamiento social, adolescentes infractores de ley, jóvenes institucionalizados o adoptados, refugiados, sin hogar y en búsqueda de asilo.
- c. Aspectos psicosociales: trastornos psiquiátricos comórbidos, estilo de temperamento altamente emocional, estilo cognitivo negativo, baja autoestima, trauma, duelo y pérdidas, abuso o negligencia familiar, estilos de crianza negativos-rechazo y ausencia de cuidado, trastorno mental parental, conflictos padre-hijo, rupturas familiares, exposición a la violencia, acoso escolar.

Diversos estudios han demostrado la importancia de las formas familiares de depresión. Se observa que los hijos de padres depresivos tienen un elevado riesgo de padecer trastornos depresivos durante la adolescencia. La influencia se puede manifestar a través de una mayor susceptibilidad al estrés, y es evidente que las situaciones estresantes desempeñan un papel en la manifestación de un cuadro depresivo (Bonnot, 2009; Vallejo, 2011).

Otra situación asociada al riesgo del período adolescente es el consumo de sustancias. En esta problemática confluyen factores de riesgo individuales (impulsividad o agresión antisocial), familiares (padres o hermanos con uso de drogas) y culturales/sociales (alta disponibilidad de drogas, falta de normativas). A menudo esto se da en un contexto de disfunción familiar, pobreza, negligencia o institucionalización (Páramo, 2011; Rey et al., 2017).

En lo que hace referencia a la variable sexo, es sabido que durante la adolescencia las mujeres tienen el doble de probabilidad de presentar depresión que los hombres por causa de la

aparición de las características puberales, como por ejemplo la menarquía temprana. Los datos disponibles también sugieren que las tasas de depresión son más altas en pacientes que sufren de enfermedades crónicas (Rey et al., 2017).

Con respecto a las dificultades académicas, se observa que un bajo rendimiento académico podría llevar a la desesperanza aprendida, que se manifestaría en un bajo autoconcepto y una baja autoestima, llevando al joven a presentar mayor vulnerabilidad a la depresión (Au, Watkins, Hattie y Alexander, 2009 en Hoyos, Lemos y Torres, 2012).

Otro factor de riesgo es la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. Ésta se define como la ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades distintas en un individuo. Un trastorno psiquiátrico comórbido con la depresión implica un tratamiento diferente, de acuerdo al diagnóstico en cuestión. Los trastornos mentales que suelen ser comórbidos con este cuadro son: los trastornos de ansiedad, los problemas de conducta, el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH), el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), dificultades en el aprendizaje, y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (Páramo, 2011).

La comorbilidad de depresión y ansiedad se debe a que ambos cuadros suelen coexistir, la depresión puede estar acompañada de problemas de conducta o TDAH puesto que la irritabilidad y la desmotivación son síntomas muy comunes en adolescentes, sobre todo aquellos diagnosticados con TDAH, trastorno negativista desafiante o trastorno de conducta. A su vez, la depresión es frecuentemente comórbida al TEPT. Aquellos adolescentes que hayan estado expuestos a un evento traumático son vulnerables a la depresión y al suicidio durante el primer año posterior al suceso. Esto puede implicar la culpa del sobreviviente (de que otros hayan muerto o resultado heridos y uno mismo no) o un duelo complicado que impida llevar a cabo tareas de la vida diaria, incluyendo dificultades para concentrarse o recuerdos intrusivos (Rey et al., 2017). Por último, estudiando los motivos subyacentes a las tentativas de suicidio adolescentes, Davidson y colaboradores encontraron que un 60% de los jóvenes acumulaban dificultades familiares, sociales y circunstancias conflictivas ajenas a ellos. También encontraron la existencia de problemas de salud mental en uno de los progenitores, en el 33% de los casos estudiados (García Alonso, 2009).

Como fue desarrollado en el marco teórico, el estilo cognitivo de los adolescentes deprimidos se caracteriza por ser negativo, experimentan pensamientos negativos sobre sí mismos, el mundo o el futuro, que parecen surgir espontáneamente, siendo éstos pensamientos automáticos (Páramo, 2011).

De acuerdo a la información relevada, las problemáticas adolescentes son riesgosas y por ello resulta importante la detección de factores protectores que serán significativos a la hora del tratamiento.

1.3. Factores de protección

De acuerdo a lo planteado por Hoyos et al. (2012), existen factores que inciden en la aparición de un trastorno depresivo. Estos factores pueden ser conceptualizados como “de riesgo” o “de protección”, ya que representan características que incrementan o disminuyen las probabilidades de que un estresor lleve a que se produzca el cuadro psicopatológico. La interacción entre las variables biológica, sociodemográfica y psicosocial tienen una influencia causal frente a la aparición de la depresión.

Teorizar sobre factores protectores es describir características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud, y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y por lo tanto, reducen la vulnerabilidad (Páramo, 2011).

En tal sentido, la cohesión y adaptabilidad familiar son un factor protector a la hora de enfrentar cualquier tipo de crisis, la cohesión familiar incluye la relación parental y la relación del joven en el subsistema fraterno. De esta manera, otro factor protector son las actitudes sanas en los adolescentes y sus familias, como la expresión de sentimientos y una sana comunicación con los padres y entre todo el grupo familiar. Es evidente que un estilo cálido y con autoridad por parte de los progenitores permite que el adolescente sea consciente de sus comportamientos sin sentirse amenazado por la falta de afecto de éstos, consolidando una identificación positiva del joven consigo mismo, fortaleciendo su sí mismo, que conforma la manera en que se percibe, la forma en que se proyecta y cómo se relaciona con el mundo exterior (Hoyos et al., 2012).

Un estilo de vida saludable acompañado de una red de apoyo conformada por un círculo social amplio, actividades deportivas y/o socioculturales, y un óptimo desempeño en las actividades que realiza el adolescente conforman recursos importantes que son parte de los factores protectores (Hoyos et al., 2012; Páramo, 2011).

Teniendo en cuenta que el logro académico aumenta la sensación de control y la autoestima de los adolescentes, es necesario como factor de protección un ambiente educativo abierto, contenedor y con límites claros, como así también apoyo social por parte de los compañeros y de los educadores. Se necesitan modelos sociales que motiven el afrontamiento positivo frente al estrés y que contribuyan al desarrollo de competencias cognitivas y un nivel intelectual promedio. El hecho de que el joven disponga de características temperamentales que favorezcan el afrontamiento efectivo, viva experiencias de autoeficacia, autoconfianza y cuente con una autoimagen positiva, funciona como factor protector (Páramo, 2011).

En relación al sexo femenino, la aceptación social de su grupo de pares juega un papel mas importante en la autovalía de las mujeres, así como también la ayuda y el apoyo de un referente femenino, y la seguridad en el vínculo de la amistad como factores amortiguadores contra la depresión (Schmidt y Bagwell, 2007 en Hoyos et al., 2012).

Diferentes autores destacaron que ciertas estrategias de afrontamiento, como por ejemplo el estilo de afrontamiento productivo (concentrarse en la resolución de los problemas fijándose en lo positivo), funcionan como factores de protección del inicio de consumo de drogas y de la implicación en actos antisociales, que fueron mencionados como factores de riesgo (Páramo, 2011).

Según Páramo (2011) si los adolescentes adquieren una autoestima, un sentido de competencia y de pertenencia a una familia estable y al orden social, es menos probable la necesidad de exponerse a comportamientos riesgosos.

A partir de lo expuesto en los apartados anteriores se ratifica que la tarea de responder a las necesidades y problemas juveniles es multisectorial, compete a la sociedad, a través de múltiples personas e instituciones y a través de la implementación de programas preventivos específicos para determinadas problemáticas adolescentes. Se requiere que los padres trabajen con los maestros y las escuelas para establecer climas de apoyo en la institución, asegurando que tanto en la casa como en la escuela se fomenten conductas positivas (Páramo, 2011).

Capítulo 2: Tratamiento Cognitivo Conductual para la depresión mayor en adolescentes

2.1. Estructura formal de la terapia cognitiva

La Terapia Cognitivo Conductual se basa en el supuesto de que el estado de ánimo depresivo está relacionado con la conducta y los pensamientos de la persona; por lo que un cambio en los patrones cognitivos y conductuales conducirá a una disminución de los síntomas y una mejoría en el funcionamiento. Los adolescentes se encuentran expuestos a una serie de estresores y responden automáticamente a ellos con determinados sentimientos; en jóvenes deprimidos, estas respuestas automáticas son negativas y catastróficas, los pensamientos depresivos los hacen sentir peor. En el transcurso del tratamiento, es importante que el paciente comprenda la naturaleza y el fundamento teórico de la terapia cognitiva, y se le explica al paciente que su cuadro de base puede sufrir variaciones en su intensidad. Para lograrlo, el profesional prepara al paciente presentando el plan terapéutico y los objetivos a trabajar durante el transcurso del tratamiento (Beck, 2005; Rey et al., 2017).

Los principales objetivos de la terapia son disminuir los síntomas depresivos y prevenir las recaídas; asimismo un objetivo a largo plazo consiste en lograr el desarrollo de estrategias más efectivas para manejar las circunstancias ambientales difíciles y hacer frente a los sentimientos negativos. Se trabaja conjuntamente con el paciente para que este pueda identificar sus pensamientos erróneos y cambiar los patrones cognitivos que producen estas ideas (Beck, 2005).

El profesional realiza un plan de tratamiento para orientar la intervención en la práctica clínica, no obstante éste debe asegurarse de que el paciente esté dispuesto a seguir el diseño del tratamiento. Así es como terapeuta y paciente trabajan en conjunto para identificar y evaluar cogniciones, para ello, el terapeuta comienza a investigar las razones por las cuales la persona con depresión mantiene las creencias negativas. Con el transcurrir de las sesiones, el paciente se percata de su visión de ciertos eventos pasados que apoyan sus ideas negativas, así como también interpreta los eventos actuales de modo que apoyan dichas ideas (Beck, 2005; Friedberg y McClure, 2011).

Estructura de la sesión

Siguiendo a Friedberg y McClure (2011) la estructura de la sesión se conforma por seis componentes: la valoración del estado de ánimo, la revisión de tareas para casa, el establecimiento

de la agenda, el contenido de la sesión, las tareas para casa y la elicitación de la retroalimentación del paciente. El terapeuta no siempre sigue el mismo orden de los componentes sino que los tiene en cuenta como un patrón que ordena y orienta el tratamiento psicoterapéutico.

El primer componente es la valoración del estado de ánimo y permite al terapeuta obtener información sobre las emociones y síntomas del joven; a su vez, anima al adolescente a reflexionar sobre su propio estado de ánimo fomentando que identifique sus emociones y las puntúe en una escala. La forma de hacer que el paciente puntúe su estado de ánimo puede variar según cada caso, algunos pacientes lo informan verbalmente, otros requieren de preguntas previas por parte de terapeuta que lo ayuden a identificar las emociones o bien distinguir los estados emocionales negativos (Friedberg y McClure, 2011).

El segundo componente es la revisión de las tareas para casa, que facilita al terapeuta poder conocer sobre la representación significativa del mundo interior del joven, a partir de la observación de la finalización de las tareas y qué consecuencias han provocado las mismas. Revisar las tareas asignadas subraya la importancia de éstas en el proceso del tratamiento y le demuestra al adolescente el interés del terapeuta en sus emociones y pensamientos (Friedberg y McClure, 2011).

En tercer lugar se encuentra el establecimiento de la agenda, que sienta las bases para el trabajo terapéutico mediante la identificación de los temas que se van a tratar en la sesión. Los elementos concretos de la agenda varían en función de la etapa de la terapia, el progreso del paciente, la gravedad de los síntomas y los asuntos pendientes de sesiones anteriores. Si se logra que el adolescente participe en el proceso de establecer la agenda, éste sentirá que tiene un papel activo en el tratamiento, proporcionando una mayor sensación de control y una mayor implicación en la terapia (Friedberg y McClure, 2011).

Le sigue al establecimiento de la agenda el contenido de la sesión, se procesa mediante la utilización de la empatía, el diálogo socrático, la resolución de problemas o los experimentos conductuales. El terapeuta formula preguntas para ayudar al joven a centrar su atención en un área concreta, siendo creativo y flexible para incorporar los intereses del adolescente y obtener buenos resultados. Por ejemplo, si al joven le gusta escribir, podría resultar útil la idea de utilizar un diario para registrar sus emociones (Friedberg y McClure, 2011).

En anteúltimo lugar se encuentran las tareas para casa, que son fundamentales para el proceso terapéutico, se presentan como una oportunidad para indagar sobre las situaciones con las que el joven se enfrenta. En adolescentes, la reactancia a las tareas es una expresión de su rebeldía y el deseo de independencia; es por esto que las tareas intersesiones se plantean con una consigna diferenciada con el objetivo de que se adhieran a las mismas, se recomienda evitar el

término “tarea” ya que su connotación escolar puede desalentar al paciente a realizarla. El joven puede interpretar el trabajo en casa como una evaluación de sus capacidades, por lo que se proponen términos como “experimentos”, “investigaciones”, o cualquier otro que se adapte a la narrativa particular del paciente. Asimismo, el terapeuta puede fortalecer la colaboración explicando al paciente el fundamento teórico y el objetivo de cada tarea, ya que si el paciente sabe por qué hacer la tarea puede ayudarlo, probablemente estará mucho más motivado para llevarla a cabo (Beck, 2005; Bunge et al., 2018).

Por último, la estructura de la sesión se compone de la elicitación de retroalimentación. Se solicita al adolescente que reflexione sobre el proceso terapéutico ya que la retroalimentación ayuda al terapeuta a corregir las percepciones erróneas y afianzar el vínculo terapéutico. Sin embargo, los adolescentes pueden resistirse a brindar retroalimentación por temor a que sea negativa y ofenda al terapeuta; para ello el profesional puede realizar diferentes preguntas que permitan sacar a luz las creencias que interfieren con la retroalimentación del adolescente (Friedberg y McClure, 2011).

Prevención de recaídas

En las fases finales del tratamiento cognitivo conductual se realiza un trabajo de prevención de recaídas mediante el repaso de las estrategias utilizadas que dieron resultados en la resolución del conflicto, y la anticipación de la posible aparición de estresores significativos. Se espera y se fomenta que el paciente ya tenga la capacidad de afrontar de un modo adaptativo los eventos (Bunge et al., 2018).

2.2. Conceptualización del caso

La planificación del tratamiento debe basarse en la conceptualización del caso, permite al profesional definir un marco conceptual general que deje margen a la flexibilidad y facilitar la tarea del terapeuta a la hora de adaptar las técnicas a las circunstancias de cada persona, ya que determina la elección de las mismas, las estrategias de intervención, el ritmo que se seguirá, el modo en que se implementarán y la forma en que se evaluarán los progresos (Friedberg y McClure, 2011).

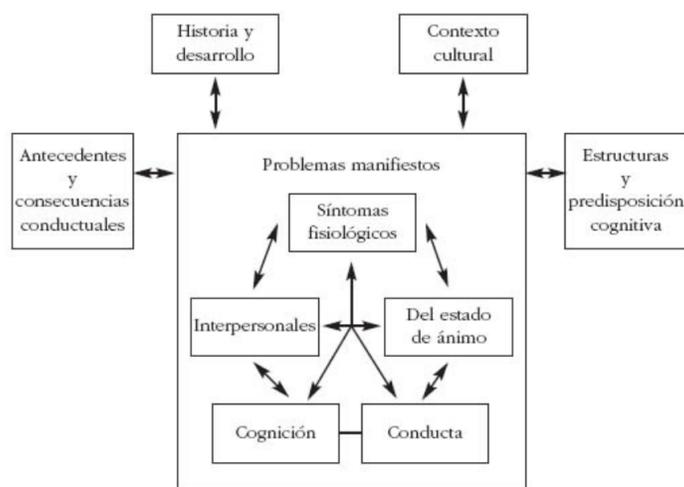
La formulación del caso es un proceso dinámico y fluido que requiere de la elaboración y verificación de hipótesis, por lo cual son necesarias unas buenas habilidades de análisis de datos. El terapeuta debe mantener una actitud abierta mediante la pregunta continua por otras interpretaciones de los datos que se obtienen. A medida que avanzan las entrevistas iniciales, se confirman o descartan las hipótesis realizadas, por lo tanto la colaboración con el paciente facilita

la conceptualización del caso. A partir de lo que el paciente informa sobre sus pensamientos, el terapeuta elabora suposiciones acerca de las interpretaciones de la persona, los errores de lógica y los supuestos básicos. Para detectar los supuestos subyacentes, el profesional formula hipótesis en base a los contenidos recurrentes que se presentan en el pensamiento de la persona que consulta. En el momento adecuado, pondrá a prueba las hipótesis en colaboración con el paciente (Beck, 2005; Friedberg y McClure, 2011).

La conceptualización del caso difiere del diagnóstico. Este último se limita a la clasificación teórica según el DSM, que sintetiza los síntomas en términos genéricos y descriptivos. Por el contrario, la conceptualización del caso es un retrato del funcionamiento cognitivo del paciente que permite comprender el motivo por el cual los síntomas emergen y los factores ambientales, interpersonales e intrapersonales que generan el cuadro (Friedberg y McClure, 2011).

Según el modelo cognitivo, los patrones de conducta de un adolescente son respuestas aprendidas cuyos determinantes son múltiples: factores ambientales, intrapersonales, interpersonales y biológicos, donde la conducta es la resultante del entramado de los factores de referencia. La conceptualización del caso se hace a partir de la queja subjetiva planteada por el paciente, que guarda relación con el resto de los componentes, estos son: el problema manifiesto, las variables del contexto cultural, las etapas de la historia y el desarrollo, las variables cognitivas y los antecedentes y consecuencias conductuales. La Figura 2 presenta los componentes y las relaciones entre las variables (Friedberg y McClure, 2011).

Figura 2. *Relación entre los componentes de la formulación del caso.*



Nota: Recuperado de Friedberg, R. y McClure, J. (2011)

2.3. Intervenciones cognitivas e intervenciones conductuales

Fundamento teórico

Al iniciar el proceso de psicoterapia cognitiva se tiene como objetivo terapéutico que la persona con depresión desarrolle niveles de funcionamiento adaptativos. El fundamento teórico de este método está basado en la observación clínica, el paciente con depresión tiene activadas creencias depresógenas en las cuales se identifican como componentes de esas creencias la idea de que ya no obtendrá gratificación alguna en aquellas actividades que solían agradaarle. La persona con depresión se encuentra inmersa en un círculo disfuncional en el que se percibe a sí misma como ineficaz, esa etiqueta le produce desilusión, y eso lo lleva a un estado de inmovilidad. Esto provoca que le resulte difícil realizar funciones intelectuales como razonamientos y planificación de actividades motoras, así como actividades de alta complejidad que le exigen habilidades especializadas. La interrupción de estas funciones produce insatisfacción y reduce la autoestima, sosteniendo la depresión (Beck, 2005).

Las técnicas conductuales están dirigidas a lograr un cambio en la conducta que se pretende que repercuta en las actitudes negativas del paciente para producir una mejoría; los métodos conductuales proporcionan al paciente la oportunidad de evaluar sus ideas negativas sobre sí mismo. Cuando estas ideas se ven refutadas por la técnica conductual, el paciente duda de su validez y se motiva a emprender otras tareas; la modificación conductual permite la identificación de las cogniciones negativas. Las tareas conductuales son la forma más eficaz de romper el círculo disfuncional del paciente con depresión y producir una mejoría en el nivel de funcionamiento, contrarrestando los pensamientos negativos y proporcionando un sentimiento de gratificación (Beck, 2005).

Una vez que la persona es capaz de emprender actividades y ha modificado la atribución negativa de sus capacidades conductuales, el terapeuta puede centrarse en los componentes cognitivos de la depresión. Para indagar los pensamientos del paciente hay que tener en cuenta que las personas con depresión piensan de un modo idiosincrático y tienen un sesgo en el modo de verse a sí mismos, el mundo y el futuro. Se utilizan técnicas como la de hacer preguntas, identificar pensamientos distorsionados y registrar las cogniciones, que hacen que el paciente se dé cuenta de su estilo de pensamiento y, más adelante, pueda comprender la relación entre sus cogniciones, afectos, conducta y acontecimientos ambientales (Beck, 2005).

Programación de actividades agradables

La programación de actividades agradables es utilizada para aumentar los refuerzos positivos presentes en la rutina de los adolescentes, así como para activar a aquellos jóvenes que se encuentran inactivos. Se utiliza una agenda, armando un cuadro con los días y horarios de la semana y en conjunto, el terapeuta y el adolescente programan actividades que se deben realizar a lo largo de la semana. También se los invita a los adolescentes a que simplemente registren cuáles son las actividades que le resultan agradables y en qué momento del día las hacen, o que puntúen su estado de ánimo antes y después de realizar las actividades agradables. Las personas con depresión tienen una disminución en la motivación que impacta negativamente en la realización de actividades, en estos casos es útil que algún miembro de la familia se comprometa a llevar a cabo la actividad con el joven por lo que dicho compromiso requerirá de un esfuerzo considerable de la red de apoyo que contiene a la persona (Friedberg y McClure, 2011).

Entrenamiento en habilidades sociales

El paciente con depresión presenta un funcionamiento inferior al esperable en el aspecto social. Sucede que la persona posee habilidades sociales adecuadas pero no las pone en práctica, por lo tanto el objetivo consiste en reactivar dichas habilidades sociales. En caso de no contar con ellas, se le presenta al joven material psicoeducativo y se modela la habilidad; una vez que se ha adquirido se practica mediante el juego de roles. Esta técnica facilita el entrenamiento y permite elicitar emociones y pensamientos significativos, pero hay que procurar que la simulación sea lo más realista posible. Para ello, el terapeuta debe obtener buena información sobre el papel que representa, haciendo preguntas al joven y aprendiendo sobre el personaje que interpreta. Durante el proceso de práctica, el joven recibe una retroalimentación por parte del terapeuta, que le permite ir desarrollando de manera adecuada sus habilidades para luego poner en práctica sus habilidades en contextos reales. Se trabajan habilidades de resolución de problemas, formas alternativas de pensar, sentir y actuar, como también aptitudes relacionadas con la empatía. El entrenamiento en empatía implica prestar atención, identificar y comunicar la aceptación de emociones; puede ser trabajado en grupos ya que permite practicar en vivo las habilidades y adquirir nuevas perspectivas. También existe el entrenamiento en asertividad, un elemento fundamental para hacer y responder peticiones, calmar situaciones tensas y afrontar conflictos con los pares o las figuras de autoridad. El entrenamiento en habilidades sociales ayuda a los adolescentes inhibidos a participar en interacciones sociales, favoreciendo la superación de conflictos, introduciendo un mayor autocontrol y disminuyendo la agresividad (Beck, 2005; Friedberg y McClure, 2011).

Entrenamiento en el reconocimiento de las emociones

Los adolescentes tienen desarrollada la capacidad de identificar emociones y pensamientos, sin embargo, la limitación de su vocabulario emocional hace que les cueste diferenciar entre categorías y niveles de intensidad de sus experiencias emocionales. Muchos adolescentes no diferencian entre emociones como tristeza, aburrimiento o enojo, y asocian todas estas bajo un mismo concepto: “sentirse mal o molesto”. De igual forma que pueden utilizar etiquetas idiográficas para comunicar cómo se sienten, por ejemplo sentirse «picado». Uno de los primeros pasos del tratamiento consiste en poder diferenciar y nombrar estas emociones para luego ocuparse de otros aspectos. Se trabaja mediante la valoración del estado de ánimo en cada sesión y es común la utilización de caritas dibujadas con expresiones, escalas valorativas que permitan puntuar las emociones y reconocer cada una de ellas o listas con todas las palabras que se le ocurran al joven para describir sus sentimientos. También se puede solicitar al adolescente que escriba una historia/poema/canción/rap sobre un momento en el que se sintió triste o deprimido, incluyendo circunstancias que rodearon la emoción, reacciones fisiológicas, cognitivas y conductuales. Al igual que se puede utilizar la estrategia de crear un mural de emociones con imágenes o palabras recortadas de revistas, existe una gran variedad de métodos que permiten la expresión de las emociones por otras vías que no sean la palabra. Estas manifestaciones creativas pueden resultar liberadoras para los adolescentes, expresando emociones más profundas y reflejando el entorno social del joven (Bunge et al., 2018; Friedberg y McClure, 2011).

Identificación y monitoreo de los pensamientos automáticos

Los pensamientos automáticos escapan a la voluntad de la persona, son extremadamente rápidos y las personas usualmente no se detienen a cuestionarlos, por lo que los toman como certeros. Estos pensamientos son los que dan lugar a las diversas interpretaciones que uno realiza de las situaciones que atraviesa, influyendo de manera directa en el estado de ánimo. Una vez que el paciente ha entendido la definición de los pensamientos automáticos, el terapeuta presenta un proyecto diseñado para poner de manifiesto las cogniciones disfuncionales. El primer paso es orientar al paciente en la detección de los autodiálogos e imágenes que se suscitan en las situaciones problemáticas (Beck, 2005; Bunge et al., 2018).

Una de las formas de identificar pensamientos es preguntar de manera textual que está pasando por la cabeza en ese momento. Se sugiere el uso de preguntas abiertas como: «¿Qué se te ha venido a la cabeza?» «¿Qué ha surgido en tu mente?» «¿Qué te has dicho a ti mismo?» (Friedberg y McClure, 2011).

Con los adolescentes, la identificación de pensamientos es una tarea rutinaria y una forma de hacerlo es el registro diario de pensamientos. Los registros de pensamientos pueden rellenarse durante las sesiones, cuando los jóvenes describen algo que les preocupa y los pensamientos y emociones asociados a ello. Muchos adolescentes disfrutan de ver sus pensamientos plasmados en un diario de registro, sin embargo a otros les cuesta más. Para estos casos se puede utilizar como recurso las viñetas con globos de pensamiento vacíos para poder registrar la auto-observación; como también se utilizan los inventarios de autoinforme, que permiten identificar el estado de ánimo de un joven. Incluso se le puede pedir al paciente que registre cualquier pensamiento negativo con la mayor precisión posible, o que identifique las situaciones ambientales que tengan relación con su depresión. Existe la alternativa de los fragmentos de oraciones incompletas, que ayudan a los adolescentes a captar sus pensamientos en situaciones concretas mediante la tarea de rellenar espacios en blanco de una oración prescrita provista por el terapeuta. Las oraciones incompletas permiten flexibilidad y creatividad y son una buena opción para aquellos adolescentes a quienes les cuesta registrar por escrito sus pensamientos (Bunge et al., 2018; Friedberg y McClure, 2011).

Reconocer la relación existente entre pensamiento, emoción y conducta

Para que el adolescente participe activamente del tratamiento, debe recibir psicoeducación y entrenamiento en el reconocimiento de la relación entre pensamientos, emociones y conductas. El paciente debe ser capaz de reconocer que, cambiando el contenido de sus pensamientos, puede modificar sus sentimientos. Beck (2005) propone la técnica de imágenes inducidas para demostrar la relación entre pensamientos y afectos: en primer lugar, el terapeuta le pide al paciente que imagine una escena desagradable; si el paciente manifiesta una respuesta emocional negativa, el terapeuta pregunta acerca del contenido de sus pensamientos. Luego repite la acción con la diferencia de que esta vez, la escena es agradable. Para las personas con padecimiento mental, esta técnica sirve para comprender el impacto que tienen las imágenes que ellos mismos crean, y cómo eso influye en el estado de ánimo. Otra forma para transmitir esta relación es a partir del uso de historietas y esquemas ilustrados (Bunge et al., 2018).

Uso de biblioterapia, cuentos y narrativas

La biblioterapia es una forma fácil de reforzar los contenidos tratados en la sesión ya que para algunos pacientes, los libros gozan de una gran credibilidad. El terapeuta debe averiguar si al paciente le gusta leer y elegir material adecuado a su nivel de comprensión e interés. Existe material psicoeducativo en forma de cuentos que resulta provechoso para que el adolescente

comprenda el problema a tratar. Las técnicas narrativas apuntan a caracterizar la situación problemática en forma de historia con el objetivo de despatologizar al paciente y externalizar el problema (Beck, 2005; Bunge et al., 2018).

Reatribución

Un patrón cognitivo frecuente en la depresión es la auto-atribución de responsabilidad o culpa de acontecimientos negativos que escapan al control de la persona. La técnica de reatribución permite al paciente darse cuenta de que la causa del problema estaba fuera de sí mismo; se utiliza cuando el paciente adjudica, de manera no realista, las consecuencias negativas a una disfunción personal. El terapeuta, mediante la lógica, revisa junto al paciente los acontecimientos con el objetivo de atribuir la responsabilidad a quien verdaderamente le corresponda. La reatribución ayuda a los adolescentes a considerar explicaciones alternativas por medio de preguntarse a sí mismos por otras formas de ver la situación; especialmente a aquellos jóvenes que se sienten responsables de acontecimientos que no dependen completamente de ellos y extraen generalizaciones incorrectas a partir de otras situaciones que no son equivalentes. Una técnica muy utilizada es el pastel de responsabilidad, que se basa en la idea de que solo se puede tener el cien por cien de una cosa. Cada acontecimiento se explica a partir de una serie de factores que conforman un todo. Primero el adolescente arma una lista de las posibles causas del acontecimiento que le provoca malestar, luego junto con el terapeuta, dividen un pastel en porciones que representan el porcentaje de responsabilidad que corresponde a cada explicación de la causa del acontecimiento. Incluso si el adolescente se atribuye la culpa del acontecimiento, el pastel le permite observar que hay otros factores que influyen en la causa del mismo (Beck, 2005; Friedberg y McClure, 2011).

Comprobación de hipótesis

El objetivo de las técnicas de comprobación de hipótesis es enseñar a los adolescentes a estudiar las pruebas que tienen antes de extraer conclusiones. Se realizan experimentos en los que se recogen pruebas a favor y en contra de los pensamientos automáticos, se hacen observaciones, y se estudian los cambios que se producen a nivel cognitivo y emocional. Los resultados de estos experimentos ayudan a cuestionar pensamientos absolutistas como por ejemplo «Nadie me quiere». Un ejemplo de experimento es el ejercicio del detective, en el cual el terapeuta y el joven trabajan juntos como reporteros que investigan una historia. Se le explica o recuerda al joven que un detective trabaja con el objeto de descubrir la verdad y dar respuesta a la pregunta de si es correcta su suposición; hace averiguaciones sobre lo que ha pasado, toma nota

de lo sucedido, reúne todos los hechos y recién entonces elabora una respuesta. En este caso sucederá lo mismo, el adolescente reunirá información sobre las cosas que se dice a sí mismo y puede hacer gráficos con las pruebas que apoyan o contradicen sus hipótesis (Friedberg y McClure, 2011).

Técnicas de continuum

Las técnicas de continuum permiten suavizar los pensamientos absolutistas de los adolescentes que tienen formada una imagen de sí mismos basadas en categorías totalitarias, mediante el análisis racional para sembrar dudas sobre estas etiquetas. Un ejemplo es pedirle al joven que dibuje una línea con dos extremos y en cada uno de ellos ubique etiquetas opuestas, por ejemplo perdedor-ganador. A continuación se le solicita al joven que haga dos listas con criterios concretos que definan cada una de las etiquetas. Luego el adolescente debe situar a varias personas que conozca en algún lugar de la línea, y por último debe ubicarse a sí mismo y sacar una conclusión. A partir de la visualización en la línea continua, la tarea permite al adolescente dar cuenta de que nadie puede cumplir con todos los criterios de una etiqueta, por lo que no es posible considerarse a sí mismo de manera absolutista; a su vez, flexibiliza la forma en la que el joven se ve a sí mismo e impacta de manera positiva en la autoimagen y la autoestima (Friedberg y McClure, 2011).

2.4. Trabajar con la familia

Dentro de las características propias de los adolescentes se encuentran: la impulsividad en la toma de decisiones, la inseguridad y ambivalencia de sí mismos y la inmadurez emocional. Estos atributos son parte de un proceso en el que, durante esta etapa de la vida, los rasgos de personalidad se van estableciendo de manera progresiva. Los estilos de personalidad adolescente podrían influir no solo en la presentación de un trastorno depresivo, sino también en la aceptación del mismo y la participación en su tratamiento (Pacheco y Aránguiz, 2011; Rey et al., 2017).

Teniendo en cuenta que los esquemas cognitivos y los estilos de afrontamiento de los adolescentes están en formación y son permeables a influencias, los terapeutas deben considerar los sistemas que rodean al paciente y diseñar un tratamiento que los tenga en cuenta. Uno de los sistemas más importantes en los que interactúa el joven es la familia, se debe incluir a los progenitores, tutores o allegados significativos del joven debido al rol determinante del contexto en el motivo de consulta (Bunge et al., 2018).

Los padres pueden hacer observaciones valiosas sobre el comportamiento de sus hijos: las entrevistas con ellos proveen al terapeuta información sobre las relaciones del joven, su

rendimiento académico, los deportes y aficiones que le interesan, sus amistades, entre otras. Las relaciones familiares también aportan información significativa, ya que sabiendo cómo interaccionan los miembros de la familia, el terapeuta obtiene información más precisa sobre el funcionamiento del adolescente, ubicando su conducta dentro de un contexto determinado (Friedberg y McClure, 2011).

En un principio del tratamiento, el terapeuta asume un rol activo, la familia lo ve como experto y sigue las indicaciones que forman parte de la terapia. A medida que el proceso avanza, los jóvenes y sus familias conocen mejor la estructura de la terapia cognitiva y el terapeuta promueve una mayor colaboración para que los adolescentes y sus familias dirijan el propio tratamiento (Friedberg y McClure, 2011). La familia puede colaborar en la resolución de conflictos, contribuir a la adherencia al tratamiento, modelar comportamientos adaptativos y estilos de atribución de significados, y transmitir otras formas de entender los problemas cotidianos (Bunge et al., 2018).

Asimismo, la familia puede estar influyendo en el origen y mantenimiento de los problemas, las conductas problemáticas de los adolescentes pueden ser sostenidas por creencias disfuncionales de los mismos progenitores, como por ejemplo cuando los padres confunden la adolescencia con la edad adulta esperando que sus hijos no cometan ningún error y hagan siempre lo que ellos quieren; o cuando los padres asumen que las conductas desafiantes de sus hijos son para hacerlos enfadar intencionalmente (Friedberg y McClure, 2011).

En el trabajo con los padres es fundamental poner en práctica la estrategia de la psicoeducación; el terapeuta debe asegurarse de que tienen información básica sobre las conductas esperables para el período del desarrollo, recordando que la adolescencia es una etapa de transición que prepara a los jóvenes para la edad adulta y advirtiéndoles que los adolescentes están aprendiendo a ser autónomos e inevitablemente algunas veces tomarán decisiones equivocadas (Bunge et al., 2018; Friedberg y McClure, 2011).

El terapeuta debe saber cómo se fomentan las conductas deseadas y cómo se evitan aquellas no deseadas. Para ello, es importante recopilar información sobre las prácticas disciplinarias que utilizan los padres y averiguar qué estrategias de crianza se emplean (Friedberg y McClure, 2011).

Para entrenar a los padres, se empieza enseñando a reforzar la buena conducta de sus hijos. El refuerzo es una estrategia conductual básica que produce resultados incrementando la frecuencia de las conductas objetivo. Es la forma principal de fomentar conductas ya que todo refuerzo aumenta la frecuencia de la conducta deseada, y puede implementarse de diferentes maneras. El refuerzo positivo implica la utilización de una conducta para obtener una consecuencia

deseada, mientras que el negativo consiste en la utilización de una conducta para evitar consecuencias no deseadas (Bunge et al., 2018).

Las relaciones entre padres e hijos influyen en la manifestación y el mantenimiento del malestar emocional de los jóvenes; por lo tanto, la implicación de los padres en el tratamiento es un componente fundamental. Los padres son quienes tienen el control de los refuerzos en la mayor parte del entorno de sus hijos, de manera que proporcionándoles información y colaborando con ellos para identificar conductas, los terapeutas pueden enseñarles a dar refuerzos positivos y a apoyar al adolescente en la generalización de conductas en su vida cotidiana (Bunge et al., 2018; Friedberg y McClure, 2011).

Conclusión

En el desarrollo de este trabajo se abordó la depresión mayor como un fenómeno complejo que se caracteriza por un sentimiento de tristeza persistente y generalizada, acompañado de la pérdida de placer en las actividades cotidianas, y síntomas asociados, como la falta de energía, irritabilidad, dificultad para concentrarse y alteraciones del apetito y el sueño. La depresión es un padecimiento mental multicausal que afecta a personas de todas las edades, siendo la población adolescente la más comprometida por el impacto que tiene la sintomatología depresiva en los ámbitos educativo, familiar, social y en el desarrollo afectivo y emocional, limitando significativamente la calidad de vida del joven.

Al abordar este cuadro clínico, se indagó sobre los múltiples factores que desencadenan el trastorno depresivo mayor en la población adolescente. Entre los factores más relevantes para la detección y prevención temprana de la depresión se encuentran: factores biológicos, como las alteraciones del sistema nervioso, factores psicológicos, como la vulneración del aprendizaje, la personalidad, los vínculos afectivos, y factores sociales, caracterizados por el contexto cultural, el nivel socioeconómico, el acceso a educación y las oportunidades. Esto ha permitido una mayor comprensión del fenómeno que evidencia la necesidad de un tratamiento que incluya una psicoterapia eficaz para la depresión.

Es complejo el abordaje de los jóvenes con depresión ya que a causa de las características propias de la etapa del desarrollo del ciclo evolutivo, los adolescentes se encuentran atravesando cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales que provocan un desajuste al que deben hacer frente y adaptarse de una manera funcional. La psicoterapia cognitivo conductual ha demostrado ser útil para la intervención en depresión en adolescentes porque mejora los estados emocionales de los jóvenes mediante la aplicación de técnicas de fortalecimiento de habilidades socioemocionales, psicoeducación, activación conductual por medio de programación de actividades agradables, proporcionándoles herramientas que les permiten abordar de manera más funcional sus conflictos. A partir de las diferentes técnicas cognitivo conductuales empleadas por el terapeuta, el adolescente logra identificar sus creencias disfuncionales y se vale de otras formas de pensar para la resolución de conflictos y un adecuado manejo de sus emociones.

En sintonía con lo que sucede con adultos, la depresión mayor en la adolescencia tiene una evolución recurrente, los episodios depresivos pueden remitir espontáneamente. Esto repercute a la hora de su tratamiento, que debiera tener como objetivo no solo reducir la duración y

sintomatología del episodio depresivo actual, sino también prevenir la recurrencia. La TCC plantea como factor relevante la elaboración de programas preventivos para adolescentes potencialmente vulnerables para la detección temprana de los factores de riesgo de la depresión.

Se propone como posibles líneas de abordaje de la temática, el trabajo en dispositivos grupales con adolescentes con diagnóstico de depresión mayor, dado que el trabajo en grupo tiene múltiples beneficios, como infundir esperanza en los miembros, permitirles sentir que no están solos en lo que les pasa, favorece el aprendizaje social mediante el desarrollo de las técnicas de socialización y, a su vez, beneficia a los jóvenes mediante la cohesión que provoca aceptación y apoyo mutuo.

La creación de los dispositivos grupales en la comunidad es de suma importancia para trabajar en la promoción de estrategias funcionales de afrontamiento, promoviendo el desarrollo de habilidades sociales y modificando algunos factores de riesgo, partiendo de la instalación de grupos que trabajen en la comunidad posibilitando la detección temprana a partir de la valoración de los estados emocionales de los jóvenes. El dispositivo en la comunidad, a través de la psicoeducación, permite la difusión de las características y consecuencias del trastorno depresivo mayor, incrementando la conciencia sobre el cuadro en las familias y educadores a la hora de reconocer la depresión como una problemática.

Referencias bibliográficas

- 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.
- 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. [versión electrónica] 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
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. y Emery, G. (2005). Terapia cognitiva de la depresión. (19a. ed.) Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer.
- Bonnot, O. (2009). Estados depresivos en la adolescencia. Tratado de medicina. Paris: Elsevier Masson SAS. Disponible en la WEB: <https://www.em-consulte.com/es/article/223510/estados-depresivos-en-la-adolescencia>
- Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2018). Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos. (3ra. ed.) Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Calderón, M., Cortés, A., Durán, E., Martínez, T., Ramírez, I. y Garavito, C. (2012). Depresión: recorrido histórico y conceptual. Contextos Revista, 9. Disponible en la WEB: http://www.contextos-revista.com.co/Revista%209/A5_Depresion%20Recorrido%20historico%20y%20conceptual.pdf
- Dickerson, J. F., Lynch, F. L., Leo, M. C., DeBar, L. L., Pearson, J. & Clarke, G. N. (2018). Cost-effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Youth Declining Antidepressants. [versión electrónica] Pediatrics, 141 (2), pp. 2-9. Disponible en la WEB: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/141/2/e20171969.full.pdf>

- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona: Paidós.
- Fernández, O., Pérez, C., Gloger, S. y Krause, M. (2015). Importancia de los cambios iniciales en la psicoterapia con adolescentes. [versión electrónica] Terapia psicológica, 33 (3). Disponible en la WEB:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082015000300008&script=sci_arttext&tlng=es&nrm=iso&tlng=es#1
- Figueroa, G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. [versión electrónica] Revista chilena de neuro-psiquiatría, 40 (1), pp. 46-62. Disponible en la WEB:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500004&lng=es&nrm=iso&tlng=es#1
- Friedberg, R. y McClure, J. (2011). Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. (1ra. ed. online) Madrid: Paidós.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. [versión electrónica] Revista chilena de pediatría, 86 (6). Disponible en la WEB:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010
- García Alonso, A. (2009). La depresión en adolescentes. [versión electrónica] Revista de estudios de juventud, 84. Disponible en la WEB: <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>
- García Suárez, C, I. y Parada Rico, D, A. (2018). Construcción de la adolescencia: una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas. [versión electrónica] Universitas Humanística, 85, pp. 347-373. Disponible en la WEB:
<https://www.semanticscholar.org/paper/Construcción-de-adolescencia%3A-una-concepción-y-en-Suárez-Rico/62e2d255bed6465f2dc91cd6d4ca9d9242c0d3fb>

- 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.
- Izco Montoya, E. (2007). Los adolescentes en la planificación de medios: segmentación y conocimiento del target. Tesis doctoral. Instituto de la Juventud (INJUVE). Madrid.
- Mandil, J., Quintero, P. J. y Maero, F. (2017). Terapia de Aceptación y Compromiso con adolescentes. (1ra. ed.) Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Méndez, X., Rosa, A., Montoya, M., Espada, J. P., Olivares, J. y Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿Evidencia o promesa?. [versión electrónica] Psicología Conductual, 10 (3), pp. 563-580. Disponible en la WEB: <https://www.um.es/metaanalysis/pdf/7072.pdf>
- Moreno Hernández, A., del Barrio, C. (2005). La experiencia adolescente: la búsqueda de un lugar en el mundo. Buenos Aires: Aique.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Depresión. Disponible en la WEB: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Desarrollo en la adolescencia. Disponible en la WEB: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Ortiz Amores, A. C. (2012) Terapia Cognitivo Conductual en depresión adolescente. Tesis de grado en Psicología. Universidad Internacional del Ecuador. Quito.
- Pacheco, P. y Aránguiz, G. (2011). Factores relacionados a la adherencia a tratamiento en adolescentes con depresión. [versión electrónica] Revista chilena de neuro-psiquiatría, 49 (1), pp. 69-78. Disponible en la WEB: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272011000100009&script=sci_arttext
- Páramo, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. [versión electrónica] Terapia Psicológica, 29 (1),

pp. 85-95. Disponible en la WEB:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100009

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.

Rodríguez de Cossío, A. y Granada Jiménez, O. (2007). Trastornos depresivos en la infancia y adolescencia. [versión electrónica] Revista Clínica de Medicina de Familia, 1 (6), pp.

270-276. Disponible en la WEB: <https://www.redalyc.org/pdf/1696/169617626006.pdf>

Thomas, C. (2015). Historia de la adolescencia. Disponible en la WEB:

<http://cesch.cl/wp-content/uploads/2015/11/Historia-recorrido-adolescente.pdf>

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