



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
PSICOLOGIA Y SALUD

INVESTIGACIÓN SOBRE LA EFICACIA DE UN TRATAMIENTO COGNITIVO
CONDUCTUAL DIRIGIDO A ADOLESCENTES DEPRIMIDOS Y A SUS
PADRES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

MARÍA DEL CARMEN BELTRÁN RODRÍGUEZ

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

PRESIDENTE: DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN

COMITÉ: DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO

DRA. MARÍA LUISA RASCÓN GASCA

DRA. CORINA LENORA BENJET MINER

DR. ÁLVARO FLORENCIO TORRES CHÁVEZ

MEXICO, D.F.

NOVIEMBRE, 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Cruzar con las mismas alas
los mundos de lo ideal.
De los sueños y la dicha,
volver a la realidad,
corriendo entre las flores
de un césped primaveral.
Las dos caminando juntas,
las dos queriéndonos más.
¡Eso es el amor mi Sanny,
esa es la felicidad!

Gracias por existir hijita y darle un brillo especial a mi vida.

Te amo

Agradecimientos

Gracias a todos y cada uno de aquellos que hicieron posible la realización y culminación del presente trabajo:

Por quererme, sostenerme, apoyarme y alentarme a seguir pese a los momentos de debilidad, de cansancio y de duda, doy gracias a mi querida familia (mi hijita, mi madre, mi padre y mi hermana).

Por el apoyo económico y de beca tiempo (SAP).

Por las facilidades brindadas para la aplicación del proyecto (a los directivos, personal médico, de enfermería y administrativo del HPIJNN).

Por permitirme una formación profesional de alta calidad a bajo costo (Universidad Nacional Autónoma de México).

Por la ayuda otorgada gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM. Proyecto IN304610 "La concepción dimensional de la ansiedad/depresión adolescente" (DGAPA-Universidad Nacional Autónoma de México). Ayuda gracias a la cual fue posible parte de la reproducción de la papelería utilizada en el proyecto y, principalmente, la participación operativa de varios pasantes de la licenciatura de psicología (Daniela, Paola, Jesús, Fernando, Ollin, Margarita, Nadia y Elena). Un reconocimiento especial al pasante de la licenciatura Miguel Freyre, quien tuvo la nobleza de acompañarme durante tres años del doctorado coordinando y supervisando las actividades de los demás pasantes, aunado al trabajo hombro con hombro conmigo en la aplicación del proyecto.

Por compartirme su invaluable conocimiento, experiencia y ejemplo de entrega, doy gracias a mi comité tutorial, sin quienes no hubiese sido posible el *bordado fino* de este trabajo (Dras. Laura Hernández, Ma. Emilia Lucio, Ma. Luisa Rascón, Corina Benjet, y al Dr. Alvaro Torres).

Por su disposición personal y profesional y por su entrega incondicional en el abordaje terapéutico con los adolescentes y/o con sus padres (Psicólogas Ana María Ramírez, Marcela Martínez y Claudia Vázquez, y doctores Federico Rivera y Alfredo Romero).

Por la fe que tienen en mí como persona y como profesional, y por su enseñanza como seres humanos, doy gracias a los maestros significativos en mi vida (Prof. Morita, Dr. César Reséndez, Dra. Ana Ma. Barroso, Dr. Eduardo Dalall, Dra. Márquez y Dra. Laura Hernández).

A mis amigos y amigas que de una y mil maneras han estado presentes para creer, apoyar, alentar, guiar, sostener e impulsar en las subidas y bajadas. Muchas gracias (Elvia Olga, Diana, Paty S., Paty A., Omar, Angel, Marilu, Keyko, Isabel, Eliana).

Finalmente y sin ser menos importantes MIL GRACIAS A TODOS LOS PACIENTES que aceptaron participar en este proyecto, que son y serán siempre la fuente y destino de los conocimientos aquí generados.

Índice

Índice de tablas	11
Índice de figuras	19
Resumen	21
Introducción.....	25
Capítulo 1. Depresión en la adolescencia	37
1.1. Antecedentes	37
1.2. Definición	38
1.3. Clasificación.....	39
1.4. Epidemiología.....	41
1.5. Características clínicas de la depresión y síntomas asociados.....	43
1.6. Evolución.....	48
1.7. Comorbilidad.....	51
Resumen.....	53
Capítulo 2. Factores etiológicos asociados a la depresión en adolescentes.....	55
2.1. Teorías cognitivas de la depresión.....	55
2.2. Factores biológicos	66
2.2.1. Alteraciones genéticas.....	66
2.2.2. Cambios neuroanatómicos y funcionales	69
2.2.3. Sexo.....	70
2.3. Factores psicológicos.....	72
2.3.1. Estrés emocional	72
2.3.2. Rasgos de personalidad	74
2.3.3. Orientación a la solución de problemas.....	76
2.3.4. Autocontrol.....	77

2.4. Factores familiares	77
2.4.1. Psicopatología en los padres	81
2.4.2. Crianza temprana	86
2.4.3. Relaciones padres-hijos y parentalidad en la adolescencia.....	88
2.4.4. Percepción de la experiencia familiar	95
2.4.5. Funcionamiento familiar	96
2.5. Factores contextuales	97
Resumen.....	98
Capítulo 3. Evaluación de la depresión en adolescentes	101
3.1. Búsqueda de tratamiento	101
3.2. Diagnóstico	105
3.3. Psicometría de la depresión en adolescentes.....	108
3.3.1. Entrevistas semi-estructuradas.....	108
3.3.2. Entrevistas altamente estructuradas.....	111
3.3.3. Instrumentos de auto-informe	112
3.3.4. Escalas de evaluación clínica	117
3.3.5. Instrumentos de informe por los padres.....	117
3.4. Instrumentos de evaluación para variables asociadas a la depresión.....	121
3.4.1. Evaluación de la psicopatología en los padres	121
3.4.2. Evaluación del funcionamiento familiar	123
3.4.3. Evaluación del bienestar subjetivo adolescente.....	126
3.5. Otros métodos de evaluación de la depresión	128
Resumen.....	128
Capítulo 4. Tratamiento de la depresión en la adolescencia	131
4.1. Tratamiento farmacológico.....	131

4.2. Intervenciones psicoterapéuticas	139
4.2.1. Terapia cognitivo conductual (TCC).....	141
4.2.1.1. Terapia racional emotivo-conductual.....	151
4.2.1.2. Reestructuración cognitiva sistemática de Goldfried y Goldfried	153
4.2.1.3. Terapia de habilidades de afrontamiento al estrés	154
4.2.1.4. Terapia de solución de problemas.....	154
4.2.1.5. Terapia cognitivo conductual de Beck	157
4.2.1.6. Curso de afrontamiento de la depresión con adolescentes	162
4.2.1.7. Técnicas cognitivas	168
4.2.1.8. Técnicas conductuales	172
4.2.1.9. Otras estrategias terapéuticas.....	174
4.2.2. Terapia interpersonal (TIP).....	184
4.3. Intervención preventiva	186
Resumen.....	201
4.4. Evaluación de los resultados del tratamiento	202
4.4.1. Eficacia del tratamiento.....	202
4.4.2. Significación estadística.....	204
4.4.3. Relevancia clínica	205
4.4.4. Bienestar subjetivo.....	211
4.4.5. Evaluación de la fidelidad del tratamiento.....	219
Capítulo 5. Método	223
5.1. Pregunta de investigación.....	223
5.2. Hipótesis	223
5.3. Participantes	224

5.3.1. <i>Características de los cuidadores</i>	227
5.4 <i>Instrumentos</i>	228
5.4.1. <i>Instrumentos que aplica el clínico</i>	228
5.4.2. <i>Instrumentos que contestan los adolescentes</i>	228
5.4.3. <i>Instrumentos que contestan los padres</i>	232
5.4.4. <i>Listas de verificación del tratamiento</i>	234
5.4.5. <i>Recursos humanos</i>	236
5.5. <i>Diseño de la investigación</i>	236
5.6. <i>Procedimiento</i>	239
5.6.1. <i>Pre-test</i>	239
5.6.2. <i>Tratamiento</i>	241
5.6.3. <i>Post-test y seguimiento a 3 meses</i>	249
5.7. <i>Consideraciones éticas</i>	250
Capítulo 6. <i>Resultados</i>	253
6.1. <i>Equivalencia inicial entre las condiciones experimentales</i>	254
6.1.1. <i>Características demográficas y evolución del trastorno depresivo</i> ..	255
6.1.2. <i>Comorbilidad</i>	255
6.1.3. <i>Variables de interés</i>	255
6.1.4. <i>Características de los cuidadores</i>	257
6.2. <i>Eficacia del tratamiento en la reducción de síntomas depresivos</i>	259
6.2.1. <i>Inventario de Depresión de Beck (BDI)</i>	260
6.2.2. <i>Auto-informe de adolescentes (Youth Self-Report, YSR) de Achenbach</i>	268
6.2.2.1. <i>Comparaciones intra-condición en la dimensión de</i> <i>Ansiedad/Depresión del YSR</i>	269

6.2.2.2. Comparación entre-condiciones experimentales para la dimensión Ansiedad/Depresión del YSR.....	273
6.2.2.3. Relevancia clínica de las diferencias en la dimensión Ansiedad/Depresión del YSR.....	273
6.2.2.4. Comparaciones intra-condición en la dimensión de Introversión/Depresión del YSR	276
6.2.2.5. Comparación entre-condiciones experimentales para la dimensión Introversión/Depresión del YSR.....	279
6.2.2.6. Relevancia clínica de las diferencias en la dimensión Introversión/Depresión del YSR	280
6.2.3. Lista de verificación de síntomas conductuales en niños y adolescentes (CBCL/ 6-18) de Achenbach.....	282
6.2.3.1. Comparaciones intra-condición en la dimensión de Ansiedad/Depresión del CBCL/6-18.....	283
6.2.3.2. Comparación entre-condiciones experimentales para la dimensión Ansiedad/Depresión del CBCL/6-18.....	286
6.2.3.3. Relevancia clínica de las diferencias en la dimensión Ansiedad/Depresión del CBCL/6-18.....	287
6.2.3.4. Comparaciones intra-condición en la dimensión de Introversión/Depresión del CBCL/6-18.....	290
6.2.3.5. Comparación entre-condiciones experimentales para la dimensión Introversión/Depresión del CBCL/6-18.....	291
6.2.3.6. Relevancia clínica de las diferencias en la dimensión Introversión/Depresión del CBCL/6-18.....	292
6.3. Eficacia del tratamiento en el funcionamiento de los adolescentes	303

6.3.1. <i>Relación padres-hijos. Egna Minnen Beträffande Uppfostran, del sueco “Mis memorias de crianza” (EMBU)</i>	304
6.3.1.1. <i>Comparaciones intra-condición de la relación padres-hijos....</i>	304
6.3.1.2. <i>Comparación entre-condiciones de la relación padres-hijos ..</i>	307
6.3.2. <i>Bienestar subjetivo. Escala Multidimensional para la Medición del Bienestar Subjetivo de Anguas y Reyes (EMMBSAR)</i>	310
6.3.2.1. <i>Comparaciones intra-condición del bienestar subjetivo de los adolescentes</i>	311
6.3.2.2. <i>Comparación entre-condiciones del bienestar subjetivo de los adolescentes</i>	311
6.4. <i>Adherencia terapéutica</i>	317
6.5 <i>Fidelidad del tratamiento</i>	318
Capítulo 7. <i>Discusión y conclusiones</i>	321
7.1. <i>Conclusiones</i>	336
7.2. <i>Implicaciones</i>	338
7.3. <i>Limitaciones</i>	340
7.4. <i>Fortalezas del estudio</i>	341
7.5. <i>Propuestas para investigaciones futuras</i>	342
Referencias	345
Apéndice A	373
Apéndice B	383
Apéndice C	387
Apéndice D	389
Apéndice E	391
Apéndice F	393

Índice de tablas

Tabla 1. Códigos de clasificación DSM-IV-TR con códigos CIE-10 para trastornos del estado de ánimo	40
Tabla 2. Características demográficas de los adolescentes y sus cuidadores	225
Tabla 3. Forma de asignación de pacientes por permutación en bloques de tres, a tres condiciones experimentales	237
Tabla 4. Diseño. Momentos de aplicación de los instrumentos de evaluación y tratamiento en cada condición experimental	238
Tabla 5. Características demográficas de los adolescentes por condición	254
Tabla 6. Características demográficas de los cuidadores principales por condición	257
Tabla 7. Puntajes promedio y desviación estándar obtenidos por las tres condiciones experimentales en la evaluación de los síntomas depresivos con el BDI, YSR y CBCL/6-18 para el pre-test, post-test y seguimiento	261
Tabla 8. Diferencias obtenidas con el ANOVA de medidas repetidas en el puntaje de síntomas depresivos del BDI para las tres condiciones experimentales en el corto y mediano plazos	262
Tabla 9. Evaluación de medidas repetidas entre el puntaje de pre-test y pos-test del BDI para las tres condiciones experimentales	264
Tabla 10. Efectos univariados simples de la condición experimental sobre el puntaje de síntomas depresivos del BDI para cada momento de evaluación	265
Tabla 11. Porcentaje de casos con recuperación, mejoría y cambio significativo a corto plazo con base al puntaje obtenido en el BDI	267

Tabla 12. Porcentaje de casos con recuperación, mejoría y cambio significativo a mediano plazo con base al puntaje obtenido en el BDI	268
Tabla 13. Puntajes promedio y desviación estándar obtenidos por las tres condiciones experimentales en la evaluación de los síntomas depresivos con el YSR para el pre-test, post-test y seguimiento	269
Tabla 14. Diferencias obtenidas con el ANOVA de medidas repetidas en el puntaje de ansiedad/depresión del YSR para las tres condiciones experimentales en el corto y mediano plazo	270
Tabla 15. Evaluación de medidas repetidas entre el puntaje de pre-test y post-test de la dimensión ansiedad/depresión del YSR para las tres condiciones experimentales	272
Tabla 16. Efectos univariados simples de la condición experimental sobre el puntaje de síntomas de Ansiedad/Depresión del YSR para cada momento de evaluación	273
Tabla 17. Porcentaje de casos con recuperación, mejoría y cambio significativo a corto plazo en la dimensión Ansiedad/Depresión del YSR	275
Tabla 18. Porcentaje de casos con recuperación, mejoría y cambio significativo a mediano plazo en la dimensión Ansiedad/Depresión del YSR	276
Tabla 19. Diferencias obtenidas con el ANOVA de medidas repetida en el puntaje de Introversión/Depresión del YSR para las tres condiciones experimentales en el corto y mediano plazos	277
Tabla 20. Evaluación de medidas repetidas entre el puntaje de pre-test y	279

post-test de la dimensión Introversión/Depresión del YSR para las tres condiciones experimentales

Tabla 21. Efectos univariados simples de la condición experimental sobre el puntaje de síntomas de Introversión/Depresión del YSR para cada momento de evaluación	280
Tabla 22. Porcentaje de casos con recuperación, mejoría y cambio significativo a corto plazo en la dimensión Introversión/Depresión del YSR	281
Tabla 23. Porcentaje de casos con recuperación, mejoría y cambio significativo a mediano plazo en la dimensión Introversión/Depresión del YSR	283
Tabla 24. Puntajes promedio y desviación estándar obtenidos por las tres condiciones experimentales en la evaluación de los síntomas depresivos con el CBCL/6-18 para el pre-test, post-test y seguimiento	284
Tabla 25. Diferencias obtenidas con el ANOVA de medidas repetidas en el puntaje de Ansiedad/Depresión del CBCL/6-18 para las tres condiciones experimentales en el corto y mediano plazos	285
Tabla 26 Evaluación de medidas repetidas entre el puntaje depre-test y post-test de la dimensión Ansiedad/Depresión del CBCL/6-18 para las tres condiciones experimentales	287
Tabla 27. Efectos univariados simples de la condición experimental sobre el puntaje de síntomas de Ansiedad/Depresión del CBCL/6-18 para cada momento de evaluación	288
Tabla 28. Porcentaje de casos con recuperación, mejoría y cambio	289

significativo a corto plazo en la dimensión Ansiedad/Depresión del CBCL/6-18	
Tabla 29. Porcentaje de casos con recuperación, mejoría y cambio significativo a mediano plazo en la dimensión Ansiedad/Depresión del CBCL/6-18	290
Tabla 30. Diferencias obtenidas con el ANOVA de medidas repetidas en el puntaje de Introversión/Depresión del CBCL/6-18 para las tres condiciones experimentales en el corto y mediano plazos	292
Tabla 31. Evaluación de medidas repetidas entre el puntaje de pre-test y post-test de la dimensión Introversión/Depresión del CBCL/6-18 para las tres condiciones experimentales	294
Tabla 32. Efectos univariados simples de la condición experimental sobre el puntaje de síntomas de Introversión/Depresión del CBCL/16-18 para cada momento de evaluación	295
Tabla 33. Porcentaje de casos con recuperación, mejoría y cambio significativo a corto plazo en la dimensión Introversión/Depresión del CBCL/6-18	296
Tabla 34. Porcentaje de casos con recuperación, mejoría y cambio significativo a mediano plazo en la dimensión Introversión/Depresión del CBCL/6-18	297
Tabla 35. Probabilidad asociada y tamaño del efecto de las diferencias en el nivel de síntomas depresivos de los adolescentes arrojados por las dimensiones del BDI, YSR y CBCL/ 6-18 en el pre-test, post-test y seguimiento en las comparaciones entre-condiciones experimentales	298

Tabla 36. Probabilidad asociada y tamaño del efecto de las diferencias en el nivel de síntomas depresivos de los adolescentes arrojados por las dimensiones del BDI, YSR y CBCL 6-18 en las tres condiciones experimentales en las comparaciones intra-sujeto	300
Tabla 37. Porcentaje de casos que mostraron diferencias con relevancia clínica en el nivel de síntomas depresivos de los adolescentes con base en las puntuaciones del BDI, YSR y CBCL/ 6-18 a corto y mediano plazo	302
Tabla38. Puntajes promedio y desviación estándar obtenidos por los adolescentes de las tres condiciones experimentales en las dimensiones consideradas para evaluar el impacto del tratamiento en el funcionamiento de los adolescentes, a corto y mediano plazos	305
Tabla 39. Diferencias obtenidas en las comparaciones intra-condición en las dimensiones de calidez y rechazo materno y paterno del EMBU para las tres condiciones experimentales en el corto y mediano plazos	306
Tabla 40. Evaluación de medidas repetidas entre el puntaje de pre-test y post-test del EMBU para las tres condiciones experimentales	308
Tabla41. Comparaciones entre condiciones experimentales del efecto del tratamiento sobre la relación padres-hijos al corto y mediano plazos	309
Tabla 42. Número de casos detectados en el pre-test del EMBU con niveles de relación padres-hijos fuera de la norma y recuperados en el seguimiento	310

Tabla 43. Puntajes promedio y desviación estándar obtenidos por los adolescentes de las tres condiciones experimentales en las dimensiones del EMMBSAR consideradas para evaluar el impacto del tratamiento en el bienestar subjetivo de los adolescentes a corto y mediano plazos	312
Tabla 44. Diferencias obtenidas en las comparaciones intra-condición en las dimensiones de bienestar subjetivo del EMMBSAR para las tres condiciones experimentales en el corto y mediano plazos	313
Tabla 45. Evaluación de medidas repetidas entre el puntaje de pre-test y post-test del EMMBSAR para las tres condiciones experimentales a corto plazo	314
Tabla 46. Comparaciones entre condiciones experimentales del efecto del tratamiento sobre el bienestar subjetivo al corto y mediano plazos	315
Tabla 47. Número de casos detectados en el pre-test del EMMBSAR con niveles de bienestar subjetivo debajo de la norma y recuperados en el seguimiento	316
Tabla 48. Adherencia terapéutica de los participantes a cada fase del proyecto e intervenciones programadas por condición experimental	318
Tabla 49. Grado de concordancia entre los observadores respecto de la proporción en que los terapeutas se apegaron a la especificación de las guías de intervención cognitivo-conductual dirigidas a los adolescentes con depresión	319
Tabla 50. Grado de concordancia entre los observadores respecto de la proporción en que los terapeutas se apegaron a la especificación de las guías de intervención cognitivo-conductual dirigida a padres	320

de adolescentes con depresión

Tabla F1. Análisis de varianza de una vía para el Inventario de Depresión de Beck en pre-test	393
Tabla F2. Resumen del análisis de varianza de una vía para el YSR	394
Tabla F3. Resumen del análisis de varianza de una vía para el EMBU	395
Tabla F4. Resumen del análisis de varianza de una vía para el EMMBSAR	396
Tabla F5. Resumen del análisis de varianza de una vía para el CBCL/6-18	397
Tabla F6. Resumen del análisis de varianza de una vía para el SCL-90-R	398

Índice de figuras

Figura 1. Modelo cognitivo de la depresión (Adaptado de Carnwath y Miller)	58
Figura 2. Diagrama de flujo de los participantes a lo largo de las fases del proyecto; número de sujetos que iniciaron y terminaron cada fase; media y desviación estándar de la edad de los participante y causas de baja en cada condición experimental	239
Figura 3. Diferencia en el puntaje de síntomas depresivos del BDI intra y entre las condiciones experimentales por momento de evaluación	263
Figura 4. Diferencia en el puntaje de Ansiedad/Depresión del YSR intra y entre las condiciones experimentales por momento de evaluación	271
Figura 5. Diferencia en el puntaje de Introversión/Depresión del YSR intra y entre las condiciones experimentales por momento de evaluación	278
Figura 6. Diferencia en el puntaje de Ansiedad/Depresión del CBCL/6-18 intra y entre las condiciones experimentales por momento de evaluación	286
Figura 7. Diferencia en el puntaje de Introversión/Depresión del CBCL/6-18 intra y entre las condiciones experimentales por momento de evaluación	293

Resumen

La depresión es un trastorno del afecto que atañe al 8% de la población general y 40% de la población clínica de adolescentes (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP], 2007), con importantes repercusiones a nivel físico, psicológico, familiar, escolar y social, a corto, mediano y largo plazos.

Desde la perspectiva de este trabajo, la depresión resulta de la interacción entre factores de vulnerabilidad psicológica y estrés medio ambiental, distales y proximales, que influyen en la manera distorsionada y disfuncional en que el adolescente procesa la información. Procesamiento que lo lleva a tener una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, así como a la activación de esquemas idiosincrásicos de pensamiento y uso sistemáticos de errores cognitivos, los cuales dan lugar al complejo sintomático que la caracteriza (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).

Ante el reconocimiento de la importancia de los procesos cognitivos en la activación, mantenimiento, persistencia, cambio y generalización de la conducta normal y patológica, como la depresión (Jorquera, 1992), la terapia cognitivo conductual (TCC) se plantea como una de las principales terapias con fundamento empírico para su manejo (Kazdin, 1996). No obstante, en la literatura existen datos insuficientes que documenten su eficacia en población adolescente y que establezcan su superioridad respecto al manejo farmacológico tradicional en este grupo de edad. Se carece también de datos que revelen el efecto de la intervención con los padres en el resultado del tratamiento, pese a que la literatura señala que la participación de los padres funciona como mediadora en los resultados del mismo (Beck et al. 1979; Lewinshon et al., 2002).

Así, este estudio tuvo como propósito indagar sobre la eficacia de la intervención cognitivo conductual dirigida a adolescentes con depresión y a sus padres. Las preguntas que esta investigación pretendió responder fueron: 1) si será más eficaz la terapia cognitivo conductual grupal y el manejo farmacológico de adolescentes con depresión, cuyos padres además reciben una intervención cognitivo conductual, que el sólo manejo farmacológico o que el manejo farmacológico combinado con terapia cognitivo conductual grupal, sin la intervención de los padres, a corto y mediano plazos, y 2) si como efecto del tratamiento, también se observará mejoría en la percepción de la relación padre-hijo y en el bienestar subjetivo de los adolescentes, a corto o mediano plazos.

Para dar respuesta a estas interrogantes se condujo un ensayo clínico aleatorio, con un diseño mixto, en el que se comparó los resultados obtenidos en las medidas repetidas (pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento a tres meses) dentro de cada una de tres condiciones experimentales: a) adolescentes con sólo manejo farmacológico (Fluoxetina), b) adolescentes con manejo farmacológico combinado con terapia cognitivo conductual grupal, y c) adolescentes con manejo farmacológico, terapia cognitivo conductual, e intervención cognitivo conductual a sus padres; y las diferencias entre ellas para cada momento de evaluación.

Participaron 132 adolescentes de ambos sexos, de entre 12 y 17 años, originarios de la ciudad de México, diagnosticados con depresión con base en los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales, en su décima versión (OMS, 2003), y sus padres. Para evaluar la mejoría en la sintomatología depresiva se aplicó el Inventario de Depresión de Beck, estandarizado para población mexicana (BDI, Jurado et al., 1998); el Auto-Informe para Adolescentes (YSR), y la Lista de Verificación Conductual para niños de 6 a 18

años (CBCL/6-18) de Achenbach y McConaughy (2003). Para medir el impacto del tratamiento, se evaluó la percepción de la relación padre-hijo y el bienestar subjetivo del adolescentes mediante el instrumento Mis Memorias de Crianza (EMBU) el cual fue validado para población mexicana por Márquez, Hernández, Aguilar, Pérez y Reyes (2007), y la Escala Multidimensional para la Medición del Bienestar Subjetivo de Anguas-Plata y Reyes-Lagunes (EMMBSAR, Anguas & Reyes, 1999), respectivamente.

El análisis de datos se realizó con el SPSS (Versión 17), con estadística descriptiva e inferencial. Los hallazgos señalan que independientemente del tratamiento que reciban los adolescentes, éstos muestran una mejoría con significación estadística y relevancia clínica en la sintomatología depresiva, tanto en el corto como en el mediano plazo. No obstante, aquéllos que recibieron la terapia combinada (fluoxetina y TCC) presentan un mayor porcentaje de casos con recuperación y mejoría (relevancia clínica) que las otras dos condiciones. En ninguna de las tres condiciones experimentales se tradujo la eficacia del tratamiento en diferencias en la relación padres-hijos, ni en el bienestar subjetivo de los adolescentes, a corto o mediano plazos. Aunque sí se observó una mayor adherencia terapéutica a corto plazo en aquéllos cuyos padres recibieron la intervención cognitivo conductual.

Los hallazgos concuerdan con los resultados de estudios anteriores sobre la eficacia del tratamiento independientemente de la modalidad terapéutica utilizada, y respecto a la superioridad del tratamiento combinado de TCC y fluoxetina sobre el sólo manejo farmacológico. Sin embargo, la importancia de la intervención con los padres es poco contundente, así como el efecto que la mejoría sintomática puede tener en algunos parámetros de funcionalidad y bienestar subjetivo en la vida diaria

del adolescente. No obstante los resultados de este estudio invitan a reflexionar sobre la forma de evaluar el éxito del tratamiento con base en criterios estadísticos, clínicos y sociales, así como a considerar el efecto de dicho tratamiento en diferentes momentos de evaluación y sobre las diferentes manifestaciones que reflejan el carácter dimensional del trastorno depresivo. Estos resultados permitirán también al clínico seguir las conductas que sugieren los parámetros de la medicina basada en evidencia, eligiendo con una base empírica el plan de tratamiento más adecuado a cada paciente, con base en las preferencias individuales, la disponibilidad de recursos, accesibilidad a los servicios y el análisis costo-beneficio del tratamiento.

Es necesario realizar réplicas que permitan corroborar los hallazgos de este estudio y ofrecer mayor evidencia respecto al papel de los padres y la eficacia de las diferentes modalidades terapéuticas.

DESCRIPTORES: depresión, adolescencia, padres, bienestar subjetivo, relación padres-hijos

Introducción

La depresión se considera un problema serio, especialmente durante la adolescencia, ya que se trata de un trastorno del estado de ánimo que afecta la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas, y que provoca una alteración significativa del funcionamiento en los contextos vitales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003; Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 1995). Ésta se caracteriza por la presencia de síntomas como: cambios en el sueño, apetito y psicomotricidad; disminución de la atención, concentración y capacidad para tomar decisiones; pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad o inutilidad y culpa, así como de desesperanza, y pensamientos de muerte recurrentes con ideación, planeación y/o actos suicidas. Cuando no se brinda una atención oportuna, la depresión en la adolescencia se puede asociar también, a corto, mediano y largo plazos, con problemas de suicidio consumado; conducta antisocial; consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, así como con un importante deterioro físico, psicológico y funcional, lo cual pronostica desajuste psicológico y un mayor riesgo para el desarrollo de cualquier otro tipo de psicopatología comórbida, en el presente y en la adultez (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz, & Zambrano, 2004; Colman, Wadsworth, Croudace, & Jones, 2007; Rice, Lifford, Thomas, & Thapar, 2007).

A nivel mundial la depresión ocupa el quinto sitio como causa de carga de morbilidad entre todas las enfermedades, el primero como causa de pérdida de años de buena salud por discapacidad, y el primer lugar de prevalencia entre los trastornos psiquiátricos graves en la atención primaria (OMS, 2001), por lo que merece atención, especialmente durante la adolescencia, considerada la etapa de mayor vulnerabilidad para su inicio (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold,

2003). Se calcula que dentro de ese grupo de edad alcanza una prevalencia que va del 4% al 8% en población no clínica y del 27% al 40% en población clínica (AACAP, 2007; Coghill & Usala, 2006). La vulnerabilidad en esta etapa se asocia con la interacción entre factores de riesgo, proximales y distales, a nivel genético, morfofuncional, psicológico, familiar, social y ambiental (Cicchetti, 2006), así como a los cambios propios del desarrollo.

A nivel psicológico, la teoría cognitiva de la depresión de Beck es uno de los modelos explicativos de la depresión que cuenta con mayor fundamento empírico (Lakdawalla, Hankin, & Mermelstein, 2007). Esta teoría propone un modelo de vulnerabilidad-estrés en el que se activan esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen a la forma negativa en que la persona percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo cual, aunado al uso sistemáticos de errores cognitivos, da lugar al inicio y mantenimiento del complejo sintomático que la caracteriza (Beck et al, 1979). Freeman y Oster (2007) agregan que la adquisición de estos esquemas forma parte de un patrón de reglas familiares y culturales transmitido por los padres mediante su propia forma de construcción de significados.

Derivado de este creciente entendimiento del trastorno, y del reconocimiento de su alta prevalencia e impacto durante la adolescencia, es que se han realizado encomiables esfuerzos para diseñar intervenciones terapéuticas efectivas. La terapia cognitivo conductual (TCC), la cual reconoce la importancia de los procesos cognitivos en la activación, mantenimiento, persistencia, cambio y generalización de la conducta normal y patológica, como la depresión (Jorquera, 1992), es una de estas propuestas. Dicha terapia se caracteriza por ser activa, directiva, estructurada, de tiempo limitado, centrada en el aquí y el ahora, y con posibilidad de réplica. El

propósito de la TCC es que el individuo aprenda a pensar y actuar de una forma más realista y adaptativa con respecto a sus problemas psicológicos mediante el aprendizaje de estrategias cognitivas y conductuales. De entre las técnicas cognitivas destacan el reconocimiento, monitoreo y registro de los pensamientos automáticos negativos; el reconocimiento de la interconexión entre cognición, afecto y conducta; el examen de la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados, así como de su lógica, validez y función adaptativa; la sustitución de cogniciones distorsionadas por interpretaciones más realista y la identificación y cambio de las creencias disfuncionales (Beck et al, 1979). Entre las técnicas conductuales encontramos la elaboración de un programa diario y graduado de actividades específicas, el registro escalar del grado de dominio y placer asociado a la realización de dichas actividades, el ensayo cognitivo y la representación de papeles. Todas estas técnicas contribuyen a facilitar al paciente la puesta en práctica de nuevas conductas o experiencias correctivas a fin de actualizar y generar auto-esquemas más adaptativos mediante la exposición, toma de riesgos, ensayo conductual, modelado y relajación (Goldfried, 2003); y como en el caso del entrenamiento en la solución de problemas, la puesta en práctica y evaluación de la solución elegida, la verificación de su eficacia con base en los resultados reales y medibles obtenidos, y su aplicación en situaciones similares en las que se pretende mejorar la actuación (Nezu & Nezu, 2008).

Dentro del proceso de tratamiento con la TCC, et al. destacan el apoyo que puede buscarse con otro significativo para el paciente, como los padres, quienes pueden proporcionar información adicional sobre los síntomas y nivel de funcionamiento del paciente y sobre el estrés en la interacción con el paciente. Por otra parte, pueden funcionar también como co-terapeutas, ya que al brindarles

información sobre los fundamentos de los procedimientos terapéuticos pueden contribuir a reforzar las tareas en casa, a neutralizar conductas anti-terapéuticas, a apoyar al paciente a identificar las cogniciones negativas y a formular respuestas más razonables ante ellas. Coghill y Usala (2006) refieren también, que la psicoeducación de los padres conduce a mayor adhesión al tratamiento y contribuye al manejo de los niveles altos de emoción negativa y emoción expresada en la familia, frecuentemente asociados con la depresión, por lo que es recomendable su inclusión en el tratamiento de los adolescentes con depresión.

Pese a estos conocimientos, y a una mayor proliferación de estudios sobre depresión en los últimos años, la mayor parte de la investigación ha estado más dirigida a aspectos epidemiológicos y psicométricos, que a líneas de investigación sobre el desarrollo, evaluación, comparación y análisis de la eficacia y efectividad de diferentes modalidades terapéuticas. Existe especial ausencia de estudios con población clínica adolescente, que comparen tratamientos activos; que evalúen el posible beneficio de la inclusión de los padres en el tratamiento de los adolescentes deprimidos, así como de estudios que evalúen la respuesta terapéutica en términos de significación no sólo estadística o magnitud del efecto, con la reducción de los síntomas depresivos, sino también del impacto del tratamiento en el funcionamiento cotidiano de la persona, es decir la relevancia clínica. Huecos en la investigación que documentan Weisz, Doss y Hawley (2005) quienes en una revisión de los estudios publicados entre 1963 y 2002 sobre el tratamiento de las psicopatologías más comunes en niños de 3 a 18 años, encontraron que sólo 236 eran metodológicamente aceptables, sólo 18 se dirigían a depresión, sólo el 28% incluyó alguna medida de funcionamiento, sólo 5% incluyó una medida del impacto medio ambiental del tratamiento, y sólo en el 25% se involucró a los padres en el

tratamiento, además de que sólo el 4% de los estudios se condujo en un escenario clínico.

No obstante, diversos estudios coinciden en señalar a la TCC como una de las intervenciones terapéuticas con mayor fundamento empírico para el manejo de la depresión en adolescentes, aunque con algunos resultados contradictorios o poco concluyentes de su superioridad respecto al sólo manejo farmacológico, o al tratamiento combinado con éste, así como sobre el impacto que pudiera agregar la inclusión de los padres en el tratamiento de los adolescentes deprimidos. Así por ejemplo, Lewinsohn, Clarke, Hops y Andrews (1990) condujeron un estudio con 59 adolescentes diagnosticados con trastorno depresivo mayor, con base en los criterios DSM-III, los cuales fueron asignados aleatoriamente a tres condiciones experimentales: grupo de sólo adolescentes, grupo de adolescentes con un grupo separado para padres, y lista de espera. Pacientes que fueron evaluados con el Beck Depression Inventory a su ingreso, al mes y a los 6, 12 y 24 meses. En dicho estudio los resultados mostraron una mayor eficacia de los tratamientos activos comparados con la lista de espera ($d = 1.18$), de tal manera que del total de pacientes el 46% ya no cumplió criterios diagnósticos para el fin del tratamiento, y 83% siguió mostrando recuperación a seis meses de seguimiento, pero contrario a lo esperado no existieron diferencias significativas entre el grupo de sólo adolescentes y aquel de adolescentes y padres.

Clarke, Rodhe, Lewinsohn, Hops, & Seeley (1999) replicaron el estudio anterior con la participación de 113 adolescentes con criterios diagnósticos del DSM-III-R para trastorno depresivo mayor y distimia. Los autores encontraron que los dos tratamientos activos fueron nuevamente superiores a la lista de espera ($d = 0.39$), pero sin diferencias significativas entre ellos, con un porcentajes de recuperación en

el post-tratamiento del 66.7%, y de 81% para el seguimiento a 12 meses. Es decir, que la inclusión de los padres en el tratamiento no hizo diferencia en el resultado del tratamiento.

Kolko, Brent, Baugher, Bridge y Birmaher (2000) realizaron también un estudio con 107 adolescentes de entre 13 y 18 años, que cumplían criterios diagnósticos del DSM-III-R para trastorno depresivo mayor, y que obtuvieron en el BDI una puntuación igual o superior a 13. Los pacientes se asignaron de manera aleatoria a tres condiciones experimentales: TCC, terapia familiar conductual sistémica y terapia de apoyo no directiva. Se realizaron evaluaciones al ingreso y término del tratamiento, con seguimientos a 3, 6, 9, 12 y 24 meses. El diagnóstico actual y la severidad de la depresión se evaluaron mediante el K-SADS-P/E. Las intervenciones se realizaron en 16 sesiones semanales. La TCC incluyó psicoeducación, información sobre el modelo terapéutico, monitoreo y modificación de creencias y pensamientos automáticos, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas, y entrenamiento en regulación emocional. Los resultados de este estudio arrojaron principalmente, que la TCC tuvo un mayor impacto en la reducción de las distorsiones cognitivas y síntomas de ansiedad que la terapia familiar y que la terapia de apoyo no directiva; y que la TCC tuvo un mayor impacto sobre el clima familiar que la terapia familiar, sin encontrar relación entre el informe de depresión y el clima familiar. Resultados que, a decir de los autores, se contraponen a la visión de que la terapia familiar es necesariamente el mejor abordaje para adolescentes deprimidos con familias en conflicto, ya que si bien la intervención familiar parece favorecer los resultados del tratamiento con TCC en niños, parece no ser igual su efecto en adolescentes con trastornos internalizados. Por otro lado, los autores señalan que la ausencia de diferencias entre el efecto de

la terapia familiar y la terapia de apoyo no directiva, podrían estar relacionados con el mayor tiempo que requiere la primera para poder modificar patrones de interacción tan complejos como los que se dan en la relación padres–hijos de las familias en conflicto. No obstante, en un estudio de seguimiento a dos años de esta misma muestra, Birmaher et al. (2000) informan que no se observaron diferencias entre los tres tipos de psicoterapia. Por otro lado, Birmaher encontraron que la severidad inicial de la depresión y el auto-informe de conflictos padre-hijo inicial y durante el tratamiento, fueron los factores que en mayor medida predijeron la falta de recuperación, cronicidad y recurrencia del trastorno. Así mismo detectaron que pese a la ausencia de diferencias significativas entre los pacientes reclutados voluntariamente y aquellos reclutados por referencia clínica, los primeros mostraron una menor probabilidad de recurrencia.

Finalmente, March, Silva, Vitiello y el equipo TADS (2006) condujeron el estudio de tratamiento para adolescentes con depresión (TADS, por sus siglas en inglés), realizado en un escenario clínico, con adolescentes de 12 a 17 años, y con la intervención de los padres. En dicho estudio se comparó los resultados de cuatro tipos de tratamiento para adolescentes con depresión moderada a severa: fluoxetina, terapia cognitivo-conductual, la combinación de los dos primeros, y placebo. La TCC consistió de 15 sesiones, enfocadas a la reestructuración cognitiva, activación conductual y terapia familiar conductual. En dicho estudio March et al. (2006) encontraron que la TCC fue menos efectiva a las 12 semanas que la fluoxetina, y no mostró una efectividad más significativa que el placebo, con un nivel de respuesta en el 43.2% de los casos. El tratamiento combinado de TCC y fluoxetina resultó ser el más efectivo de los tratamientos, con un porcentaje de respuesta del 71% y un tamaño del efecto de .98 en la reducción de los síntomas de

adolescentes con depresión moderada a severa. El tratamiento combinado mostró también una mayor rapidez en la reducción de la ideación suicida (8.4%), en contraste con la ligera elevación de la suicidalidad en los pacientes manejados con antidepresivos (11.9%), por lo que se atribuyó a la TCC un cierto efecto protector contra los eventos suicidas en pacientes tratados con fluoxetina. En este estudio los autores señalan que las desventajas económicas y la severidad de la enfermedad fueron los principales factores relacionados con la pobre respuesta en la fase aguda a la TCC. Un punto importante a considerar, es el empeoramiento de la sintomatología que se observó posterior a la intervención, el cual fue mayor con el uso de fluoxetina (6.4%) y TCC (5.4%) que con el tratamiento combinado (1.9%) (AACAP, 2007; March et al., 2006).

En estudios de seguimiento a un año, de la misma muestra, el equipo TADS (Treatment for Adolescents with Depression Team [TADS], 2009) informa que el tratamiento combinado de fluoxetina y TCC mostró también ser superior en la velocidad de respuesta, calidad de vida, funcionamiento, remisión y seguridad, con respecto a los demás tratamientos. Mientras que tanto el tratamiento combinado como la TCC sola mostraron un efecto de remisión más sostenido al suspender el tratamiento que con la fluoxetina. Sin embargo, la AACAP (2007) hace referencia a resultados de investigación con resultados contrarios a los del estudio TADS, como el de Goodyer et al., realizado en el 2007, donde no se logró comprobar la mayor eficacia del tratamiento combinado de TCC e ISRS contra el uso exclusivo de fluoxetina.

Kendall y Choudhury (2003) señalan que aunque existe suficiente evidencia empírica para el uso de la TCC en el tratamiento de adolescentes, aún quedan huecos por resolver en la investigación, como: a) la evaluación tanto de la

significación estadística como de la relevancia clínica de los resultados del tratamiento (p.e., efecto en la calidad de vida, más que en la pura reducción sintomática). Punto en que se debe considerar los datos normativos que sugieren el retorno a un desarrollo normal, b) el efecto del desarrollo e implementación de intervenciones que involucren a los padres, así como la exploración del mejor papel y contribución de éstos durante el tratamiento (consultantes, colaboradores o pacientes), c) la exploración del efecto potencial o deletéreo del uso de medicamento en adición a la TCC, d) indagar sobre la eficacia y efectividad de los tratamientos en escenarios clínicos, con pacientes típicos, que incluyan, por ejemplo, la presencia de comorbilidad, e) la exploración de los factores moderadores (condiciones que determinan cuándo un tratamiento es más o menos efectivo), y mediadores (mecanismo) de los resultados, y f) el tipo de tratamiento más eficaz en los casos que no mejoran, entre otros. Algunos de los cuales trataremos de resolver en la presente tesis (los cuatro primeros).

Derivado de estos huecos y contradicciones es que surge el interés en la realización de este estudio, el cual tuvo como propósito indagar si la inclusión de los padres en la terapia cognitivo conductual grupal, dirigida a adolescentes medicados con fluoxetina, ofrece una ganancia respecto a las ventajas ya conocidas de la TCC, tanto en la reducción de los síntomas depresivos como en el funcionamiento cotidiano de los adolescentes, a corto y mediano plazos.

Con base en la literatura revisada se plantearon dos hipótesis de trabajo principales: a) la terapia cognitivo conductual grupal y el manejo farmacológico de adolescentes con depresión cuyos padres además reciben una intervención cognitivo conductual es más eficaz que el sólo manejo farmacológico o que el manejo farmacológico combinado con terapia cognitivo conductual grupal, sin la

intervención de los padres, tanto a corto (post intervención) como a mediano plazo (seguimiento a 3 meses) y b) lo mismo se observará mejoría en la funcionalidad de los adolescentes, medida en términos de la relación padres e hijos y el bienestar subjetivo, tanto en el corto (post intervención) como en el mediano plazo (seguimiento a tres meses).

Se calculó la significación estadística y la magnitud del efecto, pero también la relevancia clínica.

El primer capítulo de esta tesis describe los antecedentes históricos que condujeron a la aceptación de la depresión como categoría clínica en la infancia y adolescencia, su prevalencia a nivel mundial y nacional, la conceptualización actual del trastorno y las características clínicas que lo definen y a partir de las cuales se clasifica, así como su curso y comorbilidad asociada.

El segundo capítulo da cuenta de las diferentes teorías explicativas del origen de trastorno, así como de los factores biológicos, psicológicos, sociales y contextuales que teórica o empíricamente se han asociado al inicio, mantenimiento o persistencia del trastorno.

El tercer capítulo realiza una breve revisión de los factores asociados a la búsqueda de tratamientos del trastorno, los procedimientos clínicos y psicométricos necesarios para evaluar su presencia y establecer el diagnóstico en este grupo de edad.

En el capítulo cuatro se discute algunas de las principales estrategias farmacológicas, psicoterapéuticas y preventivas para el abordaje de la depresión adolescente, con especial énfasis en aquellas que como la terapia cognitivo conductual, cuentan con un mayor sustento empírico.

En el capítulo cinco se expone los aspectos metodológicos que guiaron la conducción de este estudio, describiendo la formulación del problema, las hipótesis planteadas, las características de los participantes en la muestra clínica utilizada, los instrumentos aplicados para evaluar la reducción de la sintomatología y el funcionamiento en los contextos vitales. Se presenta así mismo el diseño mixto utilizado, bajo los parámetros de un ensayo clínico controlado aleatorio, en el que se realizaron comparaciones dentro y entre las tres condiciones experimentales. En este mismo capítulo se aborda las consideraciones éticas contempladas en la realización del estudio.

En el capítulo seis aparecen los resultados que dan respuesta a las hipótesis planteadas. Para cada una de las variables evaluadas se presenta los resultados de las comparaciones intra y entre condiciones.

Los análisis de datos incluyeron pruebas *t*, ANOVAs y el tamaño del efecto. También se evaluó la relevancia clínica con base en los parámetros de recuperación y mejoría, así como aquella relacionada con el impacto del tratamiento en el funcionamiento del adolescente, medido en términos de la relación padres e hijos y el bienestar subjetivo. Al final de este capítulo se discuten los resultados y se establecen las conclusiones e implicaciones de los mismos.

Capítulo 1. Depresión en la adolescencia

1.1. Antecedentes

Hipócrates identificó la existencia de depresión en el adulto desde el siglo 5 a.C., aunque el término apareciera en los diccionarios médicos hasta 1860. Kraepelin es quien legitimó su uso al emplear el término de manera adjetiva para referirse a los estados depresivos o melancólicos del adulto.

En niños y adolescentes, no es sino hasta el año 1971 que la Unión Europea de Paidopsiquiatría declara a la depresión como una enfermedad significativa en esta etapa de la vida y toma en consideración las necesidades de los niños y adolescentes deprimidos. Casi en paralelo, en 1975, el Instituto Nacional de Salud Mental en Estados Unidos consideró a la salud mental de los niños como prioridad y aceptó a la depresión como concepto y entidad psicopatológica (Berrios, 2008). Ambas situaciones favorecieron el desarrollo de instrumentos en apoyo para el diagnóstico psiquiátrico en niños y adolescentes entre los años 70 y 80 (Weller & Weller, 1991) y la realización de incontables investigaciones sobre el tema en esta población desde los 80 (Evans et al., 2005; Oster & Caro, 1990).

Con ello se da marcha atrás a las creencias imperantes hasta esa época que consideraban que los niños no tenían la madurez psíquica suficiente para estar deprimidos, que ubicaban a la psicopatología como normativa en la adolescencia y daban un sobre énfasis en los procesos de desarrollo normal. Posturas que motivaron la clasificación inicial de la depresión en niños como un trastorno enmascarado (Ryan, 1989) y que condicionaron el retraso en su aceptación y estudio.

1.2. Definición

Hoy en día el término depresión se utiliza en el mundo médico y en la cultura popular para aludir a un síntoma, un síndrome, y a una enfermedad o trastorno (Vallejo, 2007), sentido este último en el que nos referiremos a ella en este trabajo.

La depresión constituye un estado de ánimo que, al igual que los afectos básicos de felicidad, tristeza, enojo y miedo, representa una forma diferente de la emoción. Se diferencia de ellos en que éstos tienen una función comunicativa, son de corta duración y reflejan contingencias emocionales momentáneas, mientras que el estado de ánimo depresivo expresa una emoción sostenida y duradera que se experimenta como interna. Así, la depresión representa una variación extrema o anormal del estado de ánimo, que se torna patológico por las siguientes razones: a) es desproporcionado respecto a la situación concurrente, b) es duradero, c) tiene un efecto penetrante, d) deteriora de manera importante el funcionamiento de la persona y e) es recurrente (Akiskal, 2005).

La OMS (2001) y la APA (1995) definen a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas. Alteración que persiste mínimo por dos semanas y afecta de manera significativa la funcionalidad del individuo en sus principales áreas de actividad.

Se trata pues de un trastorno del afecto que expresa una claudicación psíquica y neurobiológica del sujeto en interacción con varios estresores medio ambientales. Trastorno que se manifiesta mediante síntomas psíquicos y somáticos que involucran cambios en el sueño, apetito y psicomotricidad; disminución de la atención, concentración y capacidad para tomar decisiones; pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad o inutilidad y culpa, así como de

desesperanza, y pensamientos de muerte recurrentes con ideación, planeación y/o actos suicidas (Evans et al., 2005; Vallejo, 2007).

1.3. Clasificación

Si bien en la actualidad no existe un criterio universal estándar para conceptualizar, clasificar o caracterizar a la depresión como trastorno en niños y adolescentes, un gran número de estudios científicos la define y clasifica con base en los mismos criterios establecidos para los adultos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV o DSM-IV-TR, o sus equivalentes en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) emitida por la OMS en 1990 (OMS, 2001).

El DSM, desarrollado en 1952 por el Comité de Nomenclatura y Estadística de la Academia Americana de Psiquiatría, proporciona una descripción clara de la depresión como categoría diagnóstica, lo que facilita que los clínicos e investigadores la puedan diagnosticar, estudiar y tratar, así como intercambiar información, ya que es un manual realizado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva. Dicho manual se usa como una guía de clasificación diagnóstica a la que se debe acompañar con el juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios (AACAP, 2007; APA, 1995; APA, 2002).

Las categorías diagnósticas estipuladas en el DSM IV-TR para el trastorno depresivo y sus equivalentes con la clasificación de la OMS que se utilizaron en el presente trabajo se enlistan en la Tabla 1.

Tabla 1

Códigos de clasificación DSM-IV-TR con códigos CIE-10 para trastornos del estado de ánimo

(DSM-IV-TR)	Código CIE-10		
	Leve	Moderado	Grave
Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2)	F32.0	F32.1	F32.2
Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3)	F33.0	F33.1	F33.2
Trastorno distímico	F34.1		

Fuente: Asociación Psiquiátrica Americana, 2002.

El sistema DSM representa al modelo de clasificación categorial de la depresión más utilizado universalmente en investigación, no obstante, existen diversos autores que han empezado a señalar la importancia de detectar y estudiar a la depresión en su carácter dimensional, ya que aún los síntomas que caen debajo de los valores umbrales para integrar el diagnóstico se asocian con deterioro y desenlaces negativos significativos (Agudelo, 2007; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2009; Rice et al., 2007).

Agudelo (2007) menciona que la visión dimensional de la depresión nos permitirá ubicar al modelo de los trastornos depresivos como un espectro de gravedad, donde la personalidad depresiva se ubicaría en el extremo menos grave de la depresión, la distimia en el punto medio del espectro y las formas crónicas en el extremo más grave de la depresión. Visión que también empieza a anticipar el DSM-IV-TR al puntualizar que las categorías diagnósticas que maneja para la depresión no deben ser consideradas como entidades discretas con límites absolutos.

1.4. Epidemiología

El énfasis en el estudio de la depresión se justifica por el efecto devastador que ocasiona en el bienestar del individuo, de su familia y de la sociedad. Lo cual la ubica como un problema de salud pública, con un alto impacto a nivel económico y sanitario. Así lo documenta el informe sobre la salud mundial del 2001 emitido por la OMS el cual señala a la depresión como la quinta causa de carga de morbilidad entre todas las enfermedades, como la primera causa de pérdida de años de buena salud por discapacidad (APD) y como el primer lugar de prevalencia (10.4%) entre los trastornos psiquiátricos graves en la atención primaria. Dicho informe anticipa también que la depresión ocupará en el 2020 el segundo lugar en importancia como causa de carga de enfermedad, medida por discapacidad, mortalidad, incapacidad laboral y recursos médicos utilizados a nivel mundial (Blackburn & Moorhead, 2002; Lakdawalla et al., 2007; OMS, 2001).

La población adolescente parece ser especialmente vulnerable a la depresión, ya que en la literatura internacional se informa de una prevalencia del 4% al 8% en población no clínica y del 27 al 40% en población clínica para este grupo de edad (AACAP, 2007; Coghill & Usala, 2006) en el cual además tiene múltiples consecuencias a corto, mediano y largo plazo, como la ideación suicida (Benjet et al., 2009) y el suicidio consumado hasta en el 15% a 20% de los que la presentan (OMS, 2001). A mediano plazo, la depresión en adolescentes también predice conducta antisocial, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; y actúa como factor de riesgo para el desarrollo de cualquier otro tipo de psicopatología (Aalto-Setälä, Marttunen, Tuulio-Henriksson, Poikolainen & Lönnqvist, 2002; Benjet et al., 2004; Colman et al., 2007; Rice et al., 2007).

Lakdawalla et al. (2007) señalan a la etapa de inicio y transición hacia la adolescencia como una de las más vulnerable para el desarrollo de la depresión, con un riesgo hasta seis veces mayor de presentarla principalmente en mujeres, favoreciendo a partir de allí una prevalencia elevada hasta la adultez (Costello et al., 2003).

En Estados Unidos, diversos autores indican que la depresión alcanza una prevalencia acumulada hacia el fin de la adolescencia de entre el 10 y 25% (Coghill & Usala, 2006; Shaffer, 2005), presentándose en uno de cada cinco jóvenes en el momento actual, pero con un pico de incidencia entre los 15 y 20 años (Boyd, Diamond, & Bourjolly, 2006; Evans et al., 2005).

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) realizada en el 2001, a población no institucionalizada de 18 a 65 años de edad, reveló que el panorama en México no es muy diferente, ya que 9.1% de la población presentó un trastorno afectivo alguna vez en la vida, dentro de los que el episodio depresivo mayor ocupó el 5º lugar como trastorno individual, con un 3.3% de casos, además de ser el 2º diagnóstico más frecuente en las mujeres (Medina-Mora et al., 2003). Benjet et al., (2004) retomaron los resultados de este comunicado y encontraron que el 2% de la población, aproximadamente dos millones de personas, padecieron un episodio depresivo mayor antes de los 18 años de edad, y de todos los que lo presentaron alguna vez en la vida el 27.5% tuvieron su primer episodio en la infancia o adolescencia.

En un estudio previo de población clínica con adolescentes mexicanos ($n = 129$) se informó también de una prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) del 38%, de predominio en mujeres, entre los que se encuentra una mayor

incidencia de casos de depresión moderada y severa con base en puntuaciones de la escala de Birleson (De la Peña, Ulloa & Páez, 1999).

1.5. Características clínicas de la depresión y síntomas asociados

En concordancia con las nuevas tendencias de comprensión y abordaje de la psicopatología tanto en la clínica como en la actualización de los criterios de clasificación de los trastornos mentales, la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia (2007) considera a las manifestaciones clínicas de la depresión como parte de un espectro que va desde síntomas subsindromales hasta síntomas que integran claramente un síndrome clínico.

Para integrar el diagnóstico de depresión el DSM-IV-TR continúa utilizando un sistema categórico de clasificación, el cual reconoce la existencia del trastorno cuando se presenta un estado de ánimo depresivo o irritable acompañado de pérdida del interés o de la capacidad para el placer, los cuales duran mínimo dos semanas y se asocian a por lo menos otros cinco síntomas secundarios. Síntomas que incluyen la disminución o aumento en el apetito, peso o sueño; alteraciones en la psicomotricidad; fatiga; sentimientos de inutilidad o culpa exagerados; disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; pensamiento recurrente de muerte y/o pensamientos e intentos suicidas.

En el caso de la distimia, ésta se caracteriza por un cambio en el estado de ánimo menos intenso pero más crónico, o por la presencia de irritabilidad la mayor parte del día y de todos los días, que se mantienen mínimo a lo largo de un año en los niños y adolescentes, a diferencia de los dos años que se requieren como criterio en el adulto. La distimia se acompaña también de síntomas como pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía o fatiga, baja autoestima,

dificultad para concentrarse o tomar decisiones, y sentimientos de desesperanza, los cuales no desaparecen más allá de 2 meses seguidos. Cuando el trastorno comienza antes de los 21 años se considera de inicio temprano.

En ambos trastornos, los síntomas deben reflejar un cambio respecto al nivel previo de actividad del adolescente, sin ser el resultado de algún otro trastorno físico o mental o del consumo de alguna sustancia. Además de que deben causarle un malestar y deterioro clínicamente significativos en diferentes áreas de su funcionamiento, como puede ser un deterioro en la ejecución de sus actividades escolares, sociales o familiares (AACAP, 2007; APA, 2002).

De manera independiente a este listado de categorías y criterios diagnósticos, autores como Dopheide (2006) y Shaffer (2005) señalan como los síntomas más frecuentes en adolescentes deprimidos, en dos tercios de los casos, al llanto, la rumia sobre experiencias pasadas, irritabilidad, pesimismo, dificultades para concentrarse, sentimientos de minusvalía y fatiga. Refieren también cambios de apetito, que afectan a tres cuartas partes de los adolescentes, con un predominio de la anorexia y pérdida de peso; además de insomnio inicial, que afecta a cuatro quintos de la población. Estos síntomas causan no sólo deterioro en el funcionamiento general y proceso del desarrollo, sino que también se convierten en motivo común de consulta, ya que ocasionan bajo rendimiento escolar, deterioro en el funcionamiento social, dificultades en la concentración y motivación, autoestima disminuida, alto riesgo de ideación y conducta suicida, conducta temeraria, alucinaciones, aislamiento, etc.

Algunas características cognitivas típicas que comparten los adolescentes con depresión son la presencia de estilos cognitivos y atribuciones negativas, que produce entre otros síntomas la ideación de muerte o suicida ligada a la

desesperanza; y baja autoestima, ante las creencias sobre la propia inadecuación, dificultad en la toma de decisiones por sentirse obligados a tomar decisiones correctas y ante la percepción de su falla en la resolución de problemas. Otros síntomas incluyen la anhedonia, aburrimiento, apatía y aislamiento social, que intensifican la sensación de soledad, y la dificultad para relacionarse con los demás, la cual puede conducir a problemas con los compañeros y rechazo por los pares. Puede existir también un menor rendimiento académico, pobre motivación, miedo al fracaso, conductas de acting-out, sentimientos de culpa y actitud autocrítica, así como un mayor riesgo de abandono escolar y de conflicto con los padres; retraso en el inicio de la pubertad y en el desarrollo del pensamiento abstracto; y una mayor vulnerabilidad a mostrar conductas de riesgo como actividad sexual sin protección, accidentes o violación de las normas de tránsito (Friedberg & McClure, 2005).

Lewinshon, Gotlib y Hautzinger (2002) indican como características especiales de la conducta de personas con depresión el reír con menos frecuencia, hablar de forma más lenta y monótona, tardar más tiempo en responder durante una conversación, hacer más comentarios de tinte negativo y centrados en sí mismos, así como interacciones más agresivas asociadas a conductas verbales y no verbales más negativas en la relación con la pareja y con los hijos.

La AACAP (2007) agrega como síntomas atípicos de la depresión adolescente el incremento de la reactividad al rechazo, letargia que puede conducir a parálisis, y un incremento del apetito con especial craving por los carbohidratos. Un problema asociado a la presencia de trastorno depresivo mayor que merece consideración especial es la conducta suicida, la cual representa un problema de salud pública a nivel mundial (Akiskal, 2005; Coghill & Usala, 2006) y en México (Benjet et al., 2004; González-Forteza et al., 2002).

En Estados Unidos por ejemplo, uno de cada cinco adolescentes considera el suicidio y 5 a 8% lo intenta, mientras que el suicidio alcanza una prevalencia a lo largo de la vida del 15%; con un carácter recurrente en el 50% de los casos, lo cual se asocia con un elevado nivel de intencionalidad y letalidad cuando se realiza el acto (González-Forteza et al., 2002; Gould, Greenberg, Velting, & Shaffer, 2003; Saucedo, Lara & Fócil, 2006).

En la revisión de la ENEP también se encontró que la población deprimida de inicio temprano presentó una probabilidad 50% mayor de cometer un intento de suicidio. Celis (2003) puntualiza a este mismo respecto, que pese a que en México se considera a la adolescencia como el grupo de edad más sano, el que utiliza menos los servicios de salud y el grupo en que se presentan menos defunciones, durante el año 2000 presentó una tasa de defunción general de 51.4 por 100 000 habitantes. Destaca el autor que el segundo motivo para ello lo constituyen las causas intencionales, dentro de las que se encuentra el suicidio. Así, para el grupo de edad de 10 a 14 años el suicidio ocupó la sexta causa de muerte en los hombres y séptima en las mujeres, mientras que para el grupo de edad entre 15 y 19 años el suicidio representó la tercera causa de muerte para ambos sexos. Cifras que coinciden con las estadísticas norteamericanas donde el suicidio se ubica como tercera causa de muerte para los dos grupos de edad señalados (Evans et al., 2005; Gould et al., 2003; Shaffer, 2005).

Resulta igualmente alarmante el incremento registrado de 1997 (8.3%) a 2000 (9.5%), documentado por González-Forteza et al. (2002), al comparar la prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México entre estos años.

Los estudios empíricos nacionales identifican como principales factores de vulnerabilidad para la conducta suicida adolescente: el ser estudiantes de bachillerato, el ir concluyendo la primaria o iniciando la secundaria, la percepción de bajo desempeño escolar, el haber interrumpido los estudios por seis meses o más, el no vivir con ambos progenitores, y el pensar en el último intento que la muerte sería posible o certera. Factores que exceptuando al último están también asociados al consumo de alcohol y drogas (González-Forteza et al., 2002; González-Forteza, Berenzon, Tello, Facio & Medina-Mora, 1998). El riesgo de que el suicidio se consume es mayor cuando hay antecedentes de intentos previos, de trastornos psiquiátricos comórbidos, impulsividad, agresividad, exposición a eventos de vida negativos, historia familiar de conducta suicida y disponibilidad a diversos agentes letales (AACAP, 2007).

Los conflictos familiares representan uno de los principales eventos precipitantes del intento suicida, especialmente los conflictos en la esfera interpersonal (González-Forteza et al., 2002; Saucedo et al., 2006), aunque existen otros factores como eventos de vida negativos relacionados con la escuela, las relaciones sociales con amigos o padres, las relaciones de noviazgo, la salud o el trabajo (Coghill & Usala, 2006).

La conducta suicida no siempre está relacionada o es el fin de todos los adolescentes deprimidos, es un síntoma de etiología variada asociado al grado de estrés del adolescente, que puede indicar la presencia de cualquier otro trastorno mental como la ansiedad, trastorno de personalidad límite, abuso de alcohol, conducta antisocial, etc. (Akiskal, 2005; Shaffer, 2005).

Los estudios previos en pacientes psiquiátricos hospitalizados mexicanos informan de una frecuente vinculación del intento suicida con el trastorno depresivo

mayor en adolescentes, ya que quienes lo intentan llegan a presentar por lo menos un diagnóstico psiquiátrico, de tipo depresivo en el 75% de los casos, aunado a impulsividad en menor proporción (González –Forteza et al., 1998; Saucedo et al., 2006).

1.6. Evolución

Algunos de los principales factores que permiten predecir la recuperación, la recaída, la recurrencia, o el grado de deterioro psicosocial causado por la depresión en el adolescente, tienen que ver con la gravedad del trastorno, su cronicidad, las múltiples recurrencias, la presencia de comorbilidad, los sentimientos de inutilidad, la persistencia de síntomas subsindromales, el estilo cognitivo negativo, los problemas familiares, la presencia de psicopatología en los padres, el bajo nivel socioeconómico y la exposición a eventos de vida negativos (AACAP, 2007).

En México por ejemplo, Benjet et al (2004) describen que el inicio del trastorno depresivo en la adolescencia se caracteriza por una reincidencia de hasta el 64%, que equivale a una probabilidad 1.8 veces mayor de reincidencia de la depresión que aquellos sujetos con inicio en la adultez. La duración de los episodios en la depresión con inicio temprano tiende también a ser mayor (31 meses) en comparación con los casos que inician en la edad adulta (16 meses), al igual que el número de episodios presentados (6.8 contra 3.1), y como ya se mencionó existe también una probabilidad 50% mayor de cometer un intento de suicidio.

Características que, a decir de Benjet et al., están asociadas directamente al retardo en la búsqueda de tratamiento desde que se presentan los primeros episodios.

Cifras que difieren con lo señalado por la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia (AACAP por sus siglas en inglés, 2007) en su revisión

de la literatura de 1990 a 2007, en que se informa de una duración promedio de los episodios depresivos de 8 meses en población clínica y de uno a dos meses en la comunidad. Mientras que se tiende a coincidir en que la probabilidad de recurrencia va del 20% al 60% a uno o dos años de la remisión, y alcanza hasta el 70% a 5 años de ésta.

Estudios de seguimiento a cuatro años refieren que tanto el registro de síntomas depresivos por la madre como por el adolescente, pueden ser también predictores de conducta antisocial (OR = 2.71, 95% CI 1.56-4.70 y OR = 1.88, 95% CI 1.11-3.17 respectivamente), de consumo de tabaco y uso fuerte de alcohol (OR = 1.05, 95% CI 1.01-1.09), así como del nivel de deterioro funcional posterior del adolescente (OR = 5.61). Deterioro asociado de una manera significativa con el informe de pensamientos suicidas (Rice et al., 2007).

La AACAP (2007) señala que aunado al trastorno depresivo en sí, otros factores que pueden contribuir a una mayor disfunción psicosocial del adolescente es la presencia de psicopatología comórbida, de enfermedades físicas, la disfunción familiar, el bajo nivel socioeconómico y los eventos de vida negativos. Factores que son más la regla que la excepción y que ya se retomaran en el próximo capítulo al hablar de la comorbilidad.

Aunque la proporción de trastornos psiquiátricos cambia con la edad como reflejo de la diferente madurez biológica, nivel cognitivo, posición social y por la duración y tipo de experiencias enfrentadas por los individuos, los efectos del trastorno depresivo no se limitan a su evolución durante la adolescencia. Hofstra, Ende y Verhulst (2002), por ejemplo, mencionan en un estudio de seguimiento a 14 años con 1578 sujetos para examinar las continuidades entre la niñez y la adultez, que el informe de problemas emocionales o conductuales por los padres es un

importante predictor de la psicopatología adulta en cualquiera de las categorías señaladas en el DSM-IV. Destaca que las mujeres muestran vías más diversas y menos focalizadas para el desarrollo de la psicopatología en comparación con los hombres. Señalan también que si bien los problemas emocionales de los hombres fueron menos frecuentes que en las mujeres, fueron los únicos que estuvieron asociados con los problemas de la infancia, ya que en el caso de las mujeres estas alteraciones tienden a emerger de manera más tardía. Además de que la influencia genética en las mujeres se hizo sólo presente después de la pubertad.

Otros autores coinciden también en señalar que la depresión adolescente predispone en la adultez al doble de riesgo de experimentar cualquier trastorno del eje I del DSM IV; al riesgo seis veces mayor de presentar comorbilidad psiquiátrica; a la probabilidad 3 veces mayor de presentar un trastorno depresivo en la adultez temprana (Trastorno depresivo mayor o distimia), principalmente al existir anhedonia y pensamientos de muerte; riesgo de deterioro psicosocial y de consumo de alcohol 3.5 veces mayor; ideación suicida y mayor requerimiento de uso de psicotrópicos y de hospitalizaciones para tratamiento psiquiátrico (Aalto-Setälä et al., 2002; Colman et al., 2007; Pine, Cohen, Cohen & Brook, 1999).

A la luz de los datos previos arrojados por la revisión de la literatura, resulta no sólo alarmante sino necesario e indispensable el abordaje de la depresión desde sus etapas más tempranas, así como la consideración de aquellos factores que contribuyen a modificar su curso y respuesta al tratamiento, entre los que destaca la presencia de comorbilidad que a continuación se revisa.

1.7. Comorbilidad

La OMS (2001) define a la comorbilidad como la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad, y constituye la regla más que la excepción en los trastornos depresivos. Su importancia radica en su contribución a la cronicidad, severidad, enmascaramiento de los síntomas, complicaciones en el tratamiento y resolución del cuadro, al igual que a un menor nivel de funcionamiento psicosocial de los adolescentes (AACAP, 2007; De la Peña et al., 1999; Dopheide, 2006; Essau, 2004; Shafer, 2005). Es importante considerar este aspecto en el manejo del adolescente, quien además de presentar un trastorno depresivo se encuentra elaborando las crisis propias de su desarrollo.

La comorbilidad se presenta en diferentes porcentajes según el tipo de población. Así, la AACAP (2007) informa en su revisión de la literatura entre 1990 y 2005, de un porcentaje de comorbilidad para el trastorno depresivo mayor de 40-90% con un diagnóstico, y arriba del 50% con 2 o más diagnósticos.

Essau (2004, 2008) especifica que 58% de adolescentes en la comunidad y 63.5% en población clínica presentan al menos un trastorno adicional y 17.9% al menos dos trastornos más. En el caso de México, De la Peña et al. (1999) encontraron un 90% de casos de adolescentes deprimidos con un trastorno comórbido y un 20% con dos trastornos o más.

La mayoría de informes de la literatura coinciden en señalar que en este grupo de edad, la ansiedad (62% a 72%) y los trastornos de conducta (trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno oposicionista desafiante) son los diagnósticos más prevalentes, seguidos de otros diagnósticos como el uso de drogas, trastornos de la alimentación, de personalidad, trastorno de estrés postraumático, estados disociativos y alucinaciones relacionadas al trauma (AACAP,

2007; De la Peña et al., 1999; Dopheide, 2006; Essau, 2004, 2008; Oster & Caro, 1990, Shaffer, 2005). Estos datos concuerdan con lo encontrado por Benjet et al. (2004), en el análisis de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) en México del 2001, donde sugieren que los deprimidos con inicio temprano tienen casi 4 veces más la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad como la agorafobia y 2.2 veces más la probabilidad de presentar fobia social; con el antecedente de una probabilidad 7 y 5 veces mayor de haber tenido un trastorno negativista desafiante y un trastorno disocial respectivamente, además de la probabilidad 18.3 veces mayor de presentar dependencia a las drogas.

En un estudio de seguimiento a 14 años, Hofstra et al. (2002) informan que los niños con depresión y problemas de conducta tienen además un riesgo más alto de criminalidad en la adultez, por lo que es importante la intervención temprana, atendiendo a la comorbilidad presente. Es importante resaltar también que la ansiedad funciona como factor mediador en el consumo de sustancias, y que los trastornos externalizados pueden propiciar otros problemas como rechazo por pares y padres, bajo rendimiento escolar y castigo por los padres, escuela o la ley. Situaciones que complican el abordaje y tratamiento de los episodios depresivos en los adolescentes (Coghill & Usala, 2006; Dopheide, 2006; Friedberg & McClure, 2005; Shaffer, 2005) y que por ende requieren de atención.

Es importante diferenciar entre los diagnósticos comórbidos y síntomas pertenecientes a otras categorías diagnósticas con las que se requiere hacer diagnóstico diferencial con la depresión. Tal es el caso de trastornos médicos como el hipotiroidismo, la mononucleosis, la anemia, el cáncer, las enfermedades autoinmunes, la disforia premenstrual y el síndrome de fatiga crónica. Situaciones clínicas que pueden generar desmoralización y baja autoestima y que se pueden

traslapar con síntomas depresivos como el cansancio, la falta de concentración y las alteraciones del sueño y del apetito. Es preciso identificar además cuadros similares a la depresión inducidos por el uso de medicamentos como los estimulantes, corticoesteroides y anticonceptivos (AACAP, 2007).

Resumen

Este capítulo señala cómo el estudio formal del TDM en la infancia y adolescencia no inicia sino hasta los 80 dado el retraso de 24 siglos en su reconocimiento con respecto a la depresión en adultos. En la actualidad el diagnóstico del trastorno depresivo se integra por el cumplimiento de un conjunto de criterios categóricos que destacan los efectos heterogéneos del trastorno a nivel cognitivo, afectivo y somático. Síntomas que alteran la funcionalidad de los niños y adolescentes en sus diferentes ámbitos de desarrollo. La depresión es además un trastorno con alta prevalencia e importantes consecuencias individuales y de salud pública, a nivel mundial y nacional, que tiende a ser recurrente y que suele acompañarse como regla de un alto y variado porcentaje de trastornos comórbidos, aspectos que dificultan su manejo y deterioran el pronóstico funcional de los adolescentes a corto, mediano y largo plazos. Todas estas características del TDM en la adolescencia despertaron el interés para el desarrollo de este estudio en aras de la búsqueda de propuestas de intervención que permitan su manejo eficaz y oportuno, a fin de limitar el impacto biológico, psicológico, interpersonal, académico y social que le acompaña. Intervención que precisa de tomar en consideración los factores causales o de riesgo asociados a su origen, mantenimiento y desenlace, los cuales se abordan en el siguiente capítulo.

Capítulo 2. Factores etiológicos asociados a la depresión en adolescentes

Por cuestiones didácticas a continuación se hará una breve descripción de los principales factores etiológicos involucrados con el origen y/o mantenimiento de la depresión en la adolescencia, a sabiendas de que se cuenta con modelos más integrales y complejos que explican el surgimiento de la psicopatología en general, como el modelo ecológico-transaccional propuesto por Cicchetti (2006).

2.1. Teorías cognitivas de la depresión

Existen dos grandes tendencias en la explicación sobre el origen de la depresión desde el punto de vista cognitivo, una basada en aspectos puramente teóricos y otra derivada de datos empíricos o mixtos. En la presente revisión se tratará de cubrir ambas.

La mayor parte de la investigación enfocada en el estudio de los factores psicológicos de riesgo para el desarrollo de la depresión derivan de la evaluación de modelos o aproximaciones cognitivas que asocian a los factores cognitivos con el trastorno depresivo, aunque no de manera causal ni diferencial entre aquéllos que inician el trastorno de aquéllos que lo mantienen o que facilitan la recaída (Vázquez, Hernangómez & Hervás, 2009).

Las teorías cognitivas de la depresión plantean que los factores que determinan que una persona se deprima o no ante las mismas circunstancias dependen de la forma en que los individuos procesan la información. Es decir, de la manera en que el individuo atiende, interpreta o recuerda los eventos de vida negativos. Esto representa un factor de vulnerabilidad cognitiva que contribuye al inicio y/o mantenimiento de la depresión (Lakdawalla et al., 2007; Vázquez et al., 2009).

El modelo cognitivo de Aaron Beck es una de las aproximaciones teóricas más conocida, reconocida y estudiada. Este modelo propone una cadena de elementos causales donde de manera distal las experiencias tempranas negativas, como el rechazo o la crítica paternos, puede contribuir a generar esquemas y actitudes disfuncionales, explícitos o latentes, que al interactuar con eventos críticos proximales se activan y provocan lo que Vázquez et al. (2009) denominan productos mentales negativos sesgados que se expresan mediante pensamientos negativos.

Dicho modelo plantea que los tres factores psicológicos que desencadenan los pensamientos automáticos distorsionados que originan la depresión son: la denominada por Beck triada cognitiva, los esquemas, y los errores cognitivos producto de fallas en el procesamiento de la información.

La triada cognitiva tiene tres componentes. El primero de ellos se refiere a un patrón cognitivo que conduce al sujeto a tener una visión negativa de sí mismo, como defectuoso, inadecuado, deprivado, indeseable y poco valioso, además de la tendencia a atribuir sus experiencias displacenteras a defectos psicológicos, morales y físicos en sí mismo. El segundo componente se caracteriza por la tendencia del sujeto a interpretar sus experiencias de interacción con el mundo animado e inanimado de una manera negativa. El tercer componente involucra la visión negativa del futuro, la cual provoca que el sujeto vea sus dificultades y sufrimiento como interminables y sin solución. Este modelo considera que los síntomas afectivos negativos (tristeza, ira, soledad), motivacionales (deseos de evitación y escape, ideación suicida, minusvalía, dependencia) y físicos (apatía, falta de energía, inhibición psicomotora) de la depresión son consecuencia de la activación de dichos patrones cognitivos negativos.

El segundo factor del modelo cognitivo son los esquemas, los cuales se refieren a patrones cognitivos idiosincrásicos y estables desde los cuales se identifica, diferencia y codifica un estímulo, para conceptuar e interpretar una situación específica. Así, en los pacientes deprimidos existen conceptualizaciones distorsionadas, sin una conexión lógica con la situación actual, que se ajustan a los esquemas disfuncionales predominantes en el sujeto, los cuales son activados por diversos estímulos medioambientales como el estrés. Freeman y Oster (2007) mencionan también, que la formación de esquemas representa un proceso natural y necesario, ya que son los que dirigen la forma en la que las personas organizan y estructuran la información sobre el mundo. Señalan que dichos esquemas pueden formar parte de un patrón de reglas familiares y culturales transmitido por los padres mediante su propia forma de construcción de significados.

El tercer y último factor del modelo se relaciona con los errores sistemáticos en el procesamiento de la información, lo cual ocasiona que en las personas deprimidas persista la creencia de la validez de sus pensamientos negativos pese a la existencia de evidencia contradictoria. Estos errores de pensamiento se refieren al uso de procesos como la inferencia arbitraria (elaboración de conclusiones sin fundamento o pese a evidencia contradictoria), abstracción selectiva (conceptuación de la experiencia con base en detalles fragmentados y fuera de contexto), sobre generalización (aplicación de reglas y conclusiones, sin fundamento suficiente, a diversas situaciones de manera indiscriminada), magnificación y minimización (errores de evaluación en la magnitud o significación de un evento), personalización (tendencia auto referencial de eventos externos), y pensamiento absolutista y dicotómico (categorización dicotómica de las experiencias, donde el paciente se ubica en el extremo negativo).

Este modelo fue esquematizado y adaptado por Carnwath y Miller como se muestra en la Figura 1.

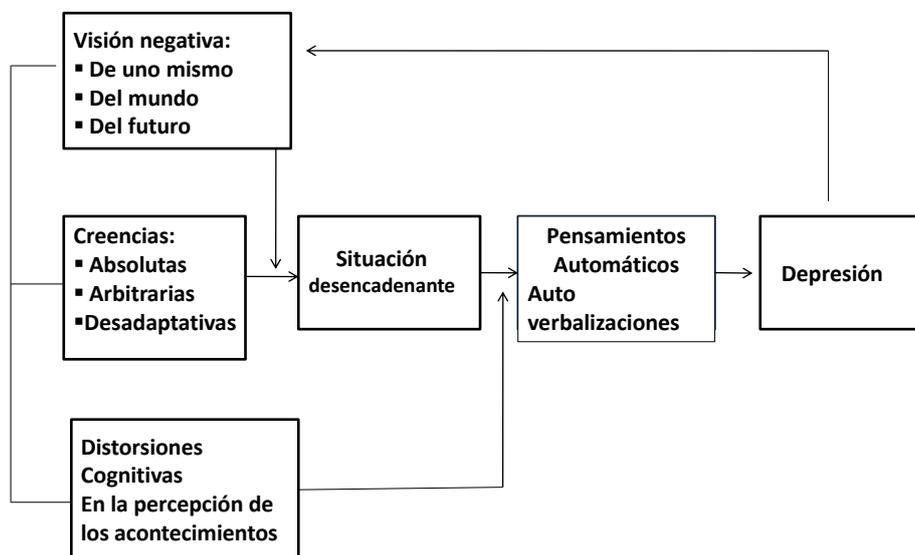


Figura 1. Modelo cognitivo de la depresión (Adaptado de Carnwath y Miller).

Fuente: Jorquera, A. (1992). Terapias cognitivo-conductuales. En: J. Vallejo, Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (p. 670). Barcelona: Salvat.

Beck et al. (1979) señalan que las personas deprimidas estructuran su experiencia mediante un pensamiento primitivo, caracterizado por ser global y no dimensional, absolutista y moralista, invariante e irreversible. En contraste, señalan que el pensamiento maduro se caracteriza por ser multidimensional, realista y sin prejuicio, variable, reversible y con emisión de autovaloraciones de tipo conductual y no caracterológico, pensamiento que sería esperable desarrollar mediante el trabajo terapéutico.

A este respecto, Hawton, Salkovskis, Kirk y Klark (1989) destacan la formación de supuestos rígidos, extremos y resistentes al cambio, que vuelven la conducta disfuncional y contraproducente para el individuo, a la vez que generan un círculo vicioso donde las afirmaciones disfuncionales disparan pensamientos automáticos negativos que generan síntomas depresivos conductuales (por ejemplo, bajo nivel de actividad y retraimiento), síntomas motivacionales (por ejemplo, pérdida de interés en los demás), síntomas emocionales (por ejemplo, tristeza, ansiedad y culpa), síntomas cognitivos (por ejemplo, indecisión y falta de concentración), y síntomas físicos (por ejemplo, pérdida de sueño y/o apetito), los cuales retroalimentan el círculo. No obstante estos autores señalan que este modelo no es privativo de la depresión y que de hecho está presente en los sujetos normales, pero de manera menos exagerada o intensificada, y que representa la vía final común de la interacción entre variables precipitantes y predisponentes a nivel biológico, del desarrollo, psicológico y social.

Beck et al. reconocen las limitaciones del modelo cognitivo de la depresión, en cuanto a que no considera las posibles causas últimas del trastorno (daño cerebral, predisposición hereditaria, alteraciones bioquímicas, etc.). Lo aborda como un fenómeno en el que las construcciones negativas de la realidad del paciente representan un primer vínculo de la cadena sintomática que lo caracteriza.

La mayoría de estudios en adultos sustentan la hipótesis de Beck, aunque existen estudios con hallazgos nulos o mixtos. Por otro lado, sólo en preadolescentes se ha encontrado un efecto moderado en esta interacción, limitado a niños con elevado apoyo social y autoestima, ya que en adolescentes el efecto resultó insignificante y no existe suficiente evidencia de investigación publicada que

apoye la interacción planteada por esta teoría en este grupo de edad (Lakdawalla et al., 2007).

Lewinsohn es otro de los representantes de la teoría cognitiva que ha estudiado la interacción entre el nivel de estrés y el nivel de actitudes disfuncionales en adolescentes. Este autor atribuyó en 1979 la disminución de la conducta y la disforia a una baja en la tasa de refuerzo positivo contingente a la respuesta en áreas importantes de la vida, o a una elevada tasa de experiencias aversivas. Asoció a su vez la baja tasa de refuerzo a deficiencias en el repertorio conductual o habilidades del individuo, falta de refuerzos potenciales en su ambiente y a una disminución en su capacidad de disfrute de las experiencias positivas o aumento de su sensibilidad a los acontecimientos negativos. Por otra parte, en conjunto con otros colaboradores, dio origen en 1985 a un modelo integrador y multifactorial de la depresión que contempla tanto los aspectos ambientales como los aspectos disposicionales del individuo, a los que clasificó como vulnerabilidades e inmunidades, los cuales se retroalimentan entre sí (Lewinshon, Gotlib & Hautzinger, 2002). Destaca también este autor que para desencadenar un primer episodio depresivo mayor se requiere un mayor número de eventos estresantes (mínimo tres) que los necesarios (sólo uno) para desencadenar un nuevo episodio depresivo en sujetos con depresiones recurrentes. Este hecho se asocia al fenómeno denominado Kindling, que en términos cognitivos supone la reactivación continua de estructuras cognitivas negativas que provoca el fortalecimiento de redes asociativas negativas entre constructos depresivos, de tal forma que la red asociativa puede ser activada por un amplio rango de estímulos mediante la activación de uno solo de sus elementos, aunado a un efecto de sensibilización producto de la activación repetida de estas estructuras (Vázquez et al., 2009).

Abramson se centró más en factores de vulnerabilidad relacionados con atribuciones causales y en un modelo de depresión por desesperanza, y postuló desde 1989 la existencia de un estilo inferencial más depresogénico (sobre sí mismos o sobre las causas y consecuencias de los eventos), que cuando se confronta con experiencias de vida estresantes y negativas torna a los individuos más susceptibles a desarrollar desesperanza y por ende síntomas depresivos. La mayoría de investigaciones en adultos apoyan esta teoría, pero con una pequeña magnitud del efecto en adolescentes y aun menor en niños (Lakdawalla et al., 2007). No obstante resulta interesante el estudio longitudinal de seguimiento a 5 años que este autor junto con otros colaboradores condujo con estudiantes universitarios donde encontraron que el tener un alto riesgo cognitivo aumenta el riesgo de tener un primer episodio depresivo mayor (OR = 7.4) y un riesgo aún mayor (OR = 11.6) cuando se tienen síntomas de desesperanza (Alloy, Abramson, Whitehouse, Hogan, Panzarella, & Rose, 2006).

Lewinshon, Gotlib y Hautzinger (2002) realizaron una reseña sobre los principales teóricos de la depresión, y menciona que desde 1953 Skinner había visualizado ésta como un fenómeno de extinción y reducción de la frecuencia de emisión de la conducta. Mientras que Ferster en 1966 reconoció que además de la influencia de los cambios ambientales, el castigo, el control aversivo y los cambios en las contingencias de reforzamiento contribuyen a los orígenes de la depresión, enfatizando que una pérdida de una fuente central de refuerzo ocasiona la disminución de todas las conductas encadenadas a ese refuerzo. Así mismo, informan que Costello en 1972 planteó que cuando se rompe una cadena de conductas, lo que se pierde es la eficacia del refuerzo asociado a todos los componentes.

Lewinshon et al. (2002) informan también de la contribución de Coyne, quien en 1976 atribuyó el mantenimiento de la depresión a las respuestas negativas de otras personas significativas ante la conducta sintomática del individuo, las cuales generan una actitud de apoyo inicial, y de resentimiento e ira posterior. Aluden así mismo al modelo heurístico desarrollado por Kanfer en 1977, el cual plantea que los déficits específicos en la auto-observación pueden explicar los síntomas depresivos, resaltando lo negativo y minimizando lo positivo. Los déficits en la autoevaluación explican el uso de patrones poco realistas, perfeccionistas y globales que focalizan en las consecuencias inmediatas de la conducta. Finalmente, los déficits en el auto-refuerzo se asocian con tasas bajas de auto-recompensa que muestran las personas deprimidas y que contribuyen a las tasa bajas de conducta manifiesta, al bajo nivel de actividad y a la falta de perseverancia.

Agudelo (2007) destaca la aportación de la teoría de la depresión de Watson y Clark, quienes plantean la hipótesis de que el bajo afecto positivo y el alto afecto negativo son los que forman la estructura del temperamento depresivo que predispone a los trastornos depresivos.

En una revisión más reciente Freeman y Oster (2007) señalan que la perspectiva cognitiva de la depresión está representada por un modelo de diátesis-estrés, en el cual la interacción recíproca y multidireccional entre las cogniciones, la conducta, el estado de ánimo y los acontecimientos vitales, influye en el procesamiento de la información y en la regulación conductual y motivacional. Estos autores plantean que las cogniciones profundas (esquemas, actitudes, suposiciones básicas o creencias centrales), las cuales se desarrollan en respuesta experiencias de vida temprana mediante el aprendizaje social y operante, están relacionadas con la mediación (vulnerabilidad) de la depresión. Por otra parte también señalan la

participación de cogniciones superficiales (pensamientos automáticos de tipo inestable, transitorios y específico) como moderadoras (manifestación y mantenimiento) de la depresión.

Aunque como ya se señaló uno de los planteamientos teóricos más sólidos sobre la depresión es el presentado por el enfoque cognitivo, en un estudio de meta-análisis que revisa la literatura entre 1980 y 2005, Lakdawalla et al. (2007) mencionan que la explicación de la vulnerabilidad específica de los adolescentes a la depresión se basa en gran medida en las teorías propuestas para los adultos, las cuales no consideran las diferencias propias de su etapa de desarrollo, como el hecho de que los niños pueden no tener las habilidades cognitivas involucradas en la depresión adulta o que existe una estructura y naturaleza diferente de la depresión en niños y adolescentes. Estos autores señalan que existen aún muchos huecos e inconsistencias en el conocimiento actual sobre el valor predictivo de las teorías en niños y adolescentes, secundarios a las deficientes estrategias metodológicas y estadísticas utilizadas en la investigación.

La depresión se puede predecir por alteraciones cognitivas o situaciones estresantes dentro de un modelo de vulnerabilidad estrés, además de que la depresión misma es una condición clínica que genera más estrés, así por ejemplo McGrath y Repetti (2002) encuentran en un estudio longitudinal con 677 familias con hijos en 5º y 6º grado, que la presencia de síntomas depresivos incluso leves, es la que conduce a una visión negativa de sí mismo no basada totalmente en la realidad, lo cual a su vez conduce a una subestimación de las competencias académicas y de aceptación social, y no a la inversa.

Las teorías cognitivas mencionadas, basadas en un modelo de vulnerabilidad al estrés, han ido avanzando desde una perspectiva categorial y apriorística hacia

modelos más dinámicos y complejos que contemplan el aspecto transaccional de la vulnerabilidad y el estrés, lo cual contribuye a que un mismo suceso, interpretado dimensionalmente desde el grado en que afecta a los intereses particulares de un individuo, tenga desenlaces sintomáticos diferentes que no siempre correlacionan con las clasificaciones monolíticas existentes sobre los trastornos depresivos (Vázquez et al., 2009).

Con base en estos nuevos modelos cognitivos han empezado a surgir desde los 90 estudios que consideran, además de los contenidos cognitivos, las formas de procesamiento y estilos de respuesta del individuo como elementos que contribuyen al origen de la depresión. Tal es el caso de estudios que retoman la teoría de los estilos de respuesta propuesta por Nolen-Hoeksema en 1991, la cual afirma que la forma en la cual los individuos responden a sus síntomas depresivos va a determinar la severidad y duración de los mismos. Estos estilos de respuesta pueden asumir tres características principales: a) de rumia, cuando se focaliza la atención a sentimientos y pensamientos internos recurrentes sobre los síntomas depresivos y sus posibles causas, lo que hace que el individuo permanezca más tiempo instalado en los síntomas depresivos, b) de distracción, cuando la persona se involucra en actividades de reforzamiento positivo que desvían su atención de la depresión, y c) de orientación a la solución de problemas (Hernández et al., 2007; Vázquez et al., 2009).

Diversos trabajos de investigación experimental muestran que el estilo rumiativo es una forma de afrontamiento por evitación que influye sobre los pensamientos y proceso de información, lo cual ocasiona que el sujeto se sienta con escaso control de los resultados, que reduzca la instrumentación de conductas que refuercen la sensación de control y la solución de problemas (Hernández et al.,

2007; Lakdawalla et al., 2007). Siegle, Ingram y Matt (2002), por ejemplo, encontraron en un estudio realizado con 136 universitarios, que los individuos deprimidos con adaptación rumiativa tienden a un rápido reconocimiento y rumia de las cualidades negativas de la información, lo que se asocia con dificultad para responder a otros aspectos negativos de la misma, lo cual concuerda con la teoría de la interferencia afectiva de Nolen-Hoeksema, sobre la manera en que los sujetos deprimidos responderán a estímulos negativos que son o no personalmente relevantes para ellos. En otro estudio realizado por Hernández et al. (2007) con 340 universitarios de entre 17 y 30 años, para la validación de una escala de medición del afrontamiento de evitación, encontraron que el afrontamiento de evitación correlacionó de manera positiva con el mantenimiento de la depresión, lo que apoya el uso de prácticas terapéuticas dirigidas a la solución de problemas, ya que a decir de estos autores, las personas que rumian tienen una propensión a prestar más atención a sus síntomas de depresión en detrimento de la realización de actividades que les permitan utilizar la solución de problemas.

El estilo rumiativo es el más frecuentemente utilizado por sujetos deprimidos, principalmente en mujeres, no obstante la limitada investigación sobre dicho estilo en adolescentes sugiere un efecto leve, pero consistente (Lakdawalla et al., 2007). Es conveniente considerar que la asociación de la rumia con el denominado riesgo cognitivo alto, caracterizado por contenidos negativos de pensamiento, puede favorecer una mayor vulnerabilidad cognitiva.

Finalmente, es importante señalar que el mayor sustento empírico para la depresión en niños y adolescentes está a favor de la correlación entre el estilo atributivo y las cogniciones negativas sobre el sí mismo (Lakdawalla et al., 2007).

Si bien existe un avance considerable en los modelos cognitivos explicativos del origen de la depresión con mayor atención al estrés, a la existencia de modos específicos de procesamiento de la información y a la interacción con contenidos cognitivos específicos, no son los únicos modelos existentes para explicar el origen de la depresión. Así, Cicchetti (2006) plantea que el desarrollo de la psicopatología en general puede ser entendido a partir de un modelo ecológico transaccional, con un enfoque multinivel, que contempla la interacción dinámica entre el individuo y sus contextos internos y externos, en sus diferentes dominios de desarrollo (biológico, psicológico y social). Para comprender así los resultados desajustados o patológicos que puede tener el individuo en el transcurso de su vida, y que lo llevan a un trastorno depresivo, es necesario precisar las diversas alteraciones que se asocian con el inicio y/o mantenimiento de la depresión en los diferentes dominios del desarrollo del individuo y que se abordarán en la próxima sección.

2.2. Factores biológicos

2.2.1. Alteraciones genéticas

Joseph Schildkraut y Seymour Kety plantearon en 1967 la hipótesis monoaminérgica de la depresión, la cual asociaron con una disminución de la actividad sináptica de las conexiones que emplean noradrenalina y serotonina en los circuitos hipotalámicos y del sistema límbico. En 1985 surge una nueva hipótesis, planteada por Siever y Davis, que asocia la depresión a fallas en el mecanismo regulador, que provoca actividades transmisoras erráticas en diversos niveles de la vía del sistema noradrenérgico respondiendo de modo poco adecuado a las necesidades externas o internas (Rosenzweig & Leiman, 2005).

Actualmente, gracias a los avances tecnológicos y de imagen se ha identificado marcadores de vulnerabilidad, representados principalmente por un polimorfismo en la región promotora del gen transportador de la serotonina, sobre todo la forma corta del alelo, que se asocia a una menor eficacia de la transcripción y disponibilidad de dicho gen (Akiskal, 2005), el cual en condiciones normales modera la influencia de los eventos de vida estresantes sobre el desarrollo de la depresión (Dopheide, 2006). No obstante, Lau y Elet (2010) señalan que la evidencia empírica apoya que la vulnerabilidad a la depresión deriva de múltiples genes susceptibles cuyo efecto es tan pequeño que ninguno es necesario ni suficiente para el desarrollo del trastorno.

La participación de la genética se observa también en el estudio de hijos de adultos deprimidos o con el estudio de padres de adolescentes deprimidos, donde se informa un alto grado de familiaridad, aunque menos marcada en los casos de depresión comórbida o con problemas de conducta (Akiskal, 2005). Estudios con familias informan de una proporción de depresión más elevada en familiares de primer grado de sujetos con depresión, la cual va del 15% al 25%, lo que equivale a un ORs = 1.70 a 3.98 tanto en adultos como en adolescentes, sin diferencias significativas respecto al sexo. Agregación familiar que es mayor cuando la depresión es recurrente, severa y con mayor deterioro social (Lau & Elet, 2010), sin datos concluyentes respecto a que la influencia genética sea mayor o menor antes o después de la pubertad (Akiskal, 2005).

Lau y Elet, en su revisión de la literatura, mencionan que el efecto moderador de la genética sobre la continuidad del trastorno depresivo se asocia en mayor medida a la etapa de la infancia y adolescencia que con la edad adulta, además de

existir un fuerte vínculo genético entre depresión y ansiedad generalizada específicamente.

Collins, Maccoby, Steinberg, Hetherington y Bornstein (2000) puntualizan que la herencia rara vez contribuye más allá del 50% en la variación entre individuos de una población particular, y que más que considerar una propiedad aditiva entre herencia y ambiente, debemos considerar la posibilidad de que los genes pueden funcionar distinto ante diferentes ambientes, así tanto los genotipos parentales como los de los hijos contribuyen a patrones específicos de interacción padres hijos, como se ha demostrado en estudios con gemelos. Es decir, que los efectos genéticos son modulados a lo largo de la vida por la interacción ambiental, de tal manera que cuando el ambiente cambia, los niveles de una característica también lo hacen, aunque el coeficiente de heredabilidad no cambie. Estos hechos permiten ver como aún las características hereditarias son altamente modificables, como en el caso de la conducta parental que se ve influida por factores sociales a mayor escala como la pobreza y etnicidad (Collins et al., 2000). Así, la influencia ambiental, junto con cambios hormonales o factores celulares estocásticos aleatorios, forman parte de los mecanismos epigenéticos, heredables pero reversibles, que regulan la función genómica mediante cambios en la estructura de la cromatina o metilación del DNA (Lau & Elet, 2010).

Finalmente, Collins et al. (2000) en coincidencia con Repetti, Taylor y Seeman (2002) mencionan que la vulnerabilidad o fortalezas genéticas de los hijos, como la desregulación serotoninérgica, se puede manifestar o no dependiendo de la existencia de ciertas amenazas en el ambiente, como la parentalidad, de tal forma que el buen funcionamiento de los padres servirá como amortiguador del proceso que conduce de la expresión de un genotipo a un fenotipo, por lo que es importante

considerar la intervención con los padres en el manejo de adolescentes con depresión, ya que en familias en riesgo tal desregulación serotoninérgica se ha vinculado con depresión, suicidio, agresividad y abuso de sustancias

2.2.2. Cambios neuroanatómicos y funcionales

Aunque no se consideran privativos de personas con depresión, es posible encontrar en adultos deprimidos cambios anatómicos tales como disminución del volumen en la corteza frontal y pre frontal izquierda, e incremento en la actividad metabólica en la corteza pre frontal ventromedial y cíngulo anterior, hallazgos compatibles con los pocos estudios realizados con niños y adolescentes deprimidos (Akiskal, 2005) en quien también se puede observar disminución significativa en la concentración glutamatérgica de la corteza del cíngulo anterior, aplanamiento de la secreción de la hormona del crecimiento, disminución en el volumen de las amígdalas y disminución del volumen hipocampal (Shaffer, 2005).

En animales jóvenes algunos de los cambios anatómicos y funcionales a nivel cerebral se han asociado a la influencia de la experiencia sobre el desarrollo cerebral durante periodos sensibles, aunque el cerebro de los mamíferos permanezca susceptible a dichas influencias hasta la adultez. Una de las principales experiencias ambientales, esencial para la sobrevivencia de todas las especies de mamíferos y que afecta el desarrollo cerebral, es la parentalidad, ya que en condiciones normales la acción recíproca entre la madre y el infante facilita el desarrollo y adaptación de este último (Collins et al., 2000). En condiciones patológicas, Newport, Stowe, & Nemeroff (2002) informan de diversas alteraciones físicas y funcionales encontradas en hijos de madres deprimidas, los cuales sientan las bases para una vulnerabilidad posterior al desarrollo de psicopatología como la

misma depresión, entre estas alteraciones se encuentran: a) modificaciones electroencefalográficas en el lóbulo frontal que correlacionan con empatía disminuida y problemas conductuales; b) déficit motor en el examen neurológico de los recién nacidos cuyas madres presentaron depresión durante el embarazo, c) disminución del crecimiento fetal con incremento del riesgo de complicaciones obstétricas y post natales, y d) cambios en el funcionamiento de retroalimentación negativa del eje hipotálamo- hipófisis- adrenal (EHHA) durante el embarazo y en el recién nacido, lo cual conduce a la elevación secundaria de la hormona liberadora de corticotropina (CRH), hormona adrenocorticotrópica (ACTH) y cortisol, sustancias que median los síntomas neurovegetativos de la depresión vía sistema límbico; y a desregulación en el sistema noradrenérgico en el locus coeruleus y en el sistema serotoninérgico central.

2.2.3. Sexo

La mayor parte de la literatura informa que el sexo femenino se asocia de manera significativa con una mayor frecuencia de síntomas depresivos en la adolescencia, primordialmente a partir de los 15 años en adelante (Angold & Worthman, 1993), en proporción de 2:1 (Benjet et al., 2004; Boyd et al., 2006; Coghill & Usala, 2006; De la Peña et al., 1999; Dopheide, 2006; Evans et al., 2005; Gil-Rivas, Greenberger, Chen, & Montero, 2003; Lara, Navarro, Navarrete, Mondragón & Rubí, 2003; Marmosrstein & Iacono, 2004; Martin, Bergen, Roeger, & Allison, 2004; Sourander & Helstelä, 2005), y a una emergencia más temprana del trastorno, alrededor de los 14 años, que en los hombres (Terrance, Cairney & Pevalin, 2002).

Esta preponderancia del trastorno depresivo en las mujeres se atribuye a circunstancias ligadas al sexo como la exposición a discriminación social, la cual favorece la dependencia y baja autoestima que conducen a la depresión (Rosenzweig & Leiman, 2005; Silverstein, Clauson, Perdue, Carpman & Cimarolli, 1998); al incesto, acoso sexual, violación, percepción de los aspectos negativos del rol femenino; y al estrés derivado de la percepción de las limitaciones maternas y de la sensación de que los padres hubieran preferido un hijo del sexo masculino. Estos factores se observan principalmente en lo que algunos autores denominan como depresión ansiosa y somática, la que se deriva más de dichos factores psicosociales que genéticos (Silverstein et al., 1998).

Rosenzweig y Leiman (2005) mencionan que el predominio en el sexo femenino puede estar relacionado con factores genéticos ligados al cromosoma X, a modelos de indefensión aprendidos o bien a diferentes patrones de búsqueda de ayuda o mayor uso de servicios en las mujeres.

Coghill y Usala (2006) y Dopheide (2006) asocian el predominio de la depresión en las mujeres con influencias hormonales y medio ambientales, como el hecho de que ellas inician y enfrentan los cambios biológicos y sociales de la pubertad a una edad más temprana, y al estilo de respuesta rumiativo utilizado por las mujeres ante los eventos de vida estresantes y estados de ánimo depresivos. A este respecto, Angold y Worthman (1993) destacan que el impacto de la pubertad y los cambios hormonales asociados en el desarrollo de la depresión dependen del grado, velocidad, sincronía y tiempo en que los cambios madurativos de la pubertad se presentan, así como del nivel de relevancia e impacto individual que estos cambios tienen en cada adolescente, aspectos poco retomados en la investigación que vuelven los resultados sobre este factor poco concluyentes.

2.3. Factores psicológicos

2.3.1. Estrés emocional

Una de las primeras condiciones asociada con estrés que menciona Newport et al. (2002) es el efecto de la separación materna, que ocasiona cambios parecidos a la depresión y ansiedad, caracterizados por incremento de la actividad del eje hipotálamo hipófisis adrenal, dependiendo del tiempo de separación e incremento en la respuesta al estrés subsecuente, cambios que según Collins et al. (2000) pueden persistir a largo plazo.

La separación social se ha relacionado también con elevada auto administración de alcohol y, en primates, con decremento de la conducta exploratoria en hijos prenatalmente estresados. Estrés en la vida de los hijos que de ser prolongado produce apoptosis (muerte) neuronal.

En etapas más tardías, Gil-Rivas et al.(2003) señalan que en mujeres existe un vínculo entre la exposición y percepción estresante de eventos de vida negativos y el uso de estilos de afrontamiento reflexivo para el desarrollo de la depresión, lo cual apoya la teoría cognitiva de la depresión de Abramson que establece que cuando ocurre un evento de vida estresante importante, los individuos con creencias negativas acerca de sí mismos, su futuro y las causas de los eventos, estarán más propensos a volverse depresivos. Garber y Flynn (2001) corroboran este hallazgo al encontrar que la vivencia de eventos estresantes por los adolescentes con edad promedio de 12 años, en los últimos 12 meses, predijo el desarrollo de un estilo atribucional negativo ($R^2 = .02$, $\beta = .14$, $p < .05$).

En México, en un estudio realizado con 1,071 adolescentes de entre 13 y 18 años, Lucio, León, Durán, Bravo y Velasco (2001), encontraron que los adolescentes varones de entre 17 y 18 años, de nivel socioeconómico bajo, son los que refirieren

una mayor ocurrencia de sucesos estresantes que las mujeres o grupos de menor edad, así como una mayor evaluación negativa de los mismos ($F = 4.65, p < .001$), y por ende son también un grupo altamente vulnerable al desarrollo de psicopatología.

En un estudio realizado con adolescentes deprimidos entre 12 y 18 años, para evaluar el tipo de eventos estresantes vividos y su efecto en el desarrollo de depresión, Williamson, Birmaher, Anderson, Al-Shabbout y Ryan (1995).no encontraron diferencias entre adolescentes deprimidos y controles respecto al número de eventos estresantes vividos un año previo a su evaluación ($\chi^2 = 2.56, p > .05$), no obstante si existió una diferencia significativa en cuanto al tipo de eventos estresantes vividos ($\chi^2 = 3.84, p < .05$), los cuales fueron en el caso de los adolescentes deprimidos más dependientes de su conducta (p.e. conflicto con los padres) aunque produjeron una menor severidad de los síntomas que en aquellos que experimentaron eventos de vida estresantes independientes de su conducta (como la muerte de un padre).

Repetti et al. (2002) también informan que los datos de investigación apuntan a que el estrés crónico generado por las familias en riesgo provoque una persistente activación del eje hipotálamo hipófisis adrenal, lo que se asocia a deficiencia inmune, inhibición del crecimiento, retardo en la maduración sexual, daño al hipocampo, deterioro cognitivo y depresión.

La victimización por abuso físico y sexual (Dopheide, 2006), así como la convivencia con padres deprimidos, son otras fuentes de estrés que conducen a alteraciones neuroendocrinas que predisponen al desarrollo de depresión (Newport et al., 2002).

2.3.2. Rasgos de personalidad

Agudelo (2007) señala que la disposición de los individuos para deprimirse no está determinada de manera idéntica en todos los seres humanos, por lo se debe pensar en un espectro de riesgo. Espectro donde la personalidad con rasgos como el neuroticismo, la evitación del daño, la emocionalidad y la dependencia interpersonal, juega un papel relevante, ya que contribuye a una mayor gravedad de los síntomas, una mayor frecuencia en las recaídas y a peores resultados en el tratamiento. Por otra parte, la depresión misma contribuye a generar rasgos y formas de respuesta más estables y constitutivos de un rasgo de personalidad. Este mismo autor concuerda con Huprich en los aspectos centrales que conforman la personalidad depresiva, que comprenden la tendencia negativa, pesimista y excesivamente parca en la orientación de la persona hacia las relaciones con otros y con el mundo; un estilo de interacción basado en la pérdida o la frustración por la pérdida, donde la ira se dirige hacia sí mismo; y patrones reprimidos de frustración y pérdida.

El neuroticismo en particular puede afectar la forma en que es percibido el funcionamiento familiar, lo cual genera atribuciones más negativas del mismo (Millikan, Wamboldt & Bihun, 2002), si bien es importante tener presente que la personalidad o temperamento infantil y la conducta parental constituyen un proceso interactivo y de relación bidireccional (Collins et al., 2000; South, Krueger, Johnson & Iacono, 2008). El temperamento difícil caracterizado por afecto negativo intenso, demandas de atención repetidas, hiperactividad e impulsividad, se asocian con trastornos externalizados e internalizados, donde la calidad de la parentalidad funciona como moderador (Collins et al., 2000). Al respecto, Van Leeuwen, Mervielde, Braet y Bosmans (2004) resaltan la importancia de considerar las

características de personalidad de los hijos desde una perspectiva centrada en la persona, para saber sobre quien aplican o no las reglas encontradas, ya que por ejemplo, en el estudio realizado por ellos con 600 niños de 7 a 15 años para evaluar la interacción entre la personalidad infantil y la parentalidad, encontraron que el control parental negativo se asocia más a conductas externalizadas en niños con bajo control, y a conductas internalizadas en niños sobrecontrolados, a diferencia de lo que sucede en chicos considerados resilientes. También encuentran una contribución independiente o aditiva de la parentalidad y de las características infantiles para generar las conductas internalizadas. Los autores destacan que la personalidad infantil es un predictor independiente importante para las conductas internalizadas, lo que apoya resultados de investigación previa que identifican características como la benevolencia, extraversión y neuroticismo como variables fuertemente relacionadas a la depresión.

South et al. (2008) mencionan que inicialmente las teorías de la socialización atribuían al ambiente familiar, y en particular a la calidad de las relaciones parentales, un rol causal en el desarrollo de la personalidad, no obstante, el paradigma de interacción dinámica reconoce ahora que las diferencias en la personalidad infantil provocan también variaciones en la calidad de la relación padres hijos, mientras que desde una perspectiva sintética se propone que la personalidad infantil y la conducta parental constituyen un proceso interactivo de relación bidireccional. En apoyo a esta perspectiva, realizaron un estudio con técnicas de modelado para moderación biométrica, donde participaron 2,400 gemelos adolescentes con edad media de 17 años, en el que encontraron que la contribución relativa de las influencias genéticas y ambientales sobre la relación padres- adolescentes, especialmente en los aspectos de calidez, conflicto e

involucramiento, varían en función de características de personalidad como la cantidad de emocionalidad positiva, negativa o reprimida de los adolescentes.

En cuanto al nivel de riesgo, en un estudio realizado en New York con 714 adolescentes, Kasen et al. (2001) encontraron que, controlando para la comorbilidad simultánea de trastornos de ansiedad y trastornos disruptivos, los adolescentes con trastorno depresivo mayor tenían 11 veces más riesgo de desarrollar trastorno de personalidad (TP) dependiente, 5 veces más riesgo de presentar TP antisocial, 5 veces más riesgo de presentar TP pasivo agresiva y 3 veces más riesgo de presentar TP histriónico. Resaltan también que la comorbilidad con trastorno de ansiedad predispone al surgimiento de TP paranoide y obsesivo-compulsivo. En ninguno de estos casos encontraron que factores como el nivel socio-económico, los conflictos familiares o el maltrato infantil se asociara de forma significativa con el riesgo de desarrollo de los TP. Por otra parte, en la edad adulta se estima que la comorbilidad general de los trastornos de personalidad con el trastorno depresivo mayor fluctúa entre el 30% a 70%, con un predominio de los trastornos de personalidad evitativa, borderline y dependiente.

2.3.3. Orientación a la solución de problemas

Nezu (2004) señala como otra característica individual que podría contribuir a la depresión y ansiedad, al estilo empleado en la solución de problemas, ya sea como consecuencia de la condición inherente al propio problema (conflicto, ambigüedad, complejidad), a la evaluación del problema como amenaza actual o percibida, o como habilidad para adaptarse a esta amenaza y los resultados ante dicho intento. Afirma por tanto, que un intento de solución de problemas continuamente exitoso puede reducir o minimizar el estrés emocional inmediato,

como sería la sintomatología depresiva y sus efectos negativos a largo plazo. Este autor apoya sus afirmaciones en la revisión de datos empíricos de treinta estudios, llevados a cabo principalmente con universitarios, que establecen la relación entre la solución de problemas y depresión o afecto negativo.

En una investigación con 373 adolescentes normales Murriss, Schmmidt, Lambrichs y Meesters (2001) encontraron que los estilos de adaptación negativos, caracterizados por alta adaptación pasiva y baja adaptación activa (.36) , y el bajo sentimiento de auto-eficacia (.20) funcionan como mediadores de la crianza parental negativa y el estilo atributivo negativo para predecir el desarrollo de síntomas depresivos en esta población, lo que pone nuevamente en juego la interacción de diversas variables para alcanzar determinados desenlaces.

2.3.4. Autocontrol

Finkenauer, Engels y Baumeister (2005) encontraron una relación significativa entre los niveles bajos de autocontrol y los problemas emocionales, como depresión y baja autoestima, y problemas de conducta, al igual que la visión de los padres como restrictivos y controladores a nivel psicológico.

2.4. Factores familiares

Rutter (1985) puntualiza que “ningún esquema para clasificar el material sobre las influencias familiares puede ser satisfactorio” (p. 52), ya que cada característica de la familia y cada tipo de experiencia que un sujeto tiene dentro de ésta, se relaciona con diversos resultados medibles, y cada resultado a su vez se relaciona con diversas relaciones y experiencias vividas, aunado al hecho de que ya desde los 7 meses de edad los niños responden de una manera diferenciada a cada padre.

Aunado a ello, Repetti et al. (2002) y Grotevan (1998) resaltan la existencia de una influencia recíproca en todo tipo de relación, y el hecho de que en la diada padres-hijos la diferente naturaleza de cada hijo suscita diferentes respuestas de los padres, así como el hecho de que la conducta de cada integrante de la familia se ve influenciada por la relación con los demás y por el paso del tiempo. Es decir, aunque se viva en la misma casa, los hijos no experimentan el ambiente familiar de la misma manera, y los padres varían entre familias y dentro de la misma familia, ya que utilizan diferentes técnicas y conductas de crianza con diferentes niños. Se observa así, que la familia sirve de contexto al desarrollo del adolescente, pero el desarrollo de este y otros miembros de la familia a su vez, afectan el funcionamiento familiar.

El papel que los padres desempeñan para el bienestar global en la familia, la comunidad y la sociedad como un todo ha sido ampliamente reconocido. Es en la familia, sobre todo cuando es saludable, donde los hijos aprendan que pueden contar con el ambiente para proveerles bienestar y seguridad física y emocional. Es también donde los padres, quienes construyen y manejan el ambiente primario del niño, les ayudarán a reconocer, apreciar y desarrollar habilidades y conductas socialmente apropiadas que les permitirán mantener a futuro su propio bienestar y seguridad, independientemente de sus cuidadores, además de establecer los estándares, roles, expectativas y demandas para los hijos (Briesmeister & Schaefer, 2007; Repetti et al., 2002).

Echeverria (1990) documentó el rol modelador de la familia en todas las etapas del desarrollo en población mexicana.

A nivel de investigación también, Collins et al. (2000) señalan que los estudios contemporáneos ya no se basan en simples generalizaciones y la investigación de la socialización está guiada por una perspectiva ecológica del desarrollo humano como

la propuesta por Bronfenbrenner, quien ve a la familia como una influencia importante para los hijos, cuyo efecto sólo puede entenderse a la luz de las influencias simultáneas de la esfera social como la escuela y los pares, y de la interacción con el contexto cultural, histórico y comunitario, los cuales a su vez moldean y moderan el efecto de la familia. Visión ecológica que enfatiza el significado potencial de las influencias extrafamiliares sobre el desarrollo de los niños de una manera interactiva y sinérgica más que sólo aditiva o competitiva. Estos autores también subrayan que en la investigación sobre parentalidad en particular, se evidencia la utilización de métodos estadísticos complejos y diseños de investigación que permiten capturar toda la complejidad del mundo real, considerando múltiples fuentes de influencia, la interacción compleja entre lo hereditario y la experiencia dentro del desarrollo individual, a costa de sacrificar parte del rigor necesario para establecer inferencias de relación causal.

En el plano patológico, diversos estudios coinciden en que la influencia e impacto de la función de los padres en la familia puede ser directa o mediada y sostenida por las alteraciones en los hijos, lo que se hace evidente en diferentes niveles y a lo largo del espacio vital de los hijos, y que coloca a los padres como un factor genérico de riesgo para el desarrollo de diversas alteraciones físicas o de psicopatologías internalizadas o externalizadas, como lo es la depresión (Briesmeister & Schaefer, 2007; Repetti et al., 2002).

Producto también de diversos informes de investigación, Repetti et al. (2002) encuentran que si bien el ambiente familiar saludable se asocia con el logro de una autorregulación efectiva, las familias en riesgo crean déficits en el control y expresión emocional, en la competencia social, y conducen a alteraciones en los

sistemas de regulación fisiológica y neuroendócrina, que pueden tener efectos acumulativos a largo plazo.

Los factores de riesgo familiar que Repetti et al. encuentran incluyen un alto nivel de conflicto caracterizado por episodios recurrentes de agresividad, hostilidad e ira; y deficiencias en la crianza, manifestadas por falta de calidez, negligencia, rechazo, poco soporte, y falta de disponibilidad y aceptación hacia los hijos. Lo que provoca que estas familias sean más vulnerables y estén propensas a desarrollar conductas que amenazan la salud, como uso de tabaco, alcohol u otras drogas y promiscuidad sexual. Consecuencias biológicas y conductuales que conforman un perfil de riesgo que se asocia con trastornos de salud mental internalizados y externalizados como agresividad, trastornos de conducta, delincuencia, conducta antisocial, ansiedad, depresión y suicidio. Riesgo que a nivel físico se ha documentado que incrementa la propensión a lo largo de la vida de presentar problemas de salud como enfermedad cardíaca isquémica, hipertensión, cáncer, enfermedad pulmonar crónica, fracturas óseas, enfermedad hepática, pobre ganancia de peso, infecciones, alteraciones en el perfil de lípidos, obesidad, menor control metabólico, maltrato sexual o no sexual, e incremento en la severidad de los síntomas de todos estos trastornos. Todos estos factores, acorde a los nuevos modelos de desarrollo de la psicopatología, determinan una cascada de riesgo acumulado desde de la vida temprana hasta la adultez, donde las alteraciones biológicas, emocionales y sociales están vinculadas unas a otras, creando susceptibilidades que pueden exacerbar las vulnerabilidades genéticas, y que se ve influenciado por el contexto social como el estrés crónico, la violencia social y la pobreza.

En el caso específico de la depresión, desde un punto de vista teórico Aberastury y Knobel (1990) señalan al desarrollo de psicopatología en el adolescente como expresión de su conflicto con la realidad. Oster y Caro (1990) agregan que, en esta etapa, los síntomas depresivos funcionan como un posible estabilizador familiar al hacer ver a los padres que ellos son y seguirán siendo necesitados, permaneciendo sin cambios en sus roles para continuar comunicándose a través de la condición incapacitante de sus hijos.

Desde el punto de vista empírico, son diversos los factores familiares que la literatura apoya que están relacionados con el origen de la depresión, y que ya Repetti et al. identificaron como factores de riesgo general para múltiples psicopatologías. Factores que como se ha señalado, es difícil separar dada su estrecha interrelación con muchos otros, y que sólo por fines didácticos señalamos de manera independiente a continuación.

2.4.1. Psicopatología en los padres

Essau (2004) señala que la psicopatología de los padres, como depresión, ansiedad, consumo de alcohol y drogas, se asocia con mayor comorbilidad de la depresión adolescente, así como a un índice más elevado de ideación suicida, pensamientos de muerte, deseos de morir y recurrencia en los episodios depresivos de los adolescentes.

Brennan, Hammen, Katz y Brocque (2002) en un estudio con 522 familias que evaluó la relación entre la depresión materna, la psicopatología paterna y la depresión resultante en los hijos, encontraron, con base en los criterios de Baron y Kenny para determinar variables mediadoras, que la depresión y el abuso de sustancias por el padre actúan como moderadores entre la depresión materna y el

diagnóstico de depresión en los hijos. Los autores informan también que el deterioro en el funcionamiento familiar, manifestado por niveles altos de estrés familiar crónico y la emoción expresada del padre, son los mecanismos mediante los cuales interactúan la depresión materna y la psicopatología del padre para incrementar el riesgo de depresión en los adolescentes. Lo que proporciona un fundamento más para las intervenciones dirigidas a reducir el estrés familiar y mejorar las relaciones padres-hijos. No obstante coinciden con otros autores en que los resultados en los padres y la familia pueden ser un efecto directo de la psicopatología en los hijos. Además de subrayan que al no tratarse de un experimento, estos estudios no permiten establecer inferencias causales.

Boyd et al. (2006) refieren que la depresión materna incrementa el riesgo de los hijos en 2 a 4 veces para cursar con un trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad y trastornos de conducta, al igual que incrementan el riesgo de una mayor comorbilidad entre estos trastornos. Marmorstein y Iacono (2004) por ejemplo, en un estudio aleatorio de 337 familias de mujeres y 289 familias de varones gemelos de 17 años de edad, con padres diagnosticados con trastorno depresivo mayor, confirmaron la presencia de TDM sin comorbilidad sólo en 2% de los hombres y 13% de las mujeres. Igualmente informan que la depresión en los adolescentes estuvo asociada con una proporción incrementada de TDM en las madres (46%) y de conducta antisocial en los padres (36%), con una asociación menos fuerte entre la depresión paterna (14%) y la depresión en los hijos. Aunque mencionan que se requiere de la combinación de un medioambiente patogénico y /o una patología parental extrema para el desarrollo de un trastorno dado en los adolescentes, además de tener presente que diferentes tipos de conflictos pueden caracterizar a las familias en las cuales existen diferentes formas de psicopatología.

Davis, Sheeber, Hops y Tildesley (2000) en un estudio prospectivo exploratorio realizado con 151 familias de adolescentes deprimidos de entre 14 y 18 años, en el que se valoró la depresión en padres y adolescentes y la interacción en la solución de problemas, también informan que la conducta parental depresiva influye en la sintomatología depresiva de los hijos, ya que condiciona un patrón de interacción secuencial que puede tener consecuencias en el nivel de depresión subsecuente de los hijos. Estos autores encontraron también que la conducta parental promovió o suprimió la conducta de los hijos (p.e. agresión de las adolescentes hacia sus madres ante la conducta aversiva de éstas hacia el padre) incrementando los síntomas depresivos $F(3, 46) = 4.96, p < .05$. En los hombres la expresión de la agresión se relacionó de una manera más significativa con el desarrollo de la depresión $F(3, 38) = 6.57, p < .01$. Los autores señalan que los resultados de este estudio pueden reflejar la inversión de rol que asumen las hijas como cuidadoras, en un intento de mitigar los sentimientos de la madre, lo que las coloca en una posición de contención de problemas para el que no están cognitivamente o emocionalmente preparadas, por lo que el manejo de la psicopatología en los padres se vuelve indispensable.

Beardslee et al. (1997) sobre este punto menciona que la depresión en un individuo tiene un efecto sobre todos los miembros de la familia, y que el 50% de los hijos de padres con trastornos afectivos experimentarán un episodio depresivo para el final de su adolescencia, estando involucrados en esta transmisión tanto los aspectos genéticos como las influencias psicosociales. Además de estar asociada en mujeres deprimidas de bajos recursos, una percepción más difícil de su parentalidad, caracterizada por inconsistencia en la disciplina, sobreprotección, constantes sentimientos de frustración, impaciencia, irritabilidad, labilidad emocional,

falta de control y parentificación de los hijos y una conducta nutricia más deficiente. Lo que junto con factores contextuales como la pobreza, exposición a la violencia, falta de soporte social, racismo, etc., tiene un alto impacto en el funcionamiento de sus hijos.

En un estudio de seguimiento de una cohorte de 804 adolescentes entre 11 y 17 años, Hoffmann, Baldwin y Cerbone (2003) encontraron, mediante un modelo de regresión logística, que sólo la presencia de trastornos afectivos en los padres y la baja autoestima estaban asociados de una manera significativa con el inicio de la depresión en los adolescentes, con coeficientes de correlación de 1.8, $p < .025$ y de .96, $p < .002$ respectivamente. Y si bien este trastorno es más frecuente en mujeres, ellos no encontraron una asociación significativa entre esta frecuencia y la psicopatología parental.

Respecto al sexo de los hijos, Jenkins y Curwen (2008) en un estudio de seguimiento con niños de los 10 a los 15 años, hijos de madres depresivas, encontraron que la presencia de síntomas internalizados en los hijos dependía no sólo de la depresión materna, sino de su interacción con el sexo de éstos, ya que en las hijas incrementó la sintomatología internalizada al paso del tiempo ($t = 4.41$, $p < .001$), mientras que en los varones decremento ($t = 8.18$, $p < .001$), lo que revela una mayor vulnerabilidad de las mujeres en la adolescencia media a la depresión de la madre, si bien el porcentaje de varianza explicado por este factor fue tan sólo del 1%. Respecto a este mismo punto Brennan, Brocque y Hammen (2003) en un estudio transversal con 816 adolescentes australianos de 15 años, no encontraron efectos moderados por el sexo, y señalan que más bien las cualidades de la interacción padres-hijos fue la que moderó los resultados resilientes en los hijos de madres depresivas, de tal forma que características en los padres de calidez, bajo

control psicológico, bajo sobre involucramiento emocional, baja actitud crítica y aceptación, fueron los factores que funcionaron como protectores y predictores de resiliencia en los hijos de madres depresivas.

El efecto de la psicopatología en los padres también ha sido documentado por Newport et al. (2002) en un meta-análisis de la literatura de los últimos 40 años sobre investigación preclínica relacionada con el impacto adverso de la depresión parental sobre el desarrollo de los hijos. Meta-análisis donde encuentran que los adolescentes deprimidos tienen 3 veces más probabilidad de tener padres depresivos, y coinciden con Beardslee et al. (1997) en que, aunque el riesgo familiar es en parte genéticamente transmitido, otras vías potenciales de transmisión son: a) la exposición prenatal a alteraciones neuroendócrinas asociadas con la depresión durante el embarazo, b) la exposición a elevado estrés intrafamiliar cuando un padre está deprimido y c) la exposición a las alteraciones afectivas, conductuales y cognitivas de los padres depresivos.

Repetti et al. (2002) también mencionan que los datos empíricos sugieren que la exposición al estrés crónico generado por las familias en riesgo conduce a alteraciones en el funcionamiento serotoninérgico y dopaminérgico dada la interacción de los diferentes componentes del sistema neuroendocrino. Desregulación que se puede dar in útero o en la infancia, durante los periodos críticos para el desarrollo normal de los sistemas de regulación biológica. Lo que puede generar efectos en cascada y tener un efecto potencialmente irreversible en la interacción entre la genética y ambiente, que conduce a largo plazo a diferencias individuales en la susceptibilidad al estrés y en la presencia de marcadores biológicos del efecto acumulado de éste, que desencadenan problemas físicos a nivel simpático y parasimpático y problemas mentales relacionados al estrés. En el

último caso, por ejemplo, se refiere el desarrollo de personalidades tipo A, vinculada a una respuesta cardiovascular elevada al estrés.

Otro rubro que podemos incluir en el análisis de la psicopatología de los padres se relaciona con los rasgos de personalidad de éstos, así estudios empíricos señalan que tener padres inestables, poco escrupulosos, deshonestos e irresponsables, coloca a los hijos en alto riesgo para patologías como la delincuencia, donde es difícil determinar la dirección causal, es decir, si ésta es resultado de la depresión o la depresión su predictor (Heaven, Newbury & Mak, 2004). Falta de direccionalidad que Martin et al. (2004) atribuyen a que no se pueden establecer inferencias causales, ya que en la conducta y el estado de ánimo del adolescente puede influir la conducta parental y viceversa, al igual que la percepción de los adolescentes puede verse influenciada por su estado de ánimo depresivo actual. Así, Heaven et al. (2004) concuerdan con que los factores relacionados con los padres y los adolescentes son los que determinan de manera conjunta el bienestar de estos últimos.

2.4.2. Crianza temprana

Collins et al. (2000) en una revisión de la literatura informan que estudios con ratas adultas muestran el efecto de los estilos de crianza tempranos, de tal manera que las ratas que de recién nacidas recibieron más caricias y fueron acicaladas, de adultas son menos tímidas para dejar su casa en busca de comida o para explorar ambientes novedosos. Dicho estilo de maternaje afecta a los circuitos neurales que gobiernan las conductas de respuesta ante el estrés en los hijos, e influye en la reactividad conductual y neuroendócrina, con un efecto duradero en los animales jóvenes, sobre todo cuando se enfrentan a contextos sociales nuevos.

Newport et al. (2002) también informan sobre la asociación entre el déficit en el cuidado materno de modelos animales y conductas similares a la depresión y ansiedad en los hijos, persistentes hasta la adultez.

Collins et al., no obstante enfatizan que no es razonable esperar que un estilo o cualidad de parentalidad tenga el mismo efecto en cada hijo, y que más bien, se requieren diferentes estrategias o esfuerzos parentales para obtener el mismo resultado en diferentes niños, por lo que es importante la evaluación que ya algunos investigadores están realizando sobre la naturaleza de las experiencias de crianza. A este respecto, la depresión, el control, la actitud crítica y los bajos niveles de cuidado y aceptación materna se han señalado como algunos de los predictores que de manera significativa contribuirán al desarrollo en los hijos de pobre autovaloración, estilos atributivos negativos y sentimientos de desesperanza. Cogniciones negativas que incrementan la vulnerabilidad de los niños con alto riesgo para desarrollar depresión (Garber & Flynn, 2001).

En un estudio de seguimiento de 359 niños de los 6 a los 15 años, Katainen, Räikkönen, Keskivaara y Keltikangas-Järvinen (1999) encontraron, con un modelo de ecuaciones estructurales, que la baja satisfacción con el rol materno (.32) y la percepción de un temperamento difícil en los hijos (.64) predijeron actitudes hostiles en la crianza de los hijos, caracterizadas por poca tolerancia, disciplina estricta y poca significancia emocional de los hijos, lo cual a su vez predijo (.21) de manera directa y significativa las tendencias depresivas en los hijos durante la adolescencia, sin diferencias por sexo.

2.4.3. Relaciones padres-hijos y parentalidad en la adolescencia

A nivel relacional, la adolescencia normal se caracteriza por un incremento en la distancia emocional entre padres e hijos; por incremento en los conflictos, cuyo significado es visto de manera diferente por padres e hijos; por disminución de la cercanía, la cual no necesariamente es negativa ya que puede favorecer la individuación psíquica; y por una renegociación de la relación principalmente en cuanto a la autoridad que cada uno posee sobre el otro dentro de la relación y sobre sí mismo, la cual se vuelve más simétrica. Estos cambios propios del desarrollo permiten que los adolescentes cambien su visión de los padres y los consideren en su carácter tridimensional. Aunque la adolescencia representa también una etapa de búsqueda de autonomía, se ha visto que el apego materno favorece el proceso de individuación durante ella y la adultez temprana, además de que durante esta etapa la madre es considerada como la que cubre en mayor medida tanto las necesidades materiales como afectivas de los hijos, la que funciona más como confidente, y la que permite la exploración en los dominios personal y práctico.

Por otra parte, distanciamiento no es sinónimo de pérdida de apego, y datos empíricos muestran el carácter protector de esta relación, ya que mayores niveles de apego a los padres en esta etapa predicen niveles más bajos de depresión y de ansiedad social tanto en hombres como en mujeres, mientras que las relaciones con poca cercanía y gran separación se asocian con desenlaces más pobres (Cicchetti & Cohen, 1995).

Vazsonyi y Belliston (2006) por ejemplo, con base en las teorías de Bowlby y Ainsworth sobre el apego, realizaron un estudio transcultural con 6,935 sujetos, en el cual encontraron que los niños y jóvenes tienen un desarrollo saludable y un ajuste positivo cuando existe suficiente cercanía, calidez y concesión de autonomía en la

relación padres-hijos, en tanto que el control psicológico parental excesivo, el sobre involucramiento, los conflictos familiares y el apoyo parental inconsistente se asociaron a síntomas depresivos y ajuste negativo. Datos que apoya el estudio longitudinal realizado por Martin et al. (2004) con 2596 estudiantes de secundaria a los 13, 14 y 15 años, quienes encontraron una asociación significativa entre la sintomatología depresiva moderada o grave con el cuidado paterno y materno deficiente ($F = 125.5, p < .01$), la elevada sobreprotección ($F = 128.1, p < .05$) e intrusividad maternas ($F = 130.4, p < .01$), y el control afectivo paterno. La relación parental y, en particular el contacto, contribuyeron de manera significativa a la salud psicológica de los adolescentes, explicando el 13% de la varianza en los registros de depresión. Datos acordes con otro estudio realizado por Field, Diego y Sanders (2001) con 79 estudiantes de secundaria, aunque estos autores destacan a la depresión paterna más que la materna como el factor sobresaliente de riesgo.

En población mexicana Gil-Rivas et al. (2003) en un estudio realizado con 262 adolescentes informan de la asociación entre un alto nivel de conflicto padres-adolescentes ($r = .29, p < .001$) con niveles altos de depresión, mientras que nuevamente la aceptación y la calidez ($r = -.54, p < .001$), así como el monitoreo parental ($r = -.43, p < .001$) se asociaron significativamente con un nivel más bajo de síntomas depresivos a la vez que atenúan el efecto de estilos de adaptación reflexivo ($r = .56, p < .001$) sobre el estado de ánimo de los adolescentes. A este respecto, Marmorstein y Iacono (2004) encuentran en su investigación que la depresión en la adolescencia no se asocia a los conflictos madre-hijo cuando no se cuenta con una madre deprimida $F(1, 28) = .99, p > .05$.

Herman, Dornbusch, Herron y Herting (1997) abordan también el estudio de la relación padres-hijos, aunque bajo el rubro de dimensiones de socialización parental,

que representa una desagregación de los estilos parentales, que los autores consideran preferible al estar más cercana al proceso y prácticas parentales que son objetivo de las intervenciones sociales y familiares. De esta forma, con base en un análisis de regresión múltiple, han encontrado que la autonomía psicológica, caracterizada por el manejo no coercitivo y democrático de la disciplina y por la expresión de la individualidad dentro de la familia, asociada a la regulación, se relaciona significativamente con niveles más bajos de síntomas psicológicos (-.18) y somáticos (-.17) en el presente, y funcionan como predictores de los mismos a 2 años (entre -.06 y .08). Estas dos dimensiones también mostraron una relación estadísticamente significativa con otras medidas del funcionamiento adolescente, como el rendimiento académico, expectativas educativas, uso de sustancias y conductas delictivas (entre -.16 y -.24).

Finkelstein, Donenberg y Martinovich (2001), en un estudio realizado en Estados Unidos con 116 adolescentes usuarias de servicios de salud mental, de manera contraria a los estudios previamente referidos, señalan al control materno firme diferencialmente asociado a síntomas depresivos en mujeres adolescentes de diferentes grupos étnicos. De tal manera que el alto nivel de control en mujeres afro-americanas predijo un menor número de síntomas depresivos, a diferencia de lo que sucedió en la población caucásica o latina. Situación que se explicaron por la existencia de distintos valores culturales, que establecen diferentes expectativas en el rol femenino y que se reflejan en los estilos parentales de crianza infantil y síntomas depresivos.

En apoyo a los resultados ya señalados, Finkenauer et al. (2005) agregan que cuando los padres establecen un patrón de conducta adaptativo reducen los problemas de conducta adolescente como la delincuencia y agresividad, al igual que

los problemas emocionales como depresión y baja autoestima, ya que una conducta parental adaptativa, caracterizada por elevada aceptación y bajo control psicológico, que promueva el autocontrol de los hijos, provee a los adolescentes de las habilidades que les ayudarán a prevenir ellos mismos el desarrollo de problemas psicosociales. Estos autores postulan especialmente al autocontrol, como una de esas habilidades de adaptación que median entre el esfuerzo parental y la conducta adolescente. Autocontrol que es reflejado por la capacidad interna para regular a la baja o desalentar emociones, pensamientos, impulsos y conductas desadaptadas en pro de su contraparte. Lo que corroboraron estos autores en un estudio con 1359 adolescentes de 10-14 años, donde se pretendía averiguar si la conducta parental afectaba los problemas psicosociales de manera directa o indirecta, mediante la influencia mediadora del autocontrol. Estudio en el que con base en los criterios de Baron y Kenny para la consideración del efecto mediador, encuentran mediante un análisis de correlación de Pearson, una correlación estadísticamente significativa entre la aceptación paterna y el estado de ánimo depresivo, estrés y autoestima (-.20, -.29, .28, $p < .001$, respectivamente). También encontraron una correlación estadísticamente significativa entre el control psicológico y los tres problemas emocionales señalados (.21, .28, -.21, $p < .01$, respectivamente). Depresión que a su vez correlacionó de manera significativa con los niveles de estrés (.64, $p < .01$), de autoestima (-.48, $p < .01$) y autocontrol (-.45, $p < .01$).

En la relación padres hijos, un factor especialmente analizado por Gracia, Lila y Musitu (2005) en un estudio con 444 familias consideradas como de alto o bajo riesgo, es el impacto que el rechazo parental tiene sobre las relaciones padres-hijos. Estudio donde encuentran que las características de personalidad de los niños y niñas rechazados por sus padres difieren significativamente de las de los niños con

padres con los que la relación no es disfuncional. De tal manera que los niños rechazados reaccionan con manifestaciones hostiles y agresivas, tienen escasa confianza en otros y son poco responsivos emocionalmente. También muestran sentimientos de baja autoestima, aceptación y competencia, además de percibir el mundo como un lugar inseguro, amenazador y hostil. Por otra parte, señalan que los padres que exhiben rechazo parental perciben a sus hijos con más problemas de ajuste psicológico y social en general, entre los que se encuentra la ansiedad ($F = 35.59, p < .001$), depresión ($F = 109.24, p < .001$) e incomunicación ($F = 81.33, p < .001$) entre otros.

Dietz et al. (2008) compararon también el tipo de interacción madre-hijo de niños de 8 a 17 años, los cuales estaban deprimidos, en alto riesgo de depresión o eran controles normales. En dicho estudio encontraron que las madres de los adolescentes deprimidos se mostraron menos enganchadas, activas e involucradas con sus hijos durante la discusión y solución de problemas que las madres de los controles, a la vez que sus hijos mostraron durante la interacción niveles más altos de afecto negativo y menos interacciones positivas que en los controles, sobre todo cuando existía comorbilidad con trastornos externalizados, interacción que persistió al paso del tiempo pese a la remisión de los síntomas depresivos, lo que puede contribuir al inicio temprano de episodios depresivos. Resultados similares son informados por Lindelöw (1999) quien en un estudio prospectivo, encontró que niños que a los 10 años no habían experimentado una interacción materna positiva, caracterizada por comunicación regular y reforzamientos positivos, existió una asociación significativa con síntomas depresivos 20 años después ($t = 3, p = .00$).

Estévez, Musitu y Herrero (2005), en un grupo de 1068 adolescentes, de entre 11 y 16 años, analizaron el efecto diferencial de la comunicación con el padre y

con la madre en el ajuste psicológico del adolescente. Los autores encuentran así, que a mayor edad, tanto los adolescentes masculinos como femeninos, presentan más problemas de comunicación con ambos padres. Problemas de comunicación que se asocian con la presencia de más síntomas depresivos y estrés ($\beta = -.32$ para la madre y $\beta = -.33$ para el padre, $p < .001$), mientras que la comunicación abierta se asocia positivamente con la autoestima escolar de los hijos ($\beta = .22$ para la madre y $\beta = .16$ para el padre, $p < .001$), y de manera negativa con el malestar psicológico ($\beta = -.14$, $p < .001$). Señalan además, que la comunicación negativa se relaciona con problemas de victimización y ésta a su vez con el grado de malestar de los adolescentes.

En situaciones particulares como el divorcio, Videon (2002) encontró en estudio de seguimiento con adolescentes de secundaria y bachillerato, que la separación de los padres y el quien se haga cargo de los hijos después de ello, no influye en su depresión, no obstante lo que si se asocia a depresión en las hijas es el tipo de relación que tienen con el padre más que con la madre, en la etapa previa al divorcio.

Estudios recientes no encontraron asociación entre el tipo de relación padres-hijos con el desarrollo de depresión o ansiedad, como el estudio de Overbeek, Stattin, Vermulst, Ha & Engels (2007), quienes en análisis multivariados con un modelo de ecuaciones estructurales encontraron que la baja calidad afectiva de la relación padres-hijos en la infancia (4 a 10 años) se relacionó con niveles altos de conflicto y baja comunicación entre padres e hijos durante la adolescencia (15 a 17 años), lo cual a su vez se vinculó a una baja calidad de la relación con los pares en la adultez temprana (25 años) e insatisfacción con la vida en la adultez media (37 años), pero no con depresión o ansiedad.

Finalmente, un meta-análisis de 45 estudios publicados entre 1985 y 2005 en PsychInfo y que evaluaron el papel de la parentalidad (definida como la conducta hacia los hijos informada por los padres, hijos u otros observadores) en el desarrollo de la depresión infantil en menores de 19 años, realizado por McLeod, Weisz y Wood (2007), reveló que la parentalidad negativa en general contribuyó a explicar el 8% de la varianza de la depresión infantil, con una magnitud del efecto moderada de .28, en contraste con el 40% de contribución de la heredabilidad. El tamaño del efecto no estuvo influido por variables como la edad, género de los hijos o los padres, etnicidad, tamaño y composición familiar, lugar de conducción del estudio o tipo de población urbana o rural donde se condujo el estudio, sólo se encontró un efecto significativo respecto al nivel educativo de los padres ($r = .72$, $p < .01$, $n = 12$). El rechazo parental, principalmente a expensas de ausencia de calidez (.28) y presencia de aversión hacia los hijos (.33), resultó la variable más asociada con la depresión infantil, ya que contribuye a minar la autoestima de los hijos y crear un sentimiento de inutilidad, además de favorecer la creación de auto-esquemas negativos, aspectos todos ellos que constituyen los cimientos de la depresión. El control parental sólo contribuyó con el 5% de la varianza con una magnitud del efecto pequeña (.23). No obstante, los autores señalan que la variabilidad en la forma de medición de las variables por los diferentes estudios también contribuyó a determinar esta asociación, así por ejemplo, la asociación entre parentalidad y depresión fue más fuerte (.20) cuando se contaba con un solo informante que con múltiples informantes (.23). En contraste con estos hallazgos, los autores destacan que, según estudios empíricos, la heredabilidad contribuye a explicar el 40% de la varianza de la depresión infantil, mientras que la herencia contribuye entre el 36 a 60%, sin dejar por ello de ser significativo el papel de la parentalidad.

Reitz, Decovic y Meijer (2006) señalan, en un seguimiento a un año de 650 adolescentes, que tanto la conducta parental como la conducta de los hijos funcionan como predictores de problemas internalizados, evaluados con el YSR. Así, adolescentes con altos niveles de problemas internalizados presentaron una percepción más elevada de sobre involucramiento familiar, la cual condujo a un mayor nivel de los trastornos internalizados. En contraste, los adolescentes con bajo nivel de problemas internalizados, que percibieron un bajo nivel de involucramiento parental, aumentaron con el tiempo su nivel de problemas internalizados. Por otra parte, en adolescentes con problemas de conducta, que percibieron un nivel elevado de severidad en la actitud parental, también se incrementaron al paso del tiempo los problemas internalizados. Resultados que obligan a tener siempre presente la interacción que se da entre los diversos factores de riesgo para el desarrollo de la depresión.

2.4.4. Percepción de la experiencia familiar

Millikan et al. (2002) señalan que las alteraciones en el funcionamiento familiar pueden ser o no “reales”, por lo que un modelo completo para explicar el impacto de la vida familiar en los síntomas de los adolescentes debe considerar la percepción que éstos tienen de su experiencia dentro de la familia, ya que la percepción subjetiva de sus relaciones familiares está más vinculada al auto-informe de síntomas internalizados (depresión) que las percepciones semiobjetivas. De esta manera, datos empíricos señalan que los adolescentes con características de personalidad como el neuroticismo (con base en el inventario de personalidad de Eysenk) tienden a establecer atribuciones negativas, y son el predictor más importante de la percepción del funcionamiento familiar.

2.4.5. *Funcionamiento familiar*

Leyva, Hernández, Nava y López (2007) llevaron a cabo un estudio observacional, prospectivo y transversal, con 252 adolescentes de entre 15 y 19 años, en quienes estudiaron la asociación entre depresión y funcionamiento familiar, en el que encuentran que la depresión se presenta con más frecuencia en el tipo de familia descrito por ellos como rígidamente dispersa.

Estas familias, a decir de los autores, se caracterizan en el aspecto de rigidez por: liderazgo autoritario, fuerte control parental; disciplina estricta, rígida, de aplicación severa y autocrática, en la que los padres imponen las decisiones, con roles estrictamente definidos, sin posibilidad de cambio. En el aspecto de dispersión: por extrema separación emocional, falta de lealtad familiar, poco involucramiento e interacción entre sus miembros, correspondencia afectiva infrecuente, falta de cercanía parento-filial, separación personal, toma de decisiones independiente, interés focalizado fuera de la familia, intereses desiguales y recreación llevada a cabo individualmente. Pero no hacen una distinción del peso entre las variables individuales, algunas de las cuales coinciden con los factores de riesgo mencionados por Repetti et al. (2002) y el tipo de relación familiar señalado anteriormente.

Pese a toda la evidencia que sustenta el papel de los padres en el desarrollo y/o mantenimiento de los trastornos depresivos en los adolescentes, Rutter (1985) subraya la dificultad que representa la valoración de los resultados negativos en la investigación sobre la relación entre las prácticas de crianza y las consecuencias en los hijos, ya que el hecho de que una variable determinada no produzca un efecto mensurable en el contexto de una constelación de variables asociadas, no quiere decir que no lo produzca en otra variable. Tampoco significa que al no encontrar

efecto en un tiempo determinado, no pueda suceder éste en otro momento, o que la significación de su ocurrencia sea la misma en diferentes momentos del desarrollo.

2.5. Factores contextuales

En el aspecto ambiental, las ocupaciones y preocupaciones fuera de la familia también tienen un efecto bidireccional. La pertenencia a una clase social baja o pobreza son uno de los factores que en mayor medida se ha asociado al desarrollo de depresión (Rutter, 1985), así por ejemplo, Grant et al. (2003) en un meta-análisis de 46 estudios entre 1987 y 2001, encontraron que la parentalidad negativa, caracterizada por dureza en la crianza, rechazo, falta de apoyo y de consistencia en la disciplina, fue la que medio la correlación entre la pobreza y el desarrollo de síntomas internalizados a corto plazo ($r = .29, p > .01$), aunque con una correlación menor a la existente entre la pobreza y su efecto sobre el desarrollo de trastornos externalizados a largo plazo ($r = .55, p < .01$), la cual fue 3 veces mayor.

Las diferentes prácticas culturales que pueden crear eventos depresogénicos, el impacto de los cambios sociales y los cambios seculares en la proporción de la psicopatología también se han asociado al surgimiento de la depresión, así como los cambios en la estructura familiar, como en el caso de las madres solteras y los problemas asociados a ello (violencia, infidelidad, abandono, problemas financieros, etc.), así como otros factores como el impacto de la depresión sobre la salud física (Brown, 2002).

Otros factores relacionados con el desarrollo de enfermedad mental son las condiciones de vida inseguras, el abuso físico y sexual, la pérdida parental por muerte o divorcio (Dopheide, 2006).

Resumen

Este capítulo refleja el carácter complejo del TDM, ya que se trata de un trastorno de etiología multicausal, el cual involucra un aspecto transaccional de interacción recíproca, multidireccional y en cascada, de variables predisponentes y precipitantes de tipo biológico, psicológico y social.

A nivel biológico se menciona la existencia de alteraciones genéticas relacionadas con los mecanismos de producción, transportación, activación o regulación de la función de diversos neurotransmisores, así como la expresión de estas alteraciones genética moderada por influencias medioambientales. A este mismo nivel se señala la relación que se ha encontrado entre la depresión y algunos cambios en la anatomía y funcionalidad electroquímica y hormonal de diversas estructuras del sistema nervioso central (hipocampo, cíngulo, corteza pre-frontal).

A nivel psicológico se menciona la existencia diversas teorías que atribuyen el surgimiento de la depresión a la existencia de diversas alteraciones cognitivas, ideosincrásicas e inflexibles, que influyen en el manejo de las experiencias de vida negativa o estresantes. Alteraciones que pueden reflejar fallas en el procesamiento de la información, en los estilos de respuesta individual (rumia), déficits en las capacidades de auto-observación, auto-evaluación o autorrefuerzo, en el mantenimiento del equilibrio entre afecto positivo y negativo, así como en el desarrollo de habilidades propias de la edad, y en el efecto de los diferentes tipos de aprendizaje social (operante, clásico, vicario), entre otras.

A nivel social se destaca el papel que se atribuye al funcionamiento familiar, y en particular a los estilos de crianza y relación padres-hijos, en el modelado y moderación del desarrollo adolescente y para el surgimiento de la psicopatología, en interacción con otras influencias extrafamiliares. Dentro de los factores

principalmente asociados al surgimiento de la depresión se encuentran los estilos de crianza parental caracterizados por la falta de calidez y cargados de hostilidad, agresión, rechazo, negligencia y falta de disponibilidad hacia los hijos.

Se menciona también el efecto de la psicopatología de los padres, así como el efecto de otros aspectos de índole individual del adolescente, los cuales pueden influir en el surgimiento o mantenimiento del cuadro depresivo. Entre dichos aspectos se resalta el sexo, la existencia de patología comórbida, los trastornos de personalidad, la capacidad de auto-control, la orientación adoptada en la resolución de problemas, etc.

Un hecho importante a concluir en la revisión de este capítulo es que la predisposición a deprimirse en este grupo de edad, y en todos los seres humanos, no está determinada de igual manera, ya que como se señaló existe un amplio espectro de factores de riesgo que obligan a evaluar y personalizar aquellos propios de cada sujeto en lo individual y en su contexto, reconociendo por ende las limitaciones de la aplicabilidad de los conocimientos específicos aportados por la evidencia empírica, y la necesidad de una evaluación minuciosa que conduzca a la selección de una plan de intervención a la medida, como se vera en el siguiente capítulo.

Capítulo 3. Evaluación de la depresión en adolescentes

3.1. *Búsqueda de tratamiento*

Coghill y Usala (2006) y Oster y Caro (1990), señalan que pese al conocimiento acumulado sobre la depresión en la adolescencia, ésta sigue siendo un trastorno cuya sintomatología frecuentemente no se detecta ni trata debido a diversas circunstancias, como considerarla parte del desarrollo normal adolescente, o consecuencia normal de un evento de vida negativo, o como un rasgo de carácter del adolescente, el cual puede ser etiquetado como flojo o manipulador.

Caraveo, Colmenares y Martínez (2002) atribuyen esta falta de atención a la sintomatología depresiva a que existe en general un probable desconocimiento de la importancia de algunas manifestaciones psicopatológicas que se presentan en la infancia y la adolescencia, hecho que es documentado por Logan y King (2002) quienes en un estudio realizado con adolescentes con trastorno depresivo en el último año, de entre 12 y 18 años, observaron que el 79% de los padres falló en reconocer al menos un síntoma de depresión en sus hijos y solamente el 5% reconoció un número suficiente de síntomas para integrar el diagnóstico de depresión. Encontraron también que, en el caso de las mujeres en particular, la buena comunicación con los padres constituyó el mejor predictor de identificación de los síntomas depresivos y del uso de servicios. Logan y King, atribuyen la falta de habilidad de los padres en el reconocimiento de los síntomas depresivos de los hijos a características propias de éstos, como aislamiento, desesperanza e impotencia. No obstante Rice et al. (2007) encontraron que la depresión materna no fue un factor significativo para el reconocimiento de los síntomas depresivos en los hijos.

En un seguimiento a ocho años Sourander y Helstelä (2005) coinciden con Logan y King (2002) al sugerir que la carga impuesta por el problema de salud

mental de los jóvenes sobre la familia es el predictor más poderoso para la identificación parental de la depresión y búsqueda de tratamiento, con lo cual corroboran la afirmación de Caraveo et al. (2002) sobre que son las necesidades del adulto, más que las del menor, los elementos determinantes en la búsqueda de atención. De esta manera los padres pueden contribuir al diagnóstico o sub diagnóstico de los adolescentes (Oster & Caro, 1990), por lo que es primordial facilitarles las herramientas psicoeducativas necesarias que les permitan reconocer y enfrentar la depresión de sus hijos.

Un estudio epidemiológico realizado en el 2005 con una muestra representativa de adolescentes entre 12 y 17 años del área metropolitana de la ciudad de México, reveló que la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en los últimos 12 meses fue de 4.5% para el trastorno depresivo mayor (TDM) y de 0.5% para la distimia, con un predominio de casos moderados (54%) y severos (41%) sobre los casos leves (5%) en el TDM, y predominio de casos moderados (51%) en la distimia respecto a casos graves (49%), no obstante, en conjunto con otros trastornos psiquiátricos evaluados, menos del 14% de los adolescentes recibieron algún tipo de tratamiento, el cual cuando estuvo presente corrió principalmente a cargo de los sistemas de salud (6.1%) y estuvo directamente relacionado con el nivel de severidad del trastorno ya que los casos severos recibieron mayor atención (19%) que los casos moderados (13%) o leves (10%), sin encontrar alguna característica socio demográfica correlacionada con ello, salvo el nivel educativo de los padres cuando fue de primaria o menor (Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano & Aguilar-Gaxiola, 2009). Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco y Wang (2008), retoman los resultados del estudio de Benjet et al. y puntualizan que los adolescentes con cualquier trastorno del estado de ánimo

ocuparon el primer lugar en el uso de servicios de salud (13.7%) respecto a otras patología como uso de drogas (13.3%), trastornos del control de los impulsos (13.7%) o trastornos de ansiedad (8.7%), y el segundo lugar (19.3%) en acudir a cualquier tipo de tratamiento (servicios médicos generales, atención humanitaria, medicina alternativa, terapia o consejería escolar, etc.). Borges et al. señalan también que en caso de los adolescentes que acudieron a cualquier servicio de salud por trastornos afectivos, sólo el 36.8% recibió en el último año un tratamiento considerado como mínimamente adecuado (ocho o más visitas de psicoterapia, cuatro o más visitas a consulta, 30 o más días de toma de medicamento), para lo cual el único factor correlacionado de manera significativa fue el que los adolescentes fueran estudiantes activos (OR = 2.68), si bien el ser mujeres y tener padres con un mayor nivel educativo aumentó la probabilidad de hacer uso de los servicios, sin encontrar correlación entre el uso de servicios o su calidad con el nivel socioeconómico.

Boyd et al. (2006) señalan como algunas de las principales barreras psicológicas para asistir a tratamiento: a) la falta de motivación que resulta en ausentismo, b) barreras logísticas como la transportación, comida cuidado de los hijos y los horarios escolares, c) la falta de preparación de los profesionales con quienes los padres tienen contacto, para proveer una consulta basada en datos sobre la parentalidad y la conducta infantil, d) la incapacidad de una gran cantidad de programas para manejan diferentes niveles de intensidad, y diferentes formatos acordes a las necesidades y preferencias de las familias, e) la poca diseminación de los escasos estudios de intervención basados en datos, y f) la estigmatización.

Aunado a la problemática de la baja utilización de servicios por los adolescentes con trastornos del estado de ánimo, está la del abandono de los

mismos. Reneses, Muñoz y López-Ibor (2009) definieron este constructo como la interrupción unilateral del tratamiento por el paciente sin restablecer contacto con los servicios de atención en los siguientes 6 meses, e informan que en adultos la proporción de abandono de tratamiento de pacientes psiquiátricos de consulta externa fluctúa entre el 20% y 60%, sobre todo en la primera cita, con una probabilidad mayor de abandono en los pacientes más jóvenes (18 a 32 años, 58%). Entre los principales factores asociados a una mayor probabilidad de abandono de tratamiento encontraron el que los pacientes no estuvieran casados (53%), que vivieran solos (54%) o con su familia biológica (56%) y el que estuvieran desempleados (57%) o fueran estudiantes (55%). Los más bajos niveles de adherencia los observaron en pacientes con trastornos de alimentación (67%), con consumo de alcohol y drogas (62%) y en trastornos de personalidad borderline (55%), así como en aquellos pacientes que sólo recibían psicoterapia individual (55%) o grupal (64%), a diferencia de los que sólo recibían manejo farmacológico (45%). Finalmente, estos autores también encontraron que el porcentaje de abandono del tratamiento no dependió del tipo de profesional que brindara la atención ni de su experiencia profesional, pero sí del número de proveedores de servicio participantes, siendo mayor el abandono en los casos que participaba más de un terapeuta (59%). Si bien estos últimos datos corresponden a población adulta, algunos de estos factores podrían ser considerados como parte de las características de la población de los adultos encargados de llevar a tratamiento a los adolescentes o de éstos mismos.

En niños Chasson, Vincent y Harris (2008) señalan que la literatura informa de niveles de abandono de tratamiento entre el 60% y 70%, pero sin especificar los factores involucrados en ello, por lo que ellos condujeron un estudio en 99 niños y

adolescentes víctimas de trauma, en el que encontraron como principal factor pronóstico de abandono de tratamiento a la severidad de la sintomatología previo a la conclusión de dicho tratamiento, sin relación con la severidad inicial de la misma en el pre-tratamiento, lo cual es otro factor a tener en consideración.

3.2. *Diagnóstico*

El llevar a cabo un adecuado plan de tratamiento para la depresión adolescente requiere de la elaboración de un buen diagnóstico. Diagnóstico que se torna especialmente difícil en esta etapa de transición, por los cambios en los estados de ánimo y el desajuste conductual que la caracterizan y que ocurren de manera conjunta con el trastorno del estado de ánimo subyacente, aunado a la posible comorbilidad que lo acompaña (Oster & Caro, 1990).

El segundo consenso de tratamiento realizado en Estados Unidos para el manejo de la depresión mayor en niños y adolescentes, que incorpora los hallazgos de investigación más recientes, el consenso de clínicos expertos y las recomendaciones de la FDA, culminaron con el algoritmo de Texas del 2005, el cual a la etapa de evaluación diagnóstica como la etapa cero de dicho algoritmo de tratamiento (Hughes et al., 2007).

La evaluación diagnóstica integral incluye: a) historia completa del desarrollo para detectar alteraciones, distorsiones o desviaciones con base en el desarrollo esperado para un adolescente, dadas sus características biológicas, psicológicas, sociales y culturales, b) evaluación del funcionamiento y grado de apoyo familiar, así como la presencia de psicopatología en los padres, c) examen físico y mental actual, d) historia pasada y presente de eventos estresantes, e) evaluación del funcionamiento y habilidades escolares y sociales, f) exploración de comportamiento

suicida, actos auto lesivos, conducta impulsiva o ideas homicidas (presentes en un tercio de pacientes una semana previa al suicidio), g) indagar sobre consumo de sustancias psicoactivas, h) evaluación de la interacción del adolescente con su ambiente, i) cumplimiento de los criterios diagnósticos establecidos en los manuales de clasificación de los trastornos mentales y j) el monitoreo y evaluación sistemática de la depresión y su sintomatología o factores asociados mediante instrumentos de medición o tamizaje, estructurados, semi-estructurados o de auto-informe (AACAP, 2007; Coghill & Usala, 2006; Hughes, 2007; Lewinshon et al., 2002; Salles, 2001).

Uno de los puntos más importantes de referencia utilizados para el diagnóstico de la depresión se basa en las categorías diagnósticas establecidas en el DSM IV-TR donde se requiere, como ya fue señalado en la primera parte, de la presencia de cuando menos 5 síntomas depresivos, durante mínimo 2 semanas, con persistencia más allá de 2 meses, dos de los cuales deben ser el estado de ánimo depresivo o irritable y la pérdida de interés o de la capacidad para el placer, aunado a cambios en los patrones de sueño y alimentación, alteraciones en la psicomotricidad, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamiento recurrente de muerte o suicidio. El episodio puede ser único o recidivante.

En el caso de la distimia se considera como criterios diagnósticos, la presencia de un estado de ánimo depresivo crónico o irritable la mayor parte del día y de los días, durante al menos 1 año para los adolescentes, aunado a por lo menos dos o más síntomas como pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultad para concentrarse o tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Sin estar libres de estos síntomas durante más de 2 meses seguidos, ni haber presentado un episodio depresivo

mayor durante el primer año de la alteración. En los adolescentes, este trastorno se considera de inicio temprano, ya que inicia antes de los 21 años.

Tanto para el trastorno depresivo como para la distimia, los síntomas representan cambios respecto a un nivel de actividad previa, no son resultado de otro trastorno físico o mental o del consumo de alguna sustancia, y causan un malestar y deterioro clínico significativos en diferentes áreas de funcionamiento del individuo, sin estar asociado en ninguno de los casos a un episodio maniaco (APA, 2002).

Un aspecto central es la realización de un adecuado diagnóstico diferencial y evaluación de la psicopatología comórbida para decidir el tipo de tratamiento indicado en cada caso, ya sea farmacológico, psicoterapéutico o con el uso de otras alternativas de tratamiento no medicamentosas como puede ser la psicoeducación o el entrenamiento en el manejo de los estilos de vida que contribuyen a apoyar la adaptación durante la adolescencia (AACAP, 2007; Hughes et al., 2007; Salles, 2001).

Es importante también lograr una adecuada alianza terapéutica que asegure la participación y cooperación de la familia para incrementar la posibilidad de apego y éxito del tratamiento, además de identificar los factores individuales, familiares y ambientales que potencialmente pueden influir o disminuir los procesos psicopatológicos. Alianza que deberá extenderse a otros médicos y personal participante en el proceso de atención del paciente, así como a sus maestros o educadores (AACAP, 2007; Salles, 2001).

3.3. *Psicometría de la depresión en adolescentes*

Los avances conceptuales respecto a la depresión en niños y adolescentes en los 80 se acompañaron paralelamente de los avances en la investigación y evaluación de la depresión mediante instrumentos clinimétricos (Myers & Winters, 2002). Algunos autores mencionan que las entrevistas estructuradas o semiestructuradas y los auto-informes, son los instrumentos más utilizados para la investigación en el establecimiento del diagnóstico y medición de la gravedad actual de la depresión (Apiquián, Fresán & Nicolini, 2000; Curry & Craighead, 1993, Molina, 2001).

Algunos de los instrumentos que han sido especialmente utilizados en la evaluación diagnóstica y de la severidad de la presión en adolescentes comprenden:

3.3.1. *Entrevistas semi-estructuradas*

Interview Schedule for Children (ISC). Entrevista desarrollado por Kovacs en 1985, para aplicarse de los 8 a 17 años por un clínico con adiestramiento de 6 meses. Cuenta con versiones para padres y niños que requieren entre 90 y 120 minutos, y 45 y 60 minutos para su aplicación, respectivamente. No se dispone de una versión en español (Curry & Craighead, 1993; De la Peña et al., 1998).

Child Assessment Schedule (CAS). Entrevista desarrollada por Hodges et al. en 1978, la cual consta de 75 reactivos y requiere de 45 minutos para su aplicación. Se basa en los criterios del DSM-III y cuenta con una adecuada validez concurrente y discriminante en estudios realizados en E.U. (Curry & Craighead, 1993).

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children- Present and lifetime version (K- SADS-PL). El K-SADS-PL es una entrevista diagnóstica semi-estructurada diseñada para evaluar episodios actuales y pasados

de psicopatología en niños y adolescentes de acuerdo con los criterios DSM III y DSM IV la cual fue originalmente desarrollada por William Chambers y Joaquim Puig-Antich en 1978. Los diagnósticos principales que evalúa incluyen: depresión mayor, distimia, manía, hipomanía, ciclotimia, bipolar, esquizoafectivo, esquizofrenia, esquizofreniforme, psicosis reactiva breve, pánico, agorafobia, ansiedad de separación, evitativo de la infancia y adolescencia, fobia simple, fobia social, ansiedad excesiva, ansiedad generalizada, obsesivo compulsivo, déficit de atención con hiperactividad, conducta desafiante oposicionista, enuresis, encopresis, anorexia nervosa, bulimia, tics transitorios, G. Tourette, tics motores o vocales crónicos, abuso de alcohol, abuso de sustancias, estrés postraumático y trastornos de ajuste adaptativos. Debe ser aplicada por un clínico altamente calificado y familiarizado con los criterios del DSM IV, y es el instrumento de diagnóstico clínico más utilizado en investigación (Curry & Craighead, 1993; De la Peña et al., 1998; Ricardo, Galindo, Serra, Reyes & De la Peña, 2004; Ulloa et al., 2006).

Ulloa et al. (2006) tradujeron y adaptaron la versión México, y evaluaron la fiabilidad inter evaluador de esta versión con 40 pacientes psiquiátricos entre 6 y 17 años en la cual obtuvieron un coeficiente Kappa de Cohen para el trastorno depresivo mayor de $K = .76$, ansiedad $K = .84$, trastorno por déficit de atención con hiperactividad $K = .91$ y para el trastorno de conducta $K = 1$, lo que demuestra que es un instrumento confiable para la evaluación de la psicopatología en niños y adolescentes.

El K-SADS-PL se administra entrevistando al padre (s), al niño/adolescente y completando los sumarios que incluyen todas las fuentes posibles de información. La aplicación del instrumento requiere que se complete: a) una entrevista introductoria no estructurada, b) una entrevista diagnóstica de tamizaje, c) el listado

de sus cinco suplementos, que se eligen y aplican cuando se cumplen los criterios del DSMIV para algún trastorno, d) el resumen del listado diagnóstico a lo largo de la vida y e) la escala de evaluación global de niños (C-GAS).

La mayoría de los reactivos se evalúa usando una escala del 0-3, 0 = sin información disponible, 1 = síntoma no presente, 2 = subumbral y 3 = umbral, el resto de los reactivos se califica en una escala del 0-2, donde 0 = sin información, 1 = no y 2 = sí. La entrevista debe ser realizada por el mismo entrevistador con el adolescente primero y posteriormente con el padre, y con base en la información obtenida se establece el mejor juicio clínico para cada síntoma presente y pasado. El clínico determina en un sumario final si el síntoma está ausente, es probable o es definitivo (Ricardo et al., 2004; Ulloa et al., 2006).

Entrevista Semi-estructurada para Adolescentes (ESA). Esta entrevista se basa en los criterios DSM IV, es aplicada en 60 a 90 minutos por clínicos entrenados, y consta de 21 apartados, con 243 preguntas, distribuidos en cuatro partes. Las cuatro partes incluyen a) los datos de identificación general del adolescente y su padecimiento actual, b) la exploración de los síntomas de diferentes psicopatologías, c) el interrogatorio a los padres sobre antecedentes perinatales, del desarrollo, patológicos y familiares, y c) una entrevista sólo con el adolescente para explorar desarrollo psicosexual, abuso físico o sexual y consumo de sustancias. Incluye la aplicación de la escala de funcionamiento psicosocial Life-Mex, la cual evalúa el funcionamiento en obligaciones, en las relaciones interpersonales y actividades recreativas, así como una valoración global. De la Peña et al. (1998), encontraron un coeficiente de correlación interevaluador para trastorno depresivo mayor $K = .92$ y para distimia de $K = .81$, los coeficientes de correlación temporal para estos dos diagnósticos fueron $K = .59$ y $K = .40$

respectivamente. Los índices de correlación interevaluador y temporal para la escala de funcionamiento psicosocial Life-Mex fueron de $K = .81$ y $K = .72$ respectivamente (De la Peña et al., 1998).

3.3.2. Entrevistas altamente estructuradas

Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). Desarrollada originalmente por Herjanic y Reich en 1982, con base en los criterios del DSM-III y del ICD-9. Cuenta con una versión en español para el DSM-III-R, con versiones para padres y niños o adolescentes. Se puede aplicar de los 6 a 17 años. Requiere de 60-90 minutos para la aplicación de cada una de sus versiones. Pese a que tiene una buena confiabilidad test-retest, muestra una débil concordancia entre padres e hijos, y principalmente se ha observado que sobrediagnostica la depresión en comparación con las evaluaciones clínicas (Curry & Craighead, 1993; De la Peña et al., 1998).

Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC). Entrevista desarrollada por Costello et al. en 1984, la cual cuenta con una versión para padres y otra para niños. Evalúa el último año y se aplica de los 6 a 18 años; toma de 40-60 minutos administrar cada versión las cuales constan de 760 reactivos, con una versión en español para el DSM IV. Requiere de entrenamiento por 3 a 4 días para su aplicación. La versión de los padres tiene una buena validez discriminativa pero solo para depresión severa, pero no para niveles leves o moderados, con validez más débil en la versión para niños (Curry & Craighead, 1993; De la Peña et al., 1998).

Composite International Diagnostic Interview-Auto (CIDI-A). Es la versión informatizada del CIDI, desarrollada en 1992 por el centro de Sidney, la cual proporciona datos sobre prevalencia a lo largo de la vida y en los últimos 12 meses

previos al estudio de los diferentes trastornos psiquiátricos. La entrevista posee una estructura modular que permite su aplicación global o de áreas específicas y puede ser utilizada por entrevistadores sin conocimientos psicopatológicos. Incluye 15 secciones y en su apartado de depresión consta de 78 preguntas dicotómicas que identifican la presencia y gravedad de los síntomas depresivos. Las puntuaciones obtenidas son analizadas a través de un programa informático capaz de elaborar diagnósticos CIE-10 o DSM. Se ha utilizado en México para la realización de estudios clínico-epidemiológicos para diagnosticar trastornos depresivos (Caraveo-Anduaga, Martínez, Saldivar & Saltijeral, 1988).

3.3.3. Instrumentos de auto-informe

Children Depression Inventory (CDI). Instrumento desarrollado por Kovacs en 1992 como extensión del Inventario de Depresión de Beck, se aplica en 20 minutos a niños de 7 a 18 años y consta de 27 reactivos, con un rango de puntuación que va de 0 a 54. Evalúa las dos semanas previas a su aplicación y requiere para su comprensión de un nivel educativo de tercero de primaria. Aunque es una medida confiable para evaluar sintomatología actual, no se recomienda su uso como prueba diagnóstica única, más bien se sugiere su uso como instrumento de tamizaje o para evaluar la severidad de los síntomas. Se refiere que tiene una adecuada consistencia interna, pero una confiabilidad test-retest altamente variable, con poca concordancia entre los adultos y niños. Tiene adecuada validez concurrente con otras escalas y adecuada validez predictiva para el funcionamiento futuro. Se menciona que muestra sensibilidad variable a los cambios terapéuticos y problemas en su validez discriminativa con un gran número de falsos negativos (Curry &

Craighead, 1993; Myers & Winters, 2002). Además, cuenta sólo con una adaptación española de Del Barrio, Roa, Olmedo y Colodrón (2002).

Depression Self-Rating Scale (DSRS). Escala desarrollada por Birlleson en 1981 la cual consta de 18 reactivos que evalúan síntomas cognitivos, conductuales y afectivos de la depresión en la última semana, por lo que es la escala de autoevaluación disponible más corta. Muestra baja consistencia interna en población clínica, y las mujeres tienden a puntuar más alto que los hombres. Presenta en general una buena validez total pero con baja sensibilidad y baja capacidad discriminativa en los casos límite (Curry & Craighead, 1993; Myers & Winters, 2002). En México fue traducida y validada para su uso con adolescentes por De la Peña et al. (1996).

Center for Epidemiological Studies Depressive Scale for Children (CES-DC). Escala elaborada por Radloff en 1977 la cual en su versión original tiene 20 reactivos y ha sido ampliamente utilizada con población clínica de adolescentes para evaluar depresión en la semana previa. En los adolescentes ha mostrado una adecuada consistencia interna y estabilidad temporal. Algunos autores señalan como limitaciones que tiene poca validez discriminante, así como poca sensibilidad y especificidad, por lo que incluso se considera más como una medida de psicopatología general que de depresión (Myers & Winters, 2002). Benjet y Hernández (1999), en un estudio realizado con 1,167 niños y adolescentes mexicanos, evaluaron la validez y confiabilidad del instrumento obteniendo una adecuada consistencia interna y validez concurrente. Estudio que fue completado por González-Forteza, Jiménez, Ramos y Wagner (2008), quienes evaluaron a un grupo de 1549 estudiantes con edad media de 14 años, y concluyen que el CES-D-R presenta una adecuada consistencia interna ($\alpha = .93$) y un poder discriminativo

significativo entre puntajes extremos ($Z = -3.69$, $p < .001$, así como una adecuada validez externa al asociarla con la escala de ideación suicida de Roberts, mostrando una correlación positiva y significativa (Pearson $r = .68$, $p < .001$).

Beck Depression Inventory (BDI). El Inventario de Depresión de Beck es una escala construida originalmente en Estados Unidos por Beck et al. en 1961. Se ha traducido al español, chino, alemán, francés, sueco, árabe, persa y búlgaro, y estandarizado para su uso en otros países. Es una de las escalas más utilizadas en el mundo para medir la severidad de los síntomas depresivos en muestras clínicas y no clínicas de adolescentes, ya que es un instrumento que discrimina entre subtipos de depresión y casos de no casos con buena sensibilidad y especificidad. Muestra baja correlación con trastorno de ansiedad y trastorno de conducta, lo que muestra su capacidad discriminativa. En muestras psiquiátricas el BDI identifica la depresión adolescente de mejor manera que las escalas desarrolladas con muestras no clínicas. Tiene el antecedente de ser una escala con adecuada estabilidad test-retest en intervalos de una semana de aplicación o más, y de mostrar validez concurrente con las escalas de Hamilton, la escala de Zung y la Escala de depresión del MPPI entre .72 y .73 respectivamente (Jurado, et al., 1998; Myers & Winters, 2002).

En México se tradujo y estandarizó mediante tres estudios, siguiendo los lineamientos internacionales para traducir y adaptar instrumentos de evaluación psicológica, en los que se concluyó que cuenta con los requisitos psicométricos mínimos necesarios para su uso como instrumento de evaluación de la depresión, al demostrar su validez de contenido, de criterio y de constructo. Dichos estudios informan un coeficiente alfa de Cronbach de .87, $p < .000$, compatible con el informado en un meta-análisis de la literatura internacional y que apoya el valor transcultural del instrumento. También corroboran en la versión mexicana los tres

factores que presenta el BDI: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteraciones somáticas. Su validez concurrente con la Escala de Zung, mediante el análisis de correlación de Pearson, arrojó un valor $r = .70$, con un nivel de significación $p < .000$ (Jurado et al., 1998).

El BDI es un auto-informe que consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión actual; en cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir la frase, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxime a su estado medio durante la última semana, incluyendo el día en que completa el inventario, de tal manera que cada ítem se califica entre 0 a 3 puntos en función de la alternativa elegida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63, en el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad, mientras que la pérdida de peso (ítem 19) sólo se valora si el sujeto indica no estar a dieta para adelgazar, en caso de que lo esté se otorga la puntuación de 0 en el ítem (Davis et al., 2000; Logan & King, 2002; Plat, 2005; Shaffer, 2005; Siegle et al., 2002). Los puntos de corte establecidos por Jurado et al. (1998) en población mexicana figuran de la siguiente manera: a) población normal (sin depresión): 0-9 puntos, b) depresión leve: 10-16 puntos, c) depresión moderada: 17-29 puntos y d) depresión grave: 30-63 puntos.

Es importante resaltar que el BDI no es una entrevista diagnóstica y puede producir un número elevado de falsos positivos, además de tener poco poder predictivo negativo, por lo que solo se usa para tamizaje y evaluación de la severidad de la depresión después de un diagnóstico adecuado (Myers & Winters, 2002).

Conners-Wells' Adolescent Self-Report Scale (CASS). El cuestionario de reporte personal para adolescentes de Conners-Wells fue publicado en 1997 por Conners. Permite evaluar cambios y resultados ante un tratamiento, y en su versión larga requiere de 15-20 minutos para su aplicación. Evalúa problemas de conducta, cognitivos, de ansiedad y problemas sociales, además de contar con subescalas con base en el DSM IV para el registro de problemas familiares, emocionales, de control del coraje y de hiperactividad. Es aplicable por expertos a sujetos entre los 12 y 17 años, y consta de 87 reactivos tipo Likert. Posee una confiabilidad test-retest de .73 a .89 y una consistencia interna de .75 a .92. Dispone de una versión en español (Conners et al., 1997; Saucedo et al., 2006). *Youth Self-Report (YSR) de Achenbach*. Forma parte del sistema de evaluación basado empíricamente (ASEBA por sus siglas en inglés) de Achenbach, que representa un conjunto de instrumentos estandarizados y multidimensionales para evaluar conductas externalizadas e internalizadas así como el funcionamiento adaptativo desde múltiples perspectivas. Fue publicado por primera vez en 1966 y es el formato auto aplicable a ser llenado por los adolescentes entre los 11 a 18 años de edad, quienes tienen ya la capacidad cognitiva para completar esta forma estandarizada y análoga al CBCL. Las conductas internalizadas que evalúa en el adolescente incluyen depresión y alteraciones psicológicas y somáticas. Puede ser completado por personas sin entrenamiento especializado, ya que sólo requiere de un nivel de lectura de quinto de primaria. Consta de tres factores en cuanto a las conductas internalizadas, que incluyen Ansiedad/Depresión, somático e Introversión/Depresión. Abarca los mismos problemas y competencias en el área de actividades, social y escolar que el CBCL 6/18, pero escrito en primera persona, y cuenta con las mismas propiedades

psicométricas que el CBCL, que se trata más adelante (Achenbach & McConaughy, 2003; Valencia & Andrade, 2005).

3.3.4. Escalas de evaluación clínica

Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD). Es una escala desarrollada por Hamilton en 1960 que se ha usado en adolescentes de 12 a 18 años en estudios de respuesta a tratamiento farmacológico y a intervenciones psicoterapéuticas como la cognitiva conductual. Los pocos estudios controlados para su uso indican una adecuada sensibilidad y utilidad en adolescentes, aunque muestra poca capacidad de discriminación con los trastornos de ansiedad (Myers & Winters, 2002). No cuenta con estudios en población mexicana que hayan validado su uso.

Children Depression Rating Scale (CDRS). Escala desarrollada por Proznanski, Cook y Carroll en 1979 la cual se aplica a niños de 6 a 12 años, aunque la versión revisada se ha usado ampliamente en adolescentes. Los criterios del instrumento difieren de los del DSM, contempla múltiples fuentes de información e integra conductas observadas durante la entrevista. Tiene adecuada consistencia interna y confiabilidad test-retest, además de presentar adecuada validez concurrente con otras escalas y adecuada validez discriminante. También ha sido usada en investigación para evaluar efectos del medicamento y de la psicoterapia (Myers & Winters, 2002).

3.3.5. Instrumentos de informe por los padres

Child Behavior Checklist (CBCL/6-18). El sistema de evaluación basado empíricamente (ASEBA por sus siglas en inglés) de Achenbach, representa un conjunto de instrumentos estandarizados y multidimensionales para evaluar

problemas de conducta y emocionales así como el funcionamiento adaptativo desde múltiples perspectivas. Fue publicado por primera vez en 1966. Puede ser completado por personas sin entrenamiento especializado ya que sólo requiere de un nivel de lectura de quinto de primaria. Los formatos del ASEBA están disponibles en 65 idiomas incluso el español. Consta de diferentes formatos para ser llenados por los padres (CBCL/1½-5, CBCL/6-18 con formato para síndromes basados empíricamente y formato de escalas orientadas al DSM), profesores (TRF) o adolescentes (YSR).

El CBCL /6-18 es el instrumento para evaluar psicopatología en adolescentes más comúnmente utilizado en estudios clínicos y epidemiológicos. Es un listado de 113 posibles síntomas psicológicos incluidos en dos grandes grupos o síndromes: el externalizado (manifestado por problemas observables de comportamiento) y el internalizado (manifestado por síntomas de tipo emocional). El síndrome externalizado consta de tres subgrupos de síntomas (conducta delictiva, conducta agresiva y problemas sociales). El síndrome internalizado incluye cuatro subgrupos de síntomas (Ansiedad/Depresión, aislamiento, somatización y trastornos del pensamiento). Para cada pregunta se circula la respuesta 0 = no es cierto, 1 = algunas veces cierto y 2 = frecuentemente cierto. Las respuestas se basan en el funcionamiento de los seis meses previos, pero pueden cambiarse las indicaciones y ajustarse a periodos más cortos. También evalúa las competencias apropiadas a la etapa de desarrollo, con información del funcionamiento del adolescente en el área deportiva, no deportiva, organización, trabajos y tareas, amigos, relaciones significativas con otros, escuela, juego, y trabajo solo. Los datos obtenidos se registran en un perfil de competencia en el área de actividades, social, escuela y competencia total. Es un instrumento de evaluación inicial que ayuda a decidir la

necesidad de tratamiento, al igual que sirve para evaluar el resultado de las intervenciones o cambio percibido por otros y verificar si el funcionamiento mejora, empeora o permanece igual, incluyendo un amplio rango de competencias y trastornos. Este instrumento también facilita la comunicación entre investigadores permitiendo el avance en el conocimiento de la psicopatología y funcionamiento adaptativo. Se ha utilizado en investigaciones sobre la etiología de los trastornos así como para la evaluación de intervenciones y tratamientos incluidas las terapias grupales, conductuales y el entrenamiento a padres (Achenbach, & McConaughy, 2003).

En México Albores, Lara, Esperón, Cárdenas, Pérez, & Villanueva (2007) determinaron la validez y fiabilidad del CBCL/ 6-18 con perfil orientado al DSM. Este formato fue construido consultando a psiquiatras y psicólogos a nivel mundial para identificar las preguntas consistentes con las categorías diagnósticas particulares del DSM-IV.

Las escalas de registro que contiene son: trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos somáticos, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno oposicionista desafiante y trastorno de conducta (Achenbach, & McConaughy, 2003, 2003). En el trabajo de Albores et al. (2007) se aplicó a 611 menores entre 6 y 18 años, tanto de población general como clínica, y se encontró una consistencia interna elevada con un coeficiente alfa de Cronbach para las escalas de problemas internalizados de 0.90, problemas externalizados de .94 y para el total de problemas de .97. La fiabilidad test-retest evaluada mediante el coeficiente de correlación de Pearson fue de .84 a una semana. El coeficiente de correlación interclase de la escala total de problemas fue de .97. Mediante una curva

ROC se determinó su habilidad para distinguir entre población clínica y población general, con una puntuación de 61 en la escala total.

Estos resultados son similares a los obtenidos por Hernández-Guzmán (2005) quien informa un alfa de Cronbach de .95 para el instrumento total, de .74 para el factor de Ansiedad/Depresión y de .67 para el factor de Introversión/Depresión.

No obstante la utilidad de este instrumento para captar la percepción de los padres sobre la psicopatología de los hijos, debemos considerar los resultados aportados por Medina et al. (2007) que señalan una baja concordancia en los trastornos internalizantes (.23) entre el reporte de los padres, maestros y adolescentes, ya que los adolescentes en población normal son los que informan de mayores alteraciones en las escalas de ansiedad y depresión específicamente, seguidos por los padres.

Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD). Instrumento basado en el DSM IV y CIE-10, desarrollado por Caraveo (2006).

Como podemos observar, no todos estos instrumentos se han traducido al español, o validado y estandarizado para población mexicana, principalmente en población clínica, ni todos cuentan con reconocida validez y confiabilidad en estudios transculturales, o adecuada capacidad discriminativa entre los diferentes niveles de la depresión o para su diferenciación con otros trastornos como la ansiedad, por lo que los instrumentos elegidos para este estudio que cubren en mayor medida las adecuadas propiedades psicométricas para evaluar el nivel de severidad de los síntomas depresivo y su cambio durante el transcurso del tratamiento fueron el BDI y YSR para los adolescentes y el CBCL/6-18 para los padres.

Por otra parte, como se señaló inicialmente, la evaluación de la depresión en su inicio o en su resolución, no sólo comprende la documentación del diagnóstico

psiquiátrico, sino también la evaluación de factores asociados a ello como la psicopatología parental, y la evaluación de la repercusión de los síntomas depresivos, en el inicio o resolución del trastorno, sobre el funcionamiento familiar y el bienestar subjetivo de los adolescentes, para lo cual fue preciso recurrir a otros instrumentos que a continuación se mencionan.

3.4. Instrumentos de evaluación para variables asociadas a la depresión

3.4.1. Evaluación de la psicopatología en los padres

Derogatis Symptom Checklist - Revised (SCL-90-R). Es un listado que puede ser aplicado entre los 13 y 65 años de edad, a personas con inteligencia normal, no psicóticas, desarrollado por Derogatis, Lipman y Covi en 1973 para la detección de psicopatología a nivel global, dimensional y sintomático. Es una escala auto-aplicable, tipo Likert, con un rango de respuesta de 0 a 4, donde 0 = nada, 1 = muy poco, 2 = poco, 3 = bastante y 4 = mucho, que requiere de 12-15 minutos para su aplicación. Consta de 90 reactivos que abarcan síntomas psiquiátricos en las dimensiones de somatización, conducta obsesivo compulsiva, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo, además de incluir tres índices globales de psicopatología: el índice de gravedad global (GSI), como indicador global de la gravedad de los síntomas; el índice de malestar positivo (PSDI), que evalúa la intensidad de los síntomas percibidos; y el total de síntomas positivos (PST), que corresponde al número total de síntomas presentes, independientemente de su gravedad. Todos indican el grado de malestar psicológico actual (distress), evaluado en la última semana. El GSI se calcula sumando las puntuaciones de todos los ítems, incluyendo los siete síntomas adicionales, y luego dividiendo el resultado por el total de ítems respondidos. El PST

corresponde al total de ítems respondidos con una puntuación distinta a cero, y el PSDI se calcula dividiendo la suma de todos los ítems por el PST (Cruz, López, Blas, González & Chávez, 2005; Gempp & Avendaño, 2008; Lara, Espinosa, Cárdenas, Fócil & Cavazos, 2005).

La métrica utilizada por el SCL-90-R como norma interpretativa (baremos) se basa en la conversión de los puntajes brutos a puntuaciones T, donde para los adultos puntajes T mayores a 63 son indicadores de riesgo, y puntajes T iguales o superiores a 75 son indicadores de patología severa (Casullo, 2004). Puntajes que pueden ser obtenidos con base en las tablas para adultos proporcionadas por Gempp y Avendaño (2008).

Este instrumento presenta una fiabilidad test-retest superior a $r = .70$ y una consistencia interna de $.80$, resultados que se refiere han permanecido estables en el tiempo, y con relación a los países, grupos de edad y tipos de población en que se ha aplicado. También se ha utilizado para evaluar los cambios producidos por efecto de la psicoterapia o farmacoterapia (Gempp & Avendaño, 2008; González-Santos, Mercadillo, Graff & Barrios, 2007).

El SCL-90-R, es un instrumento de evaluación multidimensional de la psicopatología, de amplio uso en México para la evaluación psicométrica en investigación clínica. Así por ejemplo, Cruz et al. (2005) determinaron un alfa de Cronbach superior a $.70$ en 7 de las dimensiones y un valor de consistencia interna alfa de Cronbach de $.96$ para el GSI, considerado como excelente, que es el índice que más se reporta. Estos autores informan también de una validez de constructo, en la correlación de rango de Spearman, elevada ($r \geq 0.5$) en el 72% de los reactivos. Mientras que Lara et al. (2005) encuentra una adecuada consistencia interna para las nueve dimensiones, con un alfa de Cronbach superior a $.80$. Estos

últimos autores señalaron la validez convergente del instrumento para la medición de la depresión en mujeres, con el inventario de depresión de Beck, con el cual muestra una correlación alta, superior a .70 en su dimensión de depresión.

3.4.2. Evaluación del funcionamiento familiar

Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (FACES III). La FACES fue desarrollada en su primera versión por Olson et al. en 1980, y la versión FACES III por Olson, Portner y Lavee en 1985, misma fecha en que es adaptada al español por Polaino-Lorente y Martínez. Es un instrumento que evalúa la percepción “real” e ideal de la familia, el cual se sustenta en el modelo circunflejo de los sistemas familiares y conyugales. En México fue validada por Gómez et al. en 1999. La Escala FACES III se compone de 20 reactivos, 10 de los cuales evalúan la cohesión y otros 10 la adaptabilidad mediante una escala tipo Likert de cinco puntuaciones

(<http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/arfm121/originalesbreves.html>; Martínez, Iraugi, Galíndez & Sanz, 2006).

Family Environment Scale (FES). El FES es una medida del clima social en la unidad familiar que desarrolló Rudolf H. Moos en Estados Unidos, el cual permite evaluar la percepción de cada miembro de la familia del clima familiar, ya sea de manera real, en una situación ideal perfecta o como expectativa a futuro. Consta de 10 sub escalas que miden 3 dimensiones del ambiente familiar: a) relaciones, mide cohesión, expresividad y conflicto, b) crecimiento personal, evalúa independencia, orientación al logro, orientación intelectual y cultural, orientación hacia la actividad-recreación y énfasis religioso-moral, y c) mantenimiento del sistema, que mide organización y control. Requiere de 15-20 minutos para su resolución y de un nivel

de lectura de 6º de primaria. Puede ser aplicada de los 11 años en adelante.

Algunos de sus principales usos han sido para evaluar los problemas y fortalezas de la familia, identificar objetivos de intervención y evaluar el impacto de programas de intervención (<http://www.mindgarden.com/products/scsug.htm>).

En muestras anglosajonas los resultados apoyan su validez de constructo, confiabilidad test-retest y consistencia interna. Es uno de los instrumentos más difundidos en la clínica y la investigación. En un estudio realizado por Márquez et al. (2007) con adolescentes mexicanos, se incluyeron las escalas de cohesión, conflicto y organización, que demostraron consistencia interna con valores de Kuder-Richardson 20 superior a .50. También en población mexicana Ayala et al. obtuvieron un coeficiente alfa de Cronbach de .78 para la escala general (Citado en Márquez et al., 2007).

Egna Minnen Beträffande Uppfostran, del sueco "Mis memorias de crianza" (EMBU). Es un instrumento originalmente desarrollado por los suecos Perris, Jacobsson, Lindström, von Knorring y Perris en 1980 para evaluar las memorias adultas sobre el estilo parental de crianza, el cual se ha modificado para evaluar la percepción actual en adolescentes. Es una escala tipo Likert en la que cada pregunta se califica de 1-4, donde 1 = no, nunca, 2 = si, muy pocas veces (rara vez), 3 = muchas veces (frecuentemente) y 4 = la mayor parte del tiempo (Hakelind, 2007). Permite medir dimensiones de naturaleza relacional entre los adolescentes y sus padres, lo que resulta fundamental ya que la percepción de crianza difiere entre padres e hijos y la percepción de los adolescentes es la que mejor predice el funcionamiento posterior. Consta de cuatro dimensiones: aceptación o calidez emocional, rechazo, sobreprotección o control y favoritismo. La versión original consta de 81 ítems, pero en su modificación para niños contempla 41 (Márquez,

2007). La utilización de este instrumento ha confirmado su validez de constructo, validez convergente, confiabilidad prueba- re prueba, la consistencia interna principalmente para las dimensiones de calidez, rechazo y control, y su estabilidad transcultural en muestras de diversos países del mundo y latino América en particular (25 países) y en distintos grupos de edad (Márquez et. al.,2007).

En México en particular Márquez et al. realizaron un estudio con 775 adolescentes de entre 12 y 17 años, estudiantes de secundaria, a quienes se aplicó la versión de 41 reactivos simplificada por Castro y col. En este estudio las escalas del EMBU resultaron confiables, con excepción de la escala de favoritismo, cuyos valores alfa fueron inferiores a .50, para las dimensiones restantes los coeficientes alfa de Cronbach estuvieron entre .65 y .92 para ambos padres. Se calculó también el coeficiente de correlación de Pearson de cada escala del EMBU, que resultó con valores alfa superiores a .65 en las dimensiones de calidez, rechazo y control, con respecto al padre y la madre, a un nivel de confianza significativo de $p = .01$.

La escala de calidez involucra atención por los padres, apoyo, ser cálidos y amorosos. La escala de rechazo se caracteriza por estilos de crianza que involucran rechazo, hostilidad, castigo físico y desprecio. La escala de control involucra sobreprotección, intrusividad parental, control estricto y demanda de obediencia sin cuestionamiento (Hakelind, 2007). Por su validez transcultural y uso en población adolescente mexicana fue la que se utilizó en este estudio para valorar el efecto de la mejoría en la sintomatología depresiva sobre la percepción del estilo de crianza parental actual por los adolescentes.

Camberwell Family Interview (CFI). Es una entrevista semi-estructurada desarrollada por Vaughn y Leff en 1976 para evaluar la emoción expresada (EE). Requiere 90 minutos para su aplicación, evalúa aspectos sobre la enfermedad y la

convivencia de la familia con el enfermo. Es una entrevista grabada y evaluada por jueces expertos. Valora las dimensiones de criticismo, hostilidad, sobre implicación emocional, calor y comentarios positivos. El criterio para una alta emoción expresada es que el sujeto entrevistado muestre 6 o más comentarios críticos, al menos un punto en hostilidad y alguno de los componentes de la sobre implicación (sobreprotección, llanto, auto sacrificio o desesperanza). Si un solo familiar muestra alta emoción expresada (EE) se declara a la familia como de alta EE (<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1053/2/El-construccion-emocion-expresada-en-la-esquizofrenia>).

3.4.3. *Evaluación del bienestar subjetivo adolescente*

The Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS). Fue desarrollada inicialmente por Hodges en 1990. Es una escala que evalúa el grado de deterioro funcional diario, debido a problemas emocionales, conductuales, psicológicos, psiquiátricos o por uso de sustancias. Requiere de 10 minutos su aplicación. Se aplica de los 7 a 17 años. Se informa que cuenta con una confiabilidad test-retest de .78, confiabilidad interevaluador de .92 y una consistencia interna de .73 a .78. Es útil en la evaluación de programas y para el diseño de programas de tratamiento, pero no cuenta con una versión en español (<http://www.cafas.com/>; <http://vinst.umdj.edu/VAID/TestReport.asp?Code=CAFAS>; Logan & King, 2002).

Escala multidimensional para la medición del bienestar subjetivo de Anguas-Plata y Reyes-Lagunes (EMMBSAR). Desarrollada y validada para población mexicana entre 15 y 45 años, por Anguas y Reyes en 1999 a partir de la técnica de redes semánticas naturales modificada de Reyes Lagunes. Donde se define al

bienestar subjetivo como "...la percepción de un estado interno y positivo de homeostasis, acompañado por un tono afectivo agradable, resultado de la satisfacción de necesidades elementales y superiores del individuo." (Anguas, 2001, p. 177). Es una escala tipo Likert pictórica que consta de dos dimensiones: experiencia emocional y evaluación afectivo-cognitiva de la vida. La escala de experiencia emocional consta de 30 reactivos a la que se contesta tanto la frecuencia como la intensidad en una escala Likert de 7 opciones representada en forma de cuadros idénticos con las leyendas de siempre y nunca para la frecuencia y mucho y nada para la intensidad. Esta escala tiene un diseño factorial que evalúa las emociones tanto en su carácter positivo o negativo, como en su intensidad y frecuencia. Los factores que la integran son: emociones negativas intrínsecas (tristeza, ansiedad, angustia, depresión, desesperación, desilusión, sufrimiento, frustración, preocupación, temor y tensión); emociones positivas intrínsecas (afecto, alegría, Amor y cariño), emociones expresivas positivas (gozo, placer, entusiasmo, optimismo, pasión, satisfacción, tranquilidad y triunfo), y emociones expresivas negativas (coraje, enojo, furia y orgullo), todas ellas con confiabilidades adecuadas con un alfa de Cronbach de .81 a .87.

La escala de evaluación afectivo cognitiva consta de 50 reactivos con 7 opciones de respuesta en formato Likert pictórico, en estos la persona marca el cuadro que mejor representa la cantidad de satisfacción experimentada en diversos aspectos de su vida, cuadro pequeño-nada, cuadro grande-mucho. Esta escala identifica conductas expresivas e instrumentales, aspectos individuales relacionados con el bienestar subjetivo y aspectos sobre la relación recíproca entre el individuo y su medio. Está integrada así por las dimensiones de: clima familiar, que refleja la relación recíproca entre el individuo y su familia (comunicación familiar, toma de

decisiones, confianza recíproca, franqueza, independencia, afecto recibido y demostrado, e independencia en las relaciones interfamiliares); logros (actividades cotidianas, nivel de felicidad, apariencia física, salud, vida en general, comunicación, vivienda); interacción social expresada (ayuda, respeto, lealtad, apoyo y afecto hacia los amigos); interacción social recibida (respeto, ayuda y lealtad recibida de los amigos); calidad de vida (alimento, ropa, dinero, ayuda económica y nivel económico de la familia); religión y educación. Todas estas dimensiones con alfa de Cronbach entre .64 y .89, teniendo el clima familiar el mayor porcentaje de varianza explicada (27%) para el bienestar subjetivo (Anguas, 2000; Anguas, 2001; Anguas & Reyes, 1999).

3.5. Otros métodos de evaluación de la depresión

Además de los estudios clinimétricos, existen también algunos estudios considerados como marcadores psicobiológicos de la depresión, como el registro electroencefalográfico durante el sueño, la determinación de niveles de la hormona de crecimiento, y la prueba de supresión de la dexametasona, no obstante la fuerza de tarea de la American Psychiatric Association concluyó que eran de poca utilidad clínica en adolescentes (Curry & Craighead, 1993).

Resumen

En este capítulo se muestra como la evaluación del trastorno depresivo requiere ser individualizada a cada adolescente, y requiere de contemplar las motivaciones que llevaron a la búsqueda de tratamiento o a su retraso, las cuales pueden estar relacionadas con las características propias del trastorno, del paciente, de su familia y de los profesionales o instituciones proveedoras de servicios de

atención psiquiátrica, así como con los resultados en experiencias previas. Es importante evaluar estos aspectos dado el impacto que éstos pueden tener en las expectativas actuales del tratamiento, en su cumplimiento en el tiempo y forma propuestos o en su abandono.

El capítulo resalta la necesidad de realizar un diagnóstico correcto, el cual derive de una evaluación integral, transversal y longitudinal de la funcionalidad del adolescente en sus diferentes áreas de desempeño y en concordancia con su etapa de desarrollo. Se sugiere también el uso de los manuales diagnósticos reconocidos a nivel internacional para la clasificación de los trastornos mentales. Una evaluación más sistemática y objetiva precisa también del uso de instrumentos con propiedades psicométricas adecuadas y transferibles a la población blanco en que pretendamos utilizarlos. La elección de los instrumentos psicométricos de apoyo depende también de los fines específicos de la evaluación (tamizaje, diagnóstico, valoración de los efectos del tratamiento, seguimiento o investigación) y del espectro sintomático que se pretenda abarcar (categórico o dimensional, patológico o funcional).

En este estudio por ejemplo, se seleccionó aquellos instrumentos que permitieran corroborar la evaluación y juicio clínico del paidopsiquiatra experto con base en los criterios CIE-10 o DSM-IV-TR, que permitieran establecer niveles de severidad desde una perspectiva individual categórica (BDI) y dimensional (YSR), así como desde una perspectiva externa que brindara validez social a los cambios observados (CBCL/6-18). Igualmente se seleccionaron instrumentos que permitieran evaluar el impacto de las intervenciones en el funcionamiento del adolescente (EMBU y EMMBSAR), así como aquéllos que pudieran garantizar el bienestar psicológico de los padres (SCL-90-R) involucrados en su tratamiento. Como se señaló previamente, todos estos instrumentos se estandarizaron para su uso en

población mexicana, con demostradas propiedades psicométricas para su uso en este grupo de edad, además de ser instrumentos fácilmente aplicables, a bajo costo, y de sencilla calificación.

Finalmente, el contar con todos los elementos ya señalados, la evaluación podrá facilitar la labor del clínico en la selección del plan de tratamiento más adecuado a cada paciente. Tratamiento que puede asumir diversas modalidades, cada una con sus propias indicaciones y beneficios como se desglosa en el próximo capítulo.

Capítulo 4. Tratamiento de la depresión en la adolescencia

En las últimas décadas los profesionales de la salud mental han hecho un esfuerzo a fin de proveer de guías para la práctica clínica y estándares de cuidado basadas en datos empíricos y en el consenso de la opinión de expertos. En el campo de los trastornos de niños y adolescentes la Academia Americana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes ha dictado estos parámetros desde fines de los 80. Un ejemplo de ello es la guía práctica de Columbia, donde se señala que existen datos consistentes sobre el efecto positivo de las intervenciones psicosociales, la terapia cognitivo conductual (TCC), la terapia inter-personal (TIP) y el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, como la fluoxetina, para el manejo de la depresión unipolar (Kazdin, 2004), cada uno de los cuales abordaremos a continuación.

4.1. Tratamiento farmacológico

La terapia farmacológica desempeña un papel importante en el tratamiento de la depresión mayor en niños y adolescentes. Así, la guía para la evaluación y tratamiento de la depresión en niños y adolescentes publicada por Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica, recomienda su uso en casos de depresión moderada o severa que no responda a la intervención psicológica (Coghill & Usala, 2006).

Cheung, Emslie y Mayes (2006) realizaron una extensa revisión de la literatura sobre artículos publicados (arbitrados) y no publicados (Sitio Web de la FDA y de la agencia regulatoria de medicinas y productos al cuidado de la salud) de ensayos controlados aleatorios donde se evaluó la eficacia, seguridad y suicidalidad con el uso de antidepresivos (fluoxetina, sertralina, paroxetina, imipramina,

citalopram, venlafaxina, mirtazapina y escitalopram) en menores de 18 años con depresión. Estos investigadores encontraron que hasta antes de 1997 no existían resultados publicados de que algún antidepresivo fuera mejor que el placebo para el tratamiento de la depresión en esta población. Actualmente existen datos sobre la eficacia de la paroxetina, sertralina y citalopram, pero la fluoxetina es el único que demostró ser eficiente en la mayoría de los ensayos controlados aleatorios, por lo que es el único aprobado por la FDA para el tratamiento de la depresión en niños (desde los 8 años) y adolescentes (Cheung et al, 2006). Evidencia empírica sobre esta eficacia fue documentada por March et al. (2006), quienes realizaron un ensayo clínico aleatorio para evaluar la eficacia del tratamiento a 12 y 36 semanas de cuatro tipos de terapia, en una muestra de 439 adolescentes entre 12 y 17 años con diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Las terapias contrastadas fueron la terapia cognitivo conductual (TCC) sola, fluoxetina sola, tratamiento combinado con estas dos modalidades y el uso de píldoras placebo. Los resultados en dicho estudio señalan que el tratamiento combinado, de fluoxetina con terapia cognitivo conductual, es el más efectivo en la reducción de la sintomatología del TDM (71% de mejoría), contra la fluoxetina sola (60.6%), la TCC sola (43.2% de mejoría), o el placebo (34.8% de mejoría). El tratamiento combinado fue también el que produjo mayores beneficios en la reducción de los síntomas depresivos, en el decremento de conductas suicidas y en el funcionamiento y calidad de vida de los adolescentes, es decir, fue un tratamiento superior a cualquier monoterapia para el manejo de la depresión de moderada a severa, lo cual cuestiona como aproximación única de intervención o suficiente en los adolescentes el uso exclusivo de medicamento o de la terapia cognitivo conductual (Sheffield et al., 2006).

El algoritmo de Texas del 2005, elaborado con base en el consenso de expertos para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, sugiere que en la etapa 1 de tratamiento se utilice monoterapia con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) tales como la fluoxetina, citalopram o sertralina (menor riesgo de interacción farmacológica que la fluoxetina, más efectiva en adolescentes que en niños). En la segunda etapa, cuando no se ha observado respuesta o sólo de manera parcial, recomienda el uso de monoterapia con ISRS alternativos que incluyen a la paroxetina y el escitalopram, aunque la primera se asocia con mayor abandono por efectos secundarios (agitación, hostilidad y mayor riesgo de ideas suicidas en preadolescentes) y falta de respuesta en adolescentes. No es sino hasta la etapa 3 del algoritmo, cuando se falla mínimo con dos ensayos de ISRS, que se sugiere considerar el uso de intervenciones psicoterapéuticas y el cambio a una clase diferente de medicamento como la duloxetina, venlafaxina, mirtazapina o bupropión, aunque estas sugerencias están basadas en estudios de adultos ya que con adolescentes no existe eficacia comprobada.

En la etapa 4 del algoritmo, al no existir evidencia para recomendaciones específicas en cuanto al manejo farmacológico, dicho algoritmo sugiere revalorar la adecuación de la dosis y duración del tratamiento, la adherencia terapéutica, la existencia de comorbilidades y la revaloración del diagnóstico primario (AACAP, 2007; Coghill & Usala, 2006; Dopheide, 2006; Hughes et al., 2007; Pfeffer, 2007).

Es importante resaltar, que el manejo jerárquico propuesto en el algoritmo de Texas no está probado empíricamente, y que se encuentran en curso programas de investigación para el manejo de la depresión resistente en adolescentes (Hughes et al., 2007).

Otros autores señalan la indicación de manejo farmacológico en depresión moderada o severa cuando las intervenciones psicosociales sean poco prácticas o cuando no exista una respuesta adecuada después de al menos 3 meses de tratamiento en psicoterapia (Coghill & Usala, 2006).

Respecto al inicio del medicamento, Shaffer (2005) sugiere que es deseable diferir el tratamiento del adolescente por dos semanas y entonces revalorar, decisión que se basa en el grado de disturbio e interferencia en la vida académica y social, más que sólo en el cumplimiento de los criterios diagnósticos, y recomienda como criterios generales utilizar: a) únicamente psicoterapia basada en evidencia, en depresión leve a moderada, b) psicoterapia basada en evidencia más medicamento para la depresión moderada a severa con deterioro funcional significativo y c) medicamento más terapia de apoyo para la depresión psicótica o cuando el adolescente sea incapaz o renuente a cooperar (Shaffer, 2005).

La AACAP (2007) puntualiza además que el tratamiento de la depresión en los adolescentes debe tomar en consideración una fase aguda, una de continuación y otra de mantenimiento, fases en la que se evalúan y clasifican los resultados del tratamiento como a) respuesta, cuando se eliminan los síntomas o se reduce su presencia por al menos dos semanas; b) remisión, cuando los síntomas desaparecen o quedan pocos de ellos en un intervalo entre las 2 semanas y antes de dos meses de haber iniciado el tratamiento; c) recuperación, cuando después de los dos meses de haber iniciado el tratamiento han desaparecido los síntomas o quedan máximo uno a dos de ellos; d) recaída, cuando se presenta un nuevo episodio depresivo, con base en los criterios DSM-IV, durante la fase de remisión, y e) recurrencia, cuando el nuevo episodio depresivo se presenta en la fase de recuperación.

La selección del ISRS se basa en la eficacia del medicamento, la cantidad y severidad de efectos secundarios, la vida media del medicamento, la interacción con otros fármacos, su disponibilidad y la historia familiar de éxito con el tratamiento (Dopheide, 2006; Shaffer, 2005), ya que no existe a la fecha evidencia empírica que vincule de manera inequívoca la eficacia y tolerancia del tratamiento a variables socio-demográficas, características de la enfermedad, factores sociales o factores genéticos, por lo que la selección del antidepresivo sigue siendo un procedimiento de ensayo y error a decir de Serretti (2007).

En cuanto a la duración del tratamiento Coghill y Usala (2006) sugieren que, una vez remitida la depresión, se continúe por 6 a 12 meses, con discontinuación gradual a lo largo de 6 semanas para evitar el síndrome de discontinuación y recaídas repentinas. Es importante recordar también que el inicio del beneficio terapéutico del tratamiento farmacológico (al igual que el psicoterapéutico) es en promedio de 2 a 4 semanas (Dopheide, 2006; Shaffer, 2005), y que 30-40% de los pacientes pueden no mostrar una respuesta significativa después de administrar dosis terapéuticas durante 6 a 8 semanas, así como que entre 60% y 70% no logran la remisión completa, aspectos que pueden contribuir a un abandono temprano del tratamiento, a un mayor deterioro funcional y a una recurrencia más alta (Serretti, 2007).

Ningún manejo farmacológico es inocuo y es preciso considerar los efectos adversos que le acompañan, Pfeffer (2007) por ejemplo, refiere que 1-3% de los pacientes tratados con antidepresivos pueden estar en riesgo de suicidalidad. No obstante, diversos autores señalan que es difícil determinar si la ocurrencia de un intento suicida durante el tratamiento se vincula directamente con: a) el uso del medicamento dada una activación o akatisia inducida por éste, ya que los intentos

suicidas e ideación suicida son síntomas comunes de la depresión, b) la ausencia de mejoría o empeoramiento de los síntomas depresivos, c) el incremento de la energía derivado de la mejora del estado de ánimo debida al medicamento, d) la desinhibición y mayor propensión a descubrir pensamientos y conductas suicidas previamente enmascarados o incluso e) por la más pronta mejoría a nivel de cognición y energía que en el estado de ánimo (Cheung et al., 2006; Hughes et al., 2007; Shaffer, 2005). Si bien, Hughes et al. (2007) señalan que el riesgo de suicidalidad durante el tratamiento con antidepresivos es mayor que con el placebo hasta los 25 años, en estudios toxicológicos de suicidio consumado se ha encontrado que la mayoría de adolescentes, incluso aquellos a quien se prescribió antidepresivos, no los tomaron antes del suicidio.

Un estudio de la FDA sobre el uso de antidepresivos corrobora los datos anteriores, ya que al considerar los eventos suicidas como intentos suicidas, ideación suicida y acciones preparatorias de una conducta suicida inminente, no encontraron ningún suicidio consumado en 4400 jóvenes incluidos en ensayos clínicos. Lo que sí fue un hecho, es que en Estados Unidos la incidencia de suicidios disminuyó a fines de 1990 en relación con el incremento de prescripción de antidepresivos, con lo que se concluye que el índice de riesgo beneficio favorece a la continuidad del manejo con los antidepresivos (AACAP, 2007; Cheung et al., 2006).

Independientemente del suicidio, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) provocan otros síntomas adversos, los cuales pueden estar presentes en promedio en el 65% de los casos (Serretti, 2007), como alteraciones gastrointestinales, irritabilidad, impulsividad, agitación, hostilidad, agresión, manía, activación conductual, dolores de cabeza, rash, somnolencia, pesadillas, sueños

vívidos, incremento o disminución del apetito, akatisia, disfunción sexual , incremento en la posibilidad de sangrados y la posibilidad de un síndrome serotoninérgico. Efectos que pueden disminuir al iniciar o suspender el fármaco de manera paulatina (AACAP, 2007; Dopheide, 2006; Hughes et al., 2007; Shaffer, 2005).

Debido a la respuesta idiosincrásica de cada paciente al manejo farmacológico, al manejo dosis respuesta y a los posibles efectos adversos físicos, psicológicos o conductuales de los antidepresivos, se recomienda como lineamientos generales de manejo en los niños y adolescentes con depresión que requieren tratamiento farmacológico: a) monitoreo muy de cerca, principalmente durante el inicio de tratamiento (encuentro semanal cara a cara las primeras 4 semanas) y ajuste de dosis, b) advertir a los padres sobre los beneficios, c) señalar los riesgos de pensamientos o actos suicidas, d) vigilar cambios conductuales o empeoramiento de la depresión y ansiedad y e) monitoreo de los efectos secundarios asociados con su discontinuación, como el síndrome de abstinencia, caracterizado por mareo, somnolencia, náusea, letargia y dolor de cabeza (Coghill & Usala, 2006; Cheung et al., 2006; Dopheide, 2006; March et al., 2006; Pfeffer, 2007; Shaffer, 2005).

En cuanto al pronóstico, en estudios de seguimiento a largo plazo se encontró un peor pronóstico en aquellos con episodios previos de TDM (Shaffer, 2005). Si bien el manejo farmacológico, la psicoterapia y las intervenciones psicosociales son las primeras líneas de intervención en el manejo del adolescente deprimido, cuando la depresión es resistente a tratamiento o se complica con síntomas psicóticos, se puede llegar a requerir del uso de medicamentos antipsicóticos e incluso de la

terapia electroconvulsiva. También se hace necesario el uso de fármacos e intervenciones acordes a la psicopatología comórbida existente.

Finalmente, el manejo del episodio agudo de la depresión estará determinado por su grado de severidad, las circunstancias particulares de cada adolescente y los problemas identificados durante la evaluación, aunque es bien sabido que generalmente se requiere de una combinación de intervenciones (Coghill & Usala, 2006).

Weisz et al. (2005) en un artículo de revisión de los estudios publicados de 1963 a 2002 sobre depresión, ansiedad, TDAH y trastornos de conducta, en niños de 3 a 18 años, brinda un panorama de las tendencias terapéuticas actuales y en las que es evidente la omisión de los hallazgos de investigación recientes los cuales abogan por los manejos holísticos en el tratamiento de la depresión adolescente. En dicha revisión sólo 236 artículos publicados sobre tratamiento eran metodológicamente aceptables. De éstos, sólo 18 eran sobre depresión, dentro de los cuales el 72% utilizó el DSM o puntos de corte sobre medidas estandarizadas para establecer el diagnóstico. Se involucró a los padres en el tratamiento sólo en 25% de los casos y sólo en 32% se supervisó los procedimientos o se verificó la adherencia al tratamiento, además de que sólo en el 4% de los estudios se brindó tratamiento dentro de un espacio de servicio clínico.

Para concluir, como se mencionó al principio de esta sección, recordemos que la farmacoterapia representa la segunda opción de tratamiento en el manejo de la depresión adolescente, mientras que la psicoterapia se considera como la primera opción (Coghill & Usala, 2006) por lo cual hablaremos en extenso sobre ella en la próxima sección.

4.2. Intervenciones psicoterapéuticas

Existen actualmente más de 550 formas de psicoterapia para niños y adolescentes, que en su mayoría no tienen sustento empírico, lo cual puede ser reflejo del poco impacto que tiene la práctica clínica sobre la investigación y viceversa. Existen también aún preguntas por resolver sobre cuál tratamiento, para quién, para qué problema en particular, y qué parte de éste es la más necesaria (Kazdin, 2004; Kolko et al., 2000), así como cuáles son los procesos dentro o durante el tratamiento que influyen, causan o son responsables del resultado (Kazdin, 2004).

En 1952 Hans Eysenk publicó una revisión de 24 estudios de psicoterapia en los que no encontró datos de su efectividad, y en la que señalaba que, con o sin tratamiento, dos terceras partes de los pacientes deprimidos mejoraban. La American Psychological Association también señaló en 1986 que la mayor parte de psicoterapias son relativamente equivalentes (Lyddon & Jones, 2002). Datos que Vallejo (1992) menciona ya habían sido informados por Smith, Glass y Miller en 1980, en una revisión de 475 estudios que evaluaron 78 formas de psicoterapia en la que se concluye que las distintas técnicas terapéuticas no produjeron grados o tipos diferentes de mejoría.

Un meta-análisis más reciente realizado por McCarty y Weisz (2007) reveló que en general el efecto de las psicoterapias para el tratamiento de la depresión en adolescentes es positivo, pero con un tamaño del efecto pequeño (.34) según los parámetros de Cohen, y menor que el referido con otro tipo de psicopatologías en este grupo de edad. Los autores encontraron también que la variabilidad en los resultados puede estar mediada por el uso de diferentes estrategias o elementos terapéuticos, pese a compartir el mismo marco teórico, por las diferencias en la

habilidad para conducir las intervenciones, la variabilidad en tipo de población estudiada, así como diferencias en el diseño y estrategia de análisis de los resultados. A partir del análisis específico de los estudios con un tamaño del efecto mayor a .50, estos autores encontraron que existen ciertos componentes que comparten las terapias exitosas de la depresión adolescente, independientemente de cual se trate (TCC, TIP, terapia cognitiva o terapia basada en la familia). Tales componentes son psicoeducación a los adolescentes sobre la depresión, auto-monitoreo, habilidades de comunicación y manejo de relaciones inter-personales, reestructuración cognitiva, habilidades en la solución de problemas y activación conductual, así como la promoción de una percepción más objetiva del adolescente como competente, mediante la mejoría en su rendimiento académico o laboral y en la expansión de sus actividades sociales.

Kazdin (2004) señala que para la selección de un esquema terapéutico es preciso considerar no sólo aquellos tratamientos basados en datos de investigación y que son efectivos, sino también su costo y la posibilidad de generalizarlos para resolver diferentes problemas en diversos escenarios de tratamiento.

Respecto a los resultados del tratamiento, Shaffer (2005) menciona que es importante estudiar la existencia de mediadores y moderadores de los resultados del mismo, aspectos que la mayoría de estudios no ha evaluado, ya que como Kolko et al. (2000) informan, la eficacia del tratamiento puede estar relacionada con factores como la edad y experiencia del terapeuta, así como la edad, el sexo, nivel de desarrollo cognitivo del adolescente y funcionamiento familiar.

En adolescentes deprimidos existen resultados contradictorios en relación a la edad, ya que hay quien señala que a una edad más joven y a menor deterioro social se puede lograr la remisión mediante TCC individual, mientras que una mayor

severidad, disfunción cognitiva y comorbilidad con ansiedad predicen una respuesta débil a la TCC. No obstante, a decir de Kolko et al., otros autores han encontrado que el nivel de severidad de la depresión y el deterioro funcional no siempre moderan el resultado del tratamiento. Lo que sí se sabe, es que los conflictos familiares contribuyen al desajuste de los hijos, por lo que es importante evaluar el funcionamiento familiar como moderador del resultado del tratamiento.

La AACAP (2007) señala, con base en la revisión de la literatura y evidencia empírica, que el tiempo de duración de la terapia no es tan significativo, de tal forma que las intervenciones breves pueden ser una forma económica y eficaz para tratar la depresión adolescente. Edad en la que la psicoterapia puede contribuir a la mejoría pese a la comorbilidad, ideación suicida y desesperanza, no así en los casos asociados a abuso sexual o antecedentes de depresión de los padres.

Finalmente, y antes de realizar una breve descripción de algunas de las terapias disponibles, es preciso señalar que la AACAP (2007) recomienda como un paso previo al inicio de cualquier tipo de psicoterapia y como parte de cualquiera de las fases de tratamiento de la depresión (manejo agudo, de continuación o de mantenimiento), la inclusión de otras estrategias de manejo, como la psicoeducación, terapia de apoyo y las intervenciones escolar y familiar. Se sugiere el uso de medicamento y de alguna psicoterapia específica y basada en evidencia sólo cuando las intervenciones previas no hayan mostrado resultado o debido a la gravedad del padecimiento.

4.2.1. Terapia cognitivo conductual (TCC)

Los fundamentos teóricos del modelo cognitivo conductual parten del desarrollo de modelos experimentales en animales, basados en la teoría del

aprendizaje estímulo-respuesta. Según Millenson y Leslie (1979), el interés por explicar las causas de la conducta humana y animal, combinando la observación e interpretación naturalista, surgió aproximadamente en el año 325 a.C., con la contribución de Aristóteles y otros investigadores griegos. No obstante, las ideas dominantes en la Edad Media que atribuían la conducta humana al alma, considerada ésta como una entidad no material y sobrenatural desconectada del cuerpo, limitaron estos primeros esfuerzos. A decir de estos autores, René Descartes, filósofo y matemático francés, es quien ubicó nuevamente la causalidad de la conducta (movimientos corporales) en estímulos ambientales externos de tipo mecánico, más que en causas sobrenaturales. En 1970 el fisiólogo escocés Robert Whytt estableció de manera experimental la relación estímulo externo-respuesta corporal, seguido del fisiólogo inglés Charles Sherrington, quien postuló leyes cuantitativas estímulo-respuesta sobre la conducta refleja.

Posteriormente, a principios del siglo veinte, el fisiólogo ruso Ivan Pavlov (1849-1936) estudió y demostró de manera sistemática y experimental la adquisición y extinción de ciertos reflejos condicionados, así como el rango de estimulación efectivo para ello. Sentó así las bases para el entendimiento de la conducta adaptativa y ajustada del organismo. Otros méritos de este investigador fueron que verificó la generalidad de sus hallazgos al replicar sus estudios con una amplia variedad de estímulos y animales, colocó especial énfasis en la medición y cuantificación de su fenómeno de estudio e hizo uso de una innovada metodología que incluyó el descubrimiento de las condiciones control. No obstante, fueron el antropomorfismo propuesto por Darwin en su teoría de la evolución y el método anecdótico de Romanes para describir la inteligencia animal, los que contribuyeron al renovado interés en el estudio de la conducta animal adaptativa y su extrapolación

a la conducta humana desde una perspectiva científica y biológica (Kazdin, 1996; Millenson & Leslie, 1979).

Edward L. Thorndike (1874-1949) inició en 1898 el estudio de la conducta adaptativa (voluntaria) dentro del laboratorio. Para ello se valió de la observación y cuantificación repetida de la respuesta animal a diversos estímulos y aparatos, con base en lo cual formuló la ley del efecto: el éxito de conductas previas determina el patrón de conducta actual mediante el placer o satisfacción que generan. Con ello contribuyó a la utilización de los métodos de investigación animal en el campo de la psicología. No obstante, fue el psicólogo americano Watson (1878-1958), quien, influido por Pavlov y Bechterev, enfatizó el uso del condicionamiento y del método científico para el estudio de la conducta humana adquirida a lo largo del desarrollo (Kazdin, 1996). Así mismo, Watson introdujo en 1913 el término de conductismo y definió a la psicología como la ciencia de la conducta, cuyo objetivo era la predicción y control de la conducta de los animales en general, sin un especial interés en el ser humano. Destruyó con ello la postura homocéntrica prevaleciente.

El análisis experimental de la conducta propuesto por B. F. Skinner desde 1930 proporcionó un nuevo sustento a la psicología como ciencia de la conducta. Skinner estudió de manera sistemática y cuantitativa las relaciones funcionales entre variables medibles y una serie de parámetros de recompensa (reforzadores) o castigo, a lo que llamó condicionamiento operante. Se enfocó en la predicción, probabilidad de ocurrencia, y control de la tasa de respuesta individual, cuya repetición era constancia de su fiabilidad (Millenson & Leslie, 1979).

Con base en los principios anteriormente señalados, que cada vez aportaban más datos sobre las características de los hábitos (respuestas recurrentes a estímulos condicionados particulares) y sobre los factores que controlaban su

aprendizaje y olvido, surgió la terapia conductual. A propósito del término, Wolpe (1990) fue uno de los primeros en puntualizar que la terapia conductual no excluye el uso de procedimientos cuyo impacto es primordialmente cognitivo, ya que considera a las cogniciones como conductas y como funciones del sistema nervioso central, y no como entidades separadas de los mecanismos que controlan al resto del organismo.

Por otro lado, Wolpe señaló que las sugerencias realizadas en 1920 por Watson y Rayner para el manejo de un niño de once meses con miedos, aunque no se llevaron a la práctica, fueron fundamentales en el inicio de la terapia conductual. Dichas sugerencias propusieron la superación de los miedos mediante: a) la extinción experimental, b) la realización de actividades constructivas alrededor del objeto temido, c) el re-condicionamiento, mediante la administración de dulces en presencia del objeto temido y d) la estimulación de las zonas erógenas en presencia del objeto temido. Sin embargo, no fue hasta 1924 que Mary Cover Jones utilizó el re-condicionamiento por alimentación para el tratamiento de un niño de tres años con fobias. Mismas fechas en que Burnham propuso el uso de conductas contrarias como agentes en el cambio de hábitos. En 1932 Guthrie retomó ese método, demostró que ante la presencia de una nueva respuesta conductual, en paralelo con la original, se inhibe o debilita esta última.

Wolpe condujo también una serie de experimentos en 1948 en los que encontró que aplicando el mismo concepto de respuesta incompatible se podía superar la neurosis inducida experimentalmente, lo que lo condujo a la formulación del principio de inhibición recíproca con efecto psicoterapéutico (Wolpe, 1990). Principio que junto con la desensibilización sistemática y la aplicación de la relajación muscular profunda de Jacobson, entre otros, contribuyó a la aplicación de

la modificación de la conducta en el tratamiento y trabajo clínico con humanos (Caballo & Simón, 1995; Kazdin, 1996; Vallejo, 1992).

Rachman (1997) y Goldfried (2003) ubican el surgimiento de la terapia de la conducta a principios de los 50. Dos grupos, uno británico y otro estadounidense, impulsaron su desarrollo, como una crítica a la terapia psicoanalítica considerada como carente de fundamento, lo cual planteaba la necesidad de nuevos enfoques terapéuticos.

Rachman señala como principales aportadores al desarrollo de la terapia de la conducta del grupo británico a Wolpe con las aportaciones ya señaladas y a Hans Eysenck, quien impulso su investigación y enseñanza. Por su parte Skinner comandó al grupo de psicólogos estadounidenses junto con algunos de sus seguidores como Lindsley, Krasner, Lovaas, Ayllon y Azrin.

A decir de Rachman, el grupo británico, dirigido por psicólogos y psiquiatras, no se adscribió a un marco teórico particular y fue especialmente crítico con las ideas de Skinner por considerarlas reduccionistas. Este grupo, quien se avocó más al estudio de la ansiedad en pacientes externos, consideraba a los trastornos neuróticos como producto de la interacción entre factores ambientales, el aprendizaje por condicionamiento e influencias hereditarias. Por otro lado, el grupo americano, dirigido principalmente por psicólogos, asumió una postura conductista radical que consideraba que todos los trastornos psicológicos y psiquiátricos eran producto de fallas en el aprendizaje. Este grupo se enfocó más en la mejoría conductual de pacientes institucionalizados con trastornos psiquiátricos severos como la esquizofrenia, trastorno maniaco-depresivo, conducta psicótica, autismo infantil, deficiencia mental y conductas auto-lesivas.

Pese al éxito inicial de la terapia conductual, hubo diversos hechos que abrieron la puerta al desarrollo de la terapia cognitiva, entre ellos, la carencia de teorización detrás de la terapia conductual (entre 1970 y 1990), la necesidad de extender la investigación más allá de las técnicas conductuales clásicas y la falta de éxito de la terapia conductual para el tratamiento de la depresión (Rachman, 1997).

Estos hechos, junto con el resurgimiento del pensamiento mentalista, que consideraba a los sentimientos, pensamientos y percepciones como funciones de la mente, iniciaron la denominada por Mahoney *revolución cognitiva*. Movimiento encabezado por Beck, Ellis, Goldfried y Goldfried, Mahoney, Meichenbaum y Raimy (Wolpe, 1990). Estos autores postularon que los procesos asociados con la codificación, almacenamiento y recuperación de la información no siempre eran conscientes, y podían reflejar distorsiones producto de una atención selectiva, clasificación imprecisa y de un almacenamiento y recuperación idiosincrásica de la información. Asimismo compartieron la visión de que la mayor parte de los trastornos psicológicos derivaban de los errores o distorsiones cognitivas durante el procesamiento de la información, el cual a su vez está determinado por el uso de *esquemas* basados en experiencias pasadas (Goldfried, 2003). Wolpe señala que pese a que estos terapeutas utilizaron en todos los casos técnicas cognitivas, en la práctica también se valieron de procedimientos conductuales como el entrenamiento asertivo y la desensibilización sistemática (Wolpe, 1990).

Meichenbaum (2003) agrega como algunas de sus principales contribuciones al desarrollo de la terapia cognitiva, el estudio sobre el papel de las cogniciones y emociones en el proceso de cambio durante la psicoterapia, así como sobre la importancia de las auto-verbalizaciones y de la diferente forma de evaluar las situaciones, para la adquisición de habilidades adaptativas.

Según Goldfried (2003), la principal etapa formativa de la psicología cognitiva se dio en los años 60, con un impulso primordial para la introducción de los métodos cognitivos en la terapia conductual por parte de Bandura, Mischel y Peterson, lo que representó todo un reto de ajuste metodológico y conceptual.

Pese a los logros de la terapia cognitiva, Wolpe (1990) realizó una crítica al *cognitivismo puro* por atribuir el origen de todos los temores desajustados a distorsiones cognitivas, y por ende, por enfocar la función de todos los psicoterapeutas hacia la corrección de estos pensamientos erróneos, tratando de forzar la teoría. Wolpe considera que la postura cognitivista pasa por alto que existen temores con base en el condicionamiento y no en las cogniciones, que tanto estímulos reales como imaginados disparan la ansiedad condicionada, que se puede lograr la eliminación de las fobias mediante técnicas de desensibilización sin proporcionar información correctiva, que los cambios en la conducta alteran las cogniciones sin tener que adjudicarles alguna explicación cognitiva, que pese a que se realicen correcciones cognitivas la conducta ansiosa habitual puede persistir, que un primer ataque de pánico parece preceder a las cogniciones distorsionadas y no a la inversa y finalmente Wolpe señala que en los resultados del tratamiento para la depresión, los cognitivistas tienden a ignorar los efectos de la relación terapéutica sobre la disminución de la ansiedad. No obstante, Wolpe subraya que su crítica va dirigida al conductismo y no a la importancia de las cogniciones, las cuales considera participan en todo nuestro quehacer terapéutico.

Un tercer momento en la evolución de las psicoterapias se da con el advenimiento de la terapia cognitivo-conductual (TCC), cuyo origen sitúa Hollon (2003) en el último cuarto de siglo. A decir de Rachman (1997), la TCC surge como producto del intercambio y complemento entre la terapia conductual y cognitiva.

Intercambio en el cual la terapia cognitiva se vio enriquecida por las estrategias metodológicas conductuales para la investigación de los resultados del tratamiento, como el control riguroso, el uso de diseños estadísticos, y la evaluación de la integridad y fiabilidad del tratamiento. Por su parte, la terapia cognitiva aportó un mayor poder explicativo y un entendimiento más profundo de la conducta anormal.

Goldfried (2003) menciona que la terapia cognitivo conductual tuvo sus principal sustento en el modelo de aprendizaje conductual/social descrito por Bandura, Davison, Goldfried, Lazarus, Mahoney, Meichenbaum, Mischel y Peterson. La introducción de la teoría de la interacción recíproca de Bandura en 1982, contribuyó especialmente. Bandura presentó con su teoría del aprendizaje social un enfoque integrado para la comprensión de los problemas clínicos y su tratamiento. En dicho enfoque contempla la influencia del aprendizaje clásico (estímulo-respuesta), operante (estímulo-respuesta-consecuencias) y vicario (observacional o por modelamiento) para explicar la conducta, además de considerar la interacción recíproca del sujeto con el ambiente y el efecto mediador de las cogniciones (pensamientos, creencias y percepciones) para la producción de diferentes experiencias de aprendizaje. Así, Bandura contribuyó a resaltar la importancia de los procesos cognitivos en la activación, mantenimiento, persistencia, cambio y generalización de la conducta normal y patológica, amén de considerar a las cogniciones como conductas no observables que se rigen por las mismas leyes del aprendizaje que las conductas manifiestas (Goldfried, 2003; Kazdin, 1996). El enfoque del aprendizaje social facilitó a su vez la visión de la conducta como el producto de múltiples influencias, lo que permitió la incorporación del conocimiento proveniente de diversas fuentes de investigación (Kazdin, 1996).

Hernández-Guzmán, González y López (2002) agregan que si bien la terapia conductual evolucionó a partir de los preceptos teóricos del condicionamiento clásico y operante, a partir del trabajo de Cautela en 1960, hoy en día se reconoce la relevancia de los eventos encubiertos, para los que también son válidos los principios del aprendizaje. Hernández-Guzmán señala además, que la integración de ambas posturas fue posible, ya que ambas reconocen que la conducta se define como una integración de las cogniciones, emociones y conducta instrumental, a pesar de que la terapia conductual enfatiza la influencia directa del ambiente sobre la conducta del individuo y de que el enfoque cognitivo es mediacional pues atribuye el cambio conductual a la reestructuración de los pensamientos y emociones. Es decir, la conducta instrumental no es un elemento aislado de la cognición y la emoción.

Goldfried también refiere que las nuevas tendencias en la terapia cognitivo conductual apuntan a incorporar ya no sólo los aspectos conductuales y cognitivos en las intervenciones, sino también a aquellos aspectos relativos a la activación emocional, principalmente para aumentar la eficacia de las intervenciones en el manejo de la depresión.

Para concluir la revisión histórica de los orígenes de la TCC es pertinente revisar brevemente los diversos principios del aprendizaje que Millenson y Leslie (1979) plantean como sustento de las estrategias cognitivo conductuales utilizadas en las diversas propuestas de abordaje de la TCC. Entre estos principios se encuentra el condicionamiento clásico, tipo de aprendizaje en el que la asociación repetida de un estímulo incondicionado (por ejemplo, un fuerte ruido o comida) con un estímulo neutro convierte al estímulo neutro en un estímulo condicionado capaz de evocar la respuesta refleja o incondicionada, denominada respondiente,

producida originalmente sólo por el estímulo incondicionado (Kazdin, 1996) y el condicionamiento operante, el cual se refiere al proceso de aprendizaje de la conducta asociado a las consecuencias positivas o negativas en el ambiente, es decir, aquél donde el sujeto *opera* sobre el ambiente para obtener un resultado deseado.

Algunos fenómenos asociados con estos dos tipos de aprendizaje son la extinción, la recuperación espontánea, la generalización y la discriminación. En el condicionamiento clásico la extinción se refiere a la desaparición de una conducta condicionada cuando cesa la relación entre el estímulo condicionado y el incondicionado en forma repetida, en el condicionamiento operante ésta se presenta cuando el reforzamiento deja de presentarse después de la ocurrencia de la conducta. La recuperación espontánea en el condicionamiento clásico tiene lugar cuando una conducta extinta reaparece espontáneamente aún cuando el sujeto haya dejado de estar expuesto al estímulo condicionado por algún tiempo, lo que explica la recaída en problemas como las adicciones, y en el condicionamiento operante la recuperación espontánea sucede cuando el sujeto presenta la respuesta operante después de que ésta fue extinguida o sustituida por respuestas diferentes o de interferencia. La generalización da cuenta de la capacidad del sujeto para aplicar lo aprendido por condicionamiento clásico a otras situaciones con estímulos similares al estímulo condicionado. En el condicionamiento operante la generalización se presenta cuando ante la presencia del mismo estímulo el sujeto responde con conductas distintas pero semejantes a aquella con la que había sido condicionado en un inicio. Finalmente, la discriminación en el condicionamiento clásico se refiere a la respuesta diferenciada, limitada y específica a un estímulo.

Con base en todos los aportes teóricos y fundamentos del aprendizaje señalados hasta el momento se desarrollaron diferentes propuestas metodológicas para el abordaje terapéutico cognitivo conductual, algunas de ellas se describen a continuación de manera sucinta.

4.2.1.1. Terapia racional emotivo-conductual

Ellis (1999) describe a la terapia racional emotivo-conductual (REBT) como una psicoterapia breve (10-20 sesiones), activa y directiva, enfocada en los problemas presentes y susceptibles de cambio. La REBT pretende de manera individual o grupal ayudar a las personas a lograr un cambio filosófico, emocional y conductual profundo y duradero. Este cambio busca disminuir los síntomas neuróticos, lograr una mayor satisfacción social e individual y reducir la susceptibilidad actual y futura al desarrollo de algún trastorno.

La REBT fue desarrollada por Ellis en 1993, posterior a verificar la ineficiencia de los métodos psicoanalíticos en que se formó inicialmente, y a la evolución de sus propuestas metodológicas iniciales, como la terapia racional (TR) en 1955, y la terapia racional emotiva (RET) en 1961. Ellis señala que la REBT va dirigida principalmente a aquellas personas que denominó como *neuróticos de buen pronóstico*, ya que si bien acepta que los problemas emocionales y conductuales tienen un origen complejo que incluye factores psicológicos, sociológicos, ideológicos y biológicos, subraya que este tipo de terapia se enfoca en aquellas creencias disfuncionales susceptibles de cambio y superación. Menciona no obstante que también puede utilizarse en trastornos de personalidad, psicosis y deficiencia mental (Ellis, 1999).

El objetivo de esta terapia es que el paciente aprenda a utilizar métodos cognitivos, emocionales y conductuales, de manera firme, persistente y finalmente automática y a limitar su tendencia a provocarse a sí mismo el trastorno, y que supere las recaídas propias de su condición humana. Para lograr este objetivo Ellis se valió inicialmente del método ABCDE para la comprensión de la conducta, donde A representa los acontecimientos o experiencias activadoras que bloquean al individuo en el logro de sus metas. La C, se refiere a la manera neurótica de reaccionar, sana o destructiva, ante esos acontecimientos, como por ejemplo, con ansiedad, depresión, cólera o autocompasión, quejas, consumo de alcohol o evitación del conflicto. La B, representa a las creencias que la gente tiene sobre A, racionales (*si/también, sí/pero*) o irracionales (creencias absolutistas e imperativas del tipo *debería de, tendría que, tengo que*), que determinan la forma de reaccionar ante C, y que incluyen ideas, imágenes, actitudes, símbolos y otras cogniciones conscientes o inconscientes. Señala una importante interacción entre A y B para generar C.

En sus últimos trabajos, Ellis incluyó también en su modelo la letra P, que representa a los planteamientos del paciente ante las creencias disfuncionales, los cuales pueden ser cognitivos, emotivos o conductuales. También incluyó la letra E, que representa a los efectos o nuevas filosofías, emociones y conductas efectivas. Asimismo resaltó el funcionamiento integrado, conjunto y holístico de los pensamientos, sentimientos y emociones. Partiendo de estos fundamentos, puntualizó la importancia de trabajar de una manera multimodal sobre B para generar E, lo cual implica paciencia y perseverancia, además de la convicción de que pese a que nuestro sistema de creencias pudo haberse originado en el pasado, éste se puede modificar y reconstruir activamente en el presente.

4.2.1.2. Restructuración cognitiva sistemática de Goldfried y Goldfried

Terapia desarrollada entre 1975 y 1980, cuyo objetivo es enseñar a pensar a los individuos de una manera más lógica y ajustada, lo cual logra al brindar información sobre la liga de las cogniciones con la actividad emocional, con la discusión y búsqueda de pruebas que sustenten el comportamiento irracional, con el registro de situaciones ansiogénicas y pensamientos irracionales asociados que generan emociones desadaptadas, y finalmente con la sustitución de los pensamientos irracionales con otros más adaptativos (Jorquera, 1992).

Goldfried (2003) señala la necesidad de utilizar estrategias que permitan evitar la tendencia natural a mantener los auto-esquemas negativos, pese a la evidencia contradictoria, y que permitan su actualización y mantenimiento a lo largo del tiempo. Algunas de las estrategias que Goldfried y Robins desarrollaron para ese propósito incluyen el uso de nuevas conductas o experiencias correctivas, a fin de actualizar y generar auto-esquemas más adaptativos, mediante la exposición, toma de riesgos, ensayo conductual, modelado y relajación. Sugieren también ayudar al paciente a discriminar entre su funcionamiento pasado y presente y a ver sus cambios desde un punto de vista objetivo y subjetivo, de tal forma que se convierta en observador participante de su propia vida. Los autores mencionan que es preciso invitar al paciente a realizar un auto-monitoreo que le permita identificar experiencias exitosas y efectivas recientes así como el surgimiento de patrones conductuales más competentes, con lo cual logrará un sentido de auto-eficacia más positivo y alineará sus expectativas, sentimientos anticipatorios, conductas, consecuencias y autoevaluaciones subsecuentes.

Así, Goldfried propone una actualización del modelo estímulo-organismo-respuesta-consecuencias, el cual estaría ahora basado en el acrónimo STAIRCASE

(por las siglas en inglés de los términos). Este modelo contempla la situación, pensamientos, afectos, intención, respuesta, consecuencias y auto-evaluación relacionados con la reacción de un individuo a una situación específica y permite realizar una evaluación clínica cognitivo-conductual y una formulación del caso más amplia.

Este autor enfatiza también el uso del entrenamiento asertivo en la práctica de la terapia cognitivo-conductual para facilitar las experiencias correctivas, y para lograr que el paciente aprenda a expresar sus necesidades, sentimientos y creencias. Plantea que, mediante esta estrategia, el paciente puede moverse de una postura de víctima pasiva y desvalida, a una posición de mayor empoderamiento, confianza y fuerza.

4.2.1.3. Terapia de habilidades de afrontamiento al estrés

Diseñada por Meichenbaum en 1977 y Novaco en 1978, la terapia de habilidades de afrontamiento al estrés consiste en la inoculación o exposición progresiva a dosis manejables de estrés. La terapia inicia con la preparación cognitiva del paciente, el registro y evaluación de las situaciones estresantes y la explicación de los principios terapéuticos. A continuación se le enseña a desarrollar habilidades cognitivas (mediante auto instrucciones) y conductuales (relajación) que le permitan la aplicación práctica de nuevas conductas mediante la imaginación o ensayo (Jorquera, 1992).

4.2.1.4. Terapia de solución de problemas

Modelo de terapia desarrollado originalmente por D'Zurilla y Goldfried en 1971, revisado por D'Zurilla y Nezu en 1982 y por Nezu et al. en 1989, cuyo objetivo

inicial fue brindar a los individuos habilidades de afrontamiento eficaz en la solución de problemas que facilitaran su competencia social general. En este enfoque, Nezu y Nezu (2008) definen la solución de problemas como un proceso metacognitivo a través del cual los individuos comprenden la naturaleza de sus problemas, encuentran una solución eficaz y la ponen en práctica. Asimismo, estos autores señalan que las soluciones eficaces comprenden respuestas de afrontamiento que además de cambiar la naturaleza de las situaciones problemáticas, presentes o anticipadas y las reacciones problemáticas, maximiza las consecuencias positivas y minimiza las consecuencias negativas.

D'Zurrilla y Nezu también han puntualizado que la destreza en la solución de problemas intra e interpersonales es un aspecto determinante de las reacciones emocionales y del ajuste psicológico general del individuo. Dicha destreza depende de la interacción entre los cinco procesos que caracterizan la solución de problemas (Nezu & Nezu, 2008). El primero, es un proceso motivacional de orientación general, el cual implica la respuesta cognitiva-afectiva y conductual inmediata ante una situación problemática, donde se involucran aspectos de atención, creencias, suposiciones, valoraciones y expectativas sobre los problemas de la vida y la capacidad para solucionarlos. El segundo proceso, la definición y formulación del problema en términos conductuales, implica el análisis de la interacción entre las situaciones que contribuyeron a la aparición y mantenimiento de la situación problemática, cuya resolución para lograr un funcionamiento adaptativo se puede ver obstaculizada por barreras como la ambigüedad, incertidumbre, demandas en conflicto, falta de recursos o la novedad. El tercer proceso, supone la generación del mayor número posibles de conductas alternativas de solución e involucra la capacidad creativa e imaginativa del individuo, así como la supresión de su actitud

crítica y autocrítica a fin de permitir la generación de alternativas y su análisis posterior. Es decir, sigue los principios de cantidad, aplazamiento del juicio y variedad. El cuarto proceso, de toma de decisiones, supone la exploración de los resultados asociados a cada conducta generada y la selección de aquella considerada como más útil con base en sus consecuencias, así como el manejo de la incertidumbre que las acompaña. El quinto proceso, la puesta en práctica y evaluación de la solución elegida, supone la verificación de la eficacia de la alternativa ejecutada, basándose en los resultados reales y medibles obtenidos y su aplicación en situaciones similares en las que se pretende mejorar la actuación (Nezu & Nezu, 2008; Vázquez, 2002).

Es pertinente señalar que la solución de problemas es una técnica que se ha utilizado en poblaciones psiquiátricas de niños y adolescentes para la atención de problemas como la depresión ya que los déficits en las habilidades de solución de problemas conducen a estrategias de afrontamiento ineficaces ante el estrés derivado de experiencias vitales negativas, lo cual se considera un factor importante de vulnerabilidad para la depresión, vulnerabilidad que podría ser modulada mediante el entrenamiento en solución de problemas (Nezu & Nezu, 2008; Vázquez, 2002).

La versión de Nezu et al. de 1989 es una de las terapias de solución de problemas que más se ha utilizado en el tratamiento de la depresión. En la primera sesión se introduce el modelo y se explica al paciente su racionalidad. Entre la segunda y sexta sesiones se brinda el entrenamiento en los cinco procesos señalados. Entre la séptima y novena sesiones se trabaja el mantenimiento y la generalización. En la décima sesión se finaliza la terapia. No obstante la solución de

problemas es una técnica que puede utilizarse como parte integral de tratamientos que incluyan otras estrategias cognitivo-conductuales (Nezu & Nezu, 2008).

4.2.1.5. Terapia cognitivo conductual de Beck

Beck et al. (1979) definieron a la terapia cognitiva como una aproximación activa, directiva, estructurada y de tiempo limitado para el abordaje de trastornos psiquiátricos como la depresión, ansiedad, fobias, etc. La aplicación de la TCC para el manejo específico de la depresión surge en 1976 con Beck, quien basado en la observación clínica y ensayo experimental formuló un modelo cognitivo para explicarla y tratarla (Beck et al, 1979; Jorquera 1992).

Los supuestos teóricos de los que parte la TCCC son que la percepción y la experiencia en general son procesos activos que involucran datos de introspección e inspección, por lo que las cogniciones de los pacientes representan una síntesis de estímulos internos y externos. Asimismo la TCC asume que la forma en que una persona percibe las situaciones se ve reflejada en sus cogniciones (pensamientos o imágenes) configurando la visión personal de sí mismo, del mundo, del pasado y del futuro. Otro supuesto teórico que fundamenta el quehacer de la terapia cognitivo conductual es considerar a las alteraciones en el contenido de las estructuras cognitivas como causa subyacente del estado afectivo y de los patrones conductuales, mismos que se pueden volver conscientes y corregir mediante la terapia psicológica conduciendo a la mejoría clínica.

Algunos de los aspectos que caracterizan a esta terapia incluyen la participación y colaboración activa del paciente en la misma, su enfoque en el aquí y el ahora de los problemas y su mayor énfasis en las experiencias mentales o internas del paciente como los pensamientos, sentimientos, deseos, sueños diurnos

y actitudes. Se distingue también por su énfasis en la investigación empírica de los pensamientos automáticos, inferencias, conclusiones y asunciones del paciente (Beck et al, 1979).

El objetivo general de la TCC de Beck es recuperar el funcionamiento del individuo a sus niveles previos al inicio del trastorno depresivo mediante el uso de métodos conductuales y cognitivos. Los métodos conductuales constituyen una serie de experimentos diseñados para probar la validez de las ideas o hipótesis que los pacientes tienen sobre sí mismos, es decir, son el medio o instrumento para el cambio cognitivo mediante la demostración empírica del carácter negativo, erróneo o sobre generalizado de sus conclusiones. Una de las técnicas conductuales más utilizada es la elaboración conjunta con el paciente de un programa diario y graduado de actividades específicas, programa que permite al paciente contar con un referente concreto para evaluar de manera realista sus capacidades funcionales, demostrarle su capacidad en el control del tiempo y su ambiente y tomar consciencia de las actividades que le generan alivio de sus síntomas depresivos, es decir, le permite identificar y corregir sus pensamientos negativos. Una técnica complementaria a la anterior es el registro escalar del grado de dominio y placer asociado a la realización de las actividades prescritas en el programa de actividades, lo que permite al paciente detectar la mejora en su estado de ánimo por mínima que sea, contrarrestar sus pensamientos absolutistas de todo o nada y producir un sentimiento de optimismo al atribuir su bienestar a sus propias acciones y esfuerzo. El ensayo cognitivo es otra técnica conductual en la que se invita al paciente a imaginar los pasos sucesivos en la realización de una tarea, con ello se pretende que con apoyo del terapeuta el paciente enfoque su atención en detalles esenciales y contrarreste su tendencia a divagar, que identifique obstáculos potenciales en la

consecución de la tarea y desarrolle alternativas de solución para limitar experiencias fallidas indeseables. Una técnica conductual más es la representación de papeles, técnica en la cual el terapeuta, el paciente o ambos asumen roles asignados e interactúan conforme a ellos, esta representación permite identificar las cogniciones erróneas y factores que interfieren con la expresión adecuada de las emociones y permiten mediante el modelado, el ensayo conductual y el rol inverso (el paciente toma el papel del terapeuta) enfocar el entrenamiento del paciente en habilidades específicas como la asertividad. Según Beck et al. cuando se ha entendido el fundamento y aplicación de las técnicas conductuales es que se puede proceder al uso de aproximaciones conductuales más *puras*, o se pueden utilizar de manera conjunta con las técnicas conductuales según sea el caso.

Las técnicas cognitivas o de introspección se utilizan para explorar los pensamientos, deseos y sentimientos del individuo a fin de que pueda identificar y modificar sus paradigmas personales o patrones específicos de pensamiento que generan o mantienen su depresión. Una primera técnica cognitiva para este propósito, ya explicados los fundamentos teóricos del modelo cognitivo y los significados de las partes que lo integran, consiste en enseñar al paciente a observar, reconocer, monitorear y registrar de la manera más precisa posible sus cogniciones o pensamientos automáticos, a identificar aquéllos que se centran en temas específicos (como el rechazo) y a identificar los eventos ambientales asociados. Es preciso también ayudarlo a reconocer, mediante viñetas o imaginación inducida, la interconexión entre cognición, afecto y conducta. Una vez que el paciente pueda identificar y ser consciente de sus cogniciones negativas se le enseña, mediante el cuestionamiento sobre experiencias reales recientes, a examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos automáticos

distorsionados, la lógica, validez y función adaptativa de éstos. El siguiente paso será la identificación y cambio de las creencias disfuncionales que predisponen a la distorsión de la experiencia, para lo que se usa técnicas de reatribución o desresponsabilización que enseñan al paciente a identificar la causa de sus dificultades fuera de sí mismo y a evaluarlas como resultado de múltiples factores extraños, posibilitando la aceptación de la crítica de una manera constructiva y sin auto-castigo. Otra técnica cognitiva que favorece al cambio de los pensamientos negativos y su repercusión afectiva y conductual es la búsqueda de explicaciones alternativas para los mismos, mismas que capacitan al paciente para una solución de problemas más adecuada. Una última técnica cognitiva que permite reconocer y modificar las cogniciones disfuncionales es la denominada técnica de la doble, triple o cuádruple columna, según los elementos que contenga de acuerdo a las necesidades del paciente, en la cual se registra la descripción de la situación o evento que precede a una cognición, la intensidad de la respuesta emocional asociada, el grado en que se cree que los pensamientos distorsionados son ciertos, otras posibles interpretaciones y los resultados.

El objetivo final de la TCC es que el paciente incorpore, generalice y extrapole las técnicas cognitivas y conductuales aprendidas en el consultorio a su vida cotidiana (Beck et al., 1979).

Si bien Beck et al. enfatizan que no existe un modelo estándar aplicable sistemáticamente a todos los pacientes para generar el cambio en los patrones idiosincrásicos de pensamiento, han propuesto su aplicación mediante una serie de pasos. El primer paso, entre la primera y segunda sesión, se refiere a la preparación del paciente para la terapia, en la cual se explica la naturaleza y fundamento de la terapia cognitiva, así como la posibilidad de fluctuaciones en el nivel de severidad de

los síntomas y recaídas. El segundo paso implica la elaboración de un plan terapéutico para cada sesión, cuyo objetivo será el enseñar al paciente a identificar y modificar sus pensamientos erróneos y conductas disfuncionales mediante el reconocimiento y cambio de los patrones cognitivos que los generan. En este paso una de las principales estrategias utilizadas es la definición y resolución de problemas. Un tercer paso implica el establecimiento de una agenda de trabajo al inicio de cada sesión, donde se focaliza el aquí y el ahora de los problemas más relevantes para el paciente, los cuales se puede abordar mediante técnicas de representación de papeles, imaginación guiada, cuestionamiento de los pensamientos, etc. En un cuarto paso, mediante el empirismo colaborativo, se trata de generar, modificar, descartar o replantear hipótesis con base en la información proporcionada por el paciente, mismas que se someten a prueba en la práctica diaria. El quinto paso consiste en poner en juego el esfuerzo conjunto de paciente y terapeuta para la identificación y evaluación de las cogniciones disfuncionales, la generación de hipótesis y conducción de experimentos, invitando a la continua retroalimentación por parte del paciente respecto a sus pensamientos y sentimientos sobre la sesión. En un sexto paso, el terapeuta y del paciente elaboran un resumen sistemático para puntualizar los puntos tratados y su entendimiento, lo que favorece la empatía y calidez en la relación. Uno de los últimos pasos señalados por Beck et al., de suma relevancia para la presente investigación, es el apoyo que puede buscarse con otro significativo para el paciente, los padres por ejemplo. Estos otros significativos pueden proporcionar información adicional sobre los síntomas y nivel de funcionamiento del paciente, así como sobre el estrés en la interacción paciente-otro significativo que pudiera haber contribuido al inicio o mantenimiento del trastorno. Por otra parte, en el caso de adolescentes, los familiares pueden funcionar

también como co-terapeutas al brindarles información sobre los fundamentos de los procedimientos terapéuticos, para con ello contribuir a reforzar las tareas en casa, a neutralizar conductas anti terapéuticas, a apoyar al paciente a identificar las cogniciones negativas y a formular respuestas más razonables ante ellas. Con respecto a la duración de la terapia, inicialmente se sugirió un esquema general de 15 a 25 sesiones semanales, ajustable dependiendo de la severidad de la depresión de los pacientes a 2 sesiones semanales durante 4 a 5 semanas, sesiones semanales por 10 a 15 semanas más y 4 seguimientos quincenales. Respecto al tipo de estrategias utilizadas, Beck et al. señalan que el terapeuta debe aprender a establecer un árbol de decisiones en el que contemple el nivel de severidad del trastorno y la aplicabilidad de las estrategias al síntoma o problema particular del que se trate.

4.2.1.6. Curso de afrontamiento de la depresión con adolescentes

A los modelos anteriores se agrega el desarrollado por Lewinsohn et al. en 1984, denominado curso de afrontamiento de la depresión para adultos (CAD), a partir del cual deriva el curso de afrontamiento de la depresión con adolescentes (CAD-A) en 1990. El modelo de tratamiento de los adolescente en particular, se sustenta en el modelo multifactorial explicativo de la depresión propuesto por el mismo Lewinsohn et al., el cual señala a la depresión como producto de diversos factores etiológicos que interactúan de manera continua, conjunta y recíproca entre las vulnerabilidades e inmunidades personales y el ambiente. Este modelo de tratamiento parte también de la premisa de que la enseñanza a los adolescentes de estrategias y habilidades de afrontamiento les permite afrontar con eficacia los problemas del ambiente que contribuyen al inicio de su episodio depresivo. En este

modelo se pone énfasis en el aprendizaje por la experiencia, donde se realizan tareas en casa, auto-registros, e informaciones breves, además de incluir la enseñanza de habilidades básicas de comunicación, negociación y solución de conflictos. El modelo original para adolescentes, planeado para 16 sesiones de dos horas dos veces a la semana, se realiza en 8 semanas, con grupos de 10 adolescentes. El modelo también implica la realización de un curso paralelo para los padres de los adolescentes deprimidos, lo que parte del hecho de que los padres son una parte integral del ambiente social del adolescente, y del supuesto de que los conflictos persistentes no resueltos entre padres e hijos contribuyen a la aparición y mantenimiento de los síntomas depresivos, tal como ya lo han documentado otros autores (Lewinsohn, Gotlib, & Hautzinger, 2002).

En cuanto a la intervención con los padres, Lewinsohn et al. (2002) coinciden con Friedberg y McClure (2005) en que este tipo de intervención contribuye a acelerar el aprendizaje de las nuevas habilidades de los adolescentes en cuanto que los padres ayudan, apoyan y refuerzan el uso de dichas habilidades cotidianamente. A los padres se les informa sobre las nuevas habilidades que están aprendiendo los hijos y se les instruye en las mismas habilidades de comunicación y solución de problemas que a los adolescentes.

Friedberg y McClure (2005) señalan que uno de los objetivos es equipar a los padres de estrategias de resolución de problemas que les permitan identificar los síntomas de sus hijos (como la ideación suicida) y ayudarles a superar sus pensamientos, sentimientos o conductas, al generar soluciones alternativas más adaptativas. También se les enseña a valorar el nivel de autocontrol del adolescente, con un análisis de la frecuencia, intensidad y duración de las conductas. Se les

ayuda a identificar conductas de riesgo o peligrosas, a tomarlas en serio y a prestarles atención.

Finalmente, Lewinsohn et al. (2002) mencionan como componentes principales a trabajar en el CAD para adolescentes el establecimiento de las reglas del grupo, la explicación del modelo de tratamiento y principios de los que parte, el desarrollo de la auto-observación y el establecimiento de una línea base. Aspectos seguidos de un entrenamiento en habilidades sociales mediante técnicas de conversación, planificación de actividades sociales y estrategias para hacer amigos, al igual que con la promoción de actividades agradables que permitan aumentar las tasas de refuerzo positivo de los adolescentes. Otros elementos que contempla esta propuesta son la disminución de la ansiedad mediante la técnica de relajación muscular progresiva de Benson, la reestructuración cognitiva para disminuir las cogniciones depresogénicas, irracionales o negativas; y la solución de conflictos en sus diferentes ambientes, con especial énfasis en habilidades y técnicas de comunicación. Al finalizar el programa se auxilia a los adolescentes a elaborar un plan y objetivos de vida personalizados a futuro, en los que integre las habilidades aprendidas con el fin de prevenir las recaídas. Programa que a decir de Lewinsohn se ha probado en 3 diferentes estudios con 21, 59 y 96 adolescentes respectivamente, quienes cumplían criterios DSMIII para depresión mayor o distimia.

Autores más recientes como Freeman y Oster (2007) definen la terapia cognitiva de la depresión como un modelo de afrontamiento y adquisición de habilidades, más que un modelo curativo, donde el objetivo es modificar los esquemas que predisponen a ella, no eliminarlo, y controlar y contrarrestar los pensamiento automáticos que la mantienen, más no detenerlos. Estos autores describen a la TCC como una secuencia de pasos que se entremezclan entre sí y

que parten de la conceptualización del problema, planteamiento de objetivos y selección de intervenciones desde el marco teórico que sustenta al modelo cognitivo-conductual. Asimismo señalan que una sesión típica TCC implica la revisión de los resultados de evaluaciones previas (p.e., BDI), de las interacciones y problemas de la semana y la revisión de las tareas en casa. Aunado a la selección de un problema específico como foco de la sesión y a la elaboración de un resumen y repaso de la sesión, con retroalimentación hacia el terapeuta. Estructura que como se puede observar no difiere en gran medida de la planteada inicialmente por Beck et al. (1979) ya comentada.

Albano, Krain, Podnieszinski y Ditzkowsky (2004) enfatizan que en el abordaje de los problemas internalizados y externalizados en la infancia y adolescencia es preciso retomar las bases teóricas del aprendizaje y del aprendizaje social en particular. Ello obedece a que, desde la perspectiva de la terapia cognitivo conductual, el individuo nace con ciertas vulnerabilidades o factores de protección (endógenos o exógenos) relacionados con el desarrollo prenatal, la historia familiar y genética, el temperamento, las prácticas parentales, y el ambiente social y familiar. Estos factores moldean las características de la respuesta adaptativa ante los estresores que se presentan al individuo a lo largo de su desarrollo y maduración. Por tanto, la terapia cognitivo conductual (TCC) en este grupo de edad, con una perspectiva desde la psicopatología del desarrollo, tendrá como objetivo evaluar las vulnerabilidades psicológicas, las cuales pueden estar representadas por sesgos cognitivos, déficits de habilidades sociales o en la solución de problemas, o por conductas de evitación, escape, agresividad. Así, estos autores proponen que, valiéndose de múltiples informantes y métodos, los clínicos pongan especial atención a las debilidades y fortalezas de los adolescentes, al funcionamiento que

presentan en sus diferentes ambientes, a la interacción entre su temperamento, estilo de crianza parental y estabilidad emocional, así como a su relación con los padres. Un aspecto especialmente relevante es la evaluación de la psicopatología paterna, la cual puede determinar la falta de accesibilidad de los padres o su incapacidad para atender las necesidades cotidianas de los hijos, o sus requerimientos en terapia.

Lewinsohn et al. (2002) y Friedberg y McClure (2005) coinciden en señalar que en la práctica de la TCC durante la adolescencia es preciso generar empatía con los jóvenes, aunque los objetivos de la terapia no difieren en gran medida de los ya revisados. Es decir, se les invita también a llevar un registro diario que les permita identificar la relación entre los acontecimientos desagradables y su estado de ánimo; se les entrena en técnicas de relajación y en la mejor manera de enfrentar los acontecimientos aversivos, se les enseña a planificar y manejar su tiempo de una manera más equilibrada privilegiando la realización de actividades agradables, y se les instruye para plantearse objetivos concretos cuyos logros puedan ser evaluados diariamente en conjunto con su estado de ánimo. De igual importancia es la instrucción de los adolescentes en estrategias de comunicación asertiva y positiva que incremente sus habilidades sociales, así como para la revisión y solución de problemas que les permita tener una mayor capacidad de autocontrol ante las contingencias y la posibilidad de auto-reforzarse.

Pese a la diversidad metodológica en la práctica de la TCC hasta aquí revisada, podemos observar que ésta integra en la actualidad un triple abordaje terapéutico que incluye aspectos cognitivos o intelectuales (énfasis en experiencias internas como pensamientos, sentimientos, deseos, actitudes, inferencias, conclusiones y asunciones), aspectos emocionales (por ejemplo uso de la relajación

muscular profunda para el manejo de la ansiedad fisiológica, conductual y/o cognitiva que acompaña a los estados emocionales), y aspectos conductuales (por ejemplo la exposición, la comprobación empírica de los cambios conductuales y su relación con los pensamientos y emociones) (Beck et al., 1979; Jorquera, 1992).

Asimismo existe una serie de características comunes que diferencian de otras modalidades terapéuticas como son: a) el reconocimiento de la plasticidad de la conducta, lo cual permite que al proporcionar experiencias nuevas de aprendizaje se modifique la conducta, b) el uso de tratamientos activos y directivos, que involucran la colaboración del paciente (empirismo colaborativo) para establecer la dirección, contenido y ritmo de la terapia, lo cual favorece su sensación de eficacia y contrarresta las atribuciones negativas sobre sí mismo, el mundo y el futuro, c) la evaluación y valoración de tratamientos alternativos (identificación del grado y naturaleza del problema, especificación de los procedimientos y metas en la modificación conductual, y medición de los resultados), d) el énfasis en los determinantes actuales de la conducta, es decir en el aquí y el ahora de los problemas, e) énfasis en el cambio de la conducta manifiesta como principal criterio de evaluación del tratamiento, f) especificación del tratamiento en términos objetivos, con posibilidad de réplica, g) confianza en la investigación básica en psicología con el fin de generar hipótesis generales sobre el tratamiento y las técnicas terapéuticas específicas, h) especificidad en las definiciones y explicaciones sobre el tratamiento y la medición con una perspectiva multidimensional y i) la duración limitada de la terapia (Beck et al., 1979; Jorquera, 1992; Kazdin, 1996; Franks, 2008; Freeman & Oster, 2007).

Con respecto a la elección de las técnicas particulares de intervención ésta dependerá de las habilidades del adolescente en cuanto a lenguaje, toma de

perspectiva, razonamiento y habilidades de regulación verbal, así como de su edad, nivel de desarrollo cognitivo, gravedad de la depresión y de las capacidades que requiere la técnica (Friedberg & McClure, 2005).

Algunas de las principales técnicas utilizadas en la terapia cognitivo conductual son:

4.2.1.7. Técnicas cognitivas

Cuestionamiento Socrático. Se trata de una técnica que permite explorar los pensamientos automáticos y creencias irracionales ante situaciones específicas, promover el deseo del cambio, facilitar el desarrollo de la auto-consciencia y auto-observación, promover el entendimiento sobre la asociación entre sentimientos y cogniciones, y finalmente, permite identificar los patrones de percepción, razonamiento, procesamiento de información y solución de problemas que utiliza el paciente. Mediante el cuestionamiento también se pretende que el paciente desarrolle mecanismos adaptativos, de tolerancia al estrés, y niveles funcionales de introspección y objetividad. Por otro lado, el cuestionamiento permite modelar al paciente la acción cognitiva mediante la cual ponga a consideración los sesgos en su proceso de razonamiento y la evaluación que está haciendo de sí mismo, del mundo y del futuro. Esta técnica incluye la realización de preguntas como: ¿Cuál es la lógica de este problema?, ¿Cuál es la evidencia a favor o en contra?, ¿Hay alguna explicación alternativa?, ¿Qué es lo peor o mejor que podría ocurrir?, ¿Qué puede aprender uno de esta experiencia?, etc. (Beck, 2000; Granvold, 1994).

Auto-instrucciones. Se trata de un método desarrollado por Meichenbaum y Goodman, con base en los trabajos de Luria y Vygotsky, el cual se refiere a las auto-verbalizaciones utilizadas de manera previa a la ejecución automática de una tarea o

habilidad, o durante el proceso de resolución de problemas (Granvold, 1994). Su objetivo es interrumpir la cadena estímulo–respuesta para inhibir respuestas desadaptativas. Es un procedimiento cuya ejecución se realiza en los cinco pasos descritos por Meichenbaum en 1977, los cuales incluyen el modelado cognitivo (el terapeuta se habla así mismo en voz alta durante la ejecución de la tarea), guía externa (el paciente realiza la misma tarea mientras recibe instrucciones verbales del terapeuta), auto-guía (el paciente realiza la tarea mientras se da instrucciones así mismo en voz alta), desvanecimiento de la auto-guía (el paciente realiza la tarea mientras se susurra las instrucciones así mismo), y encubrimiento de la auto-guía (el paciente realiza la tarea mientras se instruye así mismo de manera privada). El uso de esta técnica permite el desarrollo de habilidades sociales, reducir la agresividad, mejorar la capacidad creativa, reducir la ansiedad y mejorar la habilidad de resolución de problemas.

Reestructuración cognitiva. Es un método de intervención que permite identificar los esquemas y patrones de pensamiento disfuncionales. Granvold (1994) señala como los principales pasos de la reestructuración cognitiva: a) exponer las creencias que se plantean como hipótesis operativas ante una situación dada, b) determinar el significado histórico de las creencias, c) determinar la fuerza de la creencia en la actualidad y en el pasado, d) determinar la forma en que ha sido utilizada la creencia y las consecuencias por su mantenimiento, tanto en el pasado como en el presente, e) determinar la matriz de creencias asociadas a la creencia central, f) establecer las consecuencias cognitivas, emocionales, conductuales y sociales derivadas del mantenimiento de la creencia, g) guiar al paciente en la búsqueda de evidencia que apoye o que refute la creencia central, h) entrenar al paciente a monitorizar y registrar los pensamientos erróneos asociados a la creencia

central, así como sus consecuencias emocionales, conductuales y sociales, j) asignación de tareas que permitan la aplicación de los conocimientos adquiridos en la vida cotidiana, y k) revisión de la tarea.

Algunas estrategias señaladas por Freeman y Oster (2007) para lograr la reestructuración cognitiva son:

Técnica de la flecha descendente (Burns, 1980): Se utiliza para hacer conscientes los procesos de construcción de significados y suposiciones subyacente, mediante cuestionamientos sobre el significado y atribuciones causales de sus pensamientos y experiencias.

Clarificar: se solicita al paciente que sea específico y descriptivo cuando utiliza palabras que expresan absolutos o categorías globales, a fin de dismantelar el pensamiento global y hacer explícito la cadena de asociaciones y razonamiento causal.

Etiquetar las distorsiones cognitivas: se vale del uso de listas ya elaboradas, como la de Burns, la de Zaken-Greenburg o la de Beck. Esta última enlista y describe algunos de los errores de pensamiento más frecuentes, entre los que se encuentran los pensamientos dicotómicos (polarizados o de todo o nada), pensamientos catastróficos (de adivinación del futuro), la descalificación de los aspectos positivos, el razonamiento emocional, el catalogar, la magnificación o minimización de una situación, la abstracción selectiva (filtro mental en los detalles negativos), leer la mente (pensar que se sabe lo que los demás están pensando), la sobre generalización, personalización, afirmaciones de tipo imperativo como *debo* o *tengo*, y la visión en túnel (Beck, 2000). Mediante la técnica de la triple columna (pensamientos automáticos negativos, distorsiones cognitivas, respuesta racional)

es posible etiquetar los errores cognitivos y sustituir los pensamientos automáticos negativos por otros más racionales.

Descatastrofizar: es un método para contrarrestar las expectativas negativas, con foco a futuro y en las estrategias de afrontamiento, más que en el significado atribuido a los acontecimientos.

Solución de problemas. Como se señaló previamente, Nezu y Nezu (2008) definen la solución de problemas como un proceso metacognitivo a través del cual los individuos comprenden la naturaleza de sus problemas, encuentran una solución eficaz y la ponen en práctica. Esta estrategia incluye el entrenamiento en la toma de decisiones mediante el análisis de las ventajas y desventajas de las mismas.

Imaginación guiada. Con ella se enseña al paciente a identificar imágenes mentales espontáneas (ensoñación, imagen, fantasía, recuerdo) que le son perturbadoras, a fin de que pueda manejarlas, al igual que las inducidas, mediante técnicas de reestructuración cognitiva que alivien la tensión. Algunas de estas técnicas son: el seguimiento de la imagen hasta su conclusión, lo que permite la reconceptualización del significado de los resultados; dar un salto hacia adelante en el tiempo, en el que se encuentra una solución favorable a la situación; tolerar la imagen mediante la resolución de los problemas que aparecen en ella; cambiar la imagen; comprobar la realidad de la imagen utilizando el cuestionamiento socrático, repetir la imagen, con atención a los cambios en su representación y en los niveles de estrés generado; detención de las imágenes al realizar actividades incompatibles con su sostenimiento en la mente; y finalmente, sustitución de las imágenes por otras más placenteras (Beck, 2000).

4.2.1.8. Técnicas conductuales

Relajación. Se trata de ejercicios que se enseñan y practican en la sesión terapéutica, donde se puede evaluar su eficacia y resolver problemas de ejecución. Son manejados como experimentos en lo que si bien se puede esperar una disminución de la angustia, puede también existir una exacerbación con pensamientos angustiantes que deberán ser evaluados (Beck, 2000).

La relajación es una técnica descubierta por el cardiólogo Herbert Benson en 1975, útil para el manejo del estrés y de la agitación emocional y activación fisiológica que lo acompañan. Su realización se ve facilitada por un ambiente sin distracciones, un dispositivo mental que permita dirigir la atención hacia el interior (p.e. un sonido o palabra recitado varias veces), una actitud pasiva, y una posición cómoda. Los pasos que señala Benson para realizar este ejercicio son seis. El primero es adoptar una posición cómoda y sentirse tranquilo: el segundo, cerrar los ojos; el tercero, relajar profundamente los músculos comenzando por los pies y avanzando hasta la cabeza, manteniéndolos relajados; el cuarto, respirar por la nariz, fijarse en la respiración, al respirar pronunciar la palabra “uno” para sí mismo, respirar de manera natural y espontánea; el quinto, repetir lo anterior por 10-20 minutos, permaneciendo sentado por unos minutos al terminar antes de incorporarse; en el sexto paso se sugiere no preocuparse si no se alcanza un nivel profundo de relajación, y dejar que ésta se realice a su propio ritmo. Así mismo se sugiere ignorar y alejar de la mente pensamientos distractores, y practicar el ejercicio una a dos veces al día, pero no dos horas antes o después de comer (Weiten, 2006).

Esta técnica pretende hacer que los niños y adolescentes tomen consciencia y control de las reacciones musculares y fisiológicas que se producen por la

ansiedad que generalmente acompaña a la depresión. Puede además generar una interacción familiar positiva cuando los padres se involucran en su ejecución, y enseña al paciente a tolerar las fluctuaciones corporales normales producto de los cambios en el ambiente (Albano et al., 2004).

Activación conductual. Es una estrategia utilizada en pacientes con depresión para el manejo de síntomas como retardo psicomotor, fatiga y aislacionismo. Consiste en general, en colaboración con el paciente y de manera graduada, un plan de actividades que involucre actividades placenteras (realizar algún deporte), exitosas (aprobar materias) y con la oportunidad de mejorar su socialización (con pares y familiares), a fin de reforzar la seguridad del paciente en sí mismo (Albano et al., 2004).

Modelado. Es una técnica que permite al paciente testificar y participar en situaciones difíciles, probar ideas alternativas, y observar los resultados. El modelado puede ser simbólico (con películas o audio-casete), en vivo (con la demostración de la tarea por el terapeuta o algún otro participante) o participante (con la integración del paciente), puede también estar dirigido a mostrar resultados exitosos o estrategias de adaptación ante las situaciones problemáticas (Albano et al., 2004).

Representación de papeles (role-playing). La técnica consiste en actuar una situación para que el individuo experimente las diversas formas de responder ante ella. Para ello utiliza las habilidades aprendidas de manera previa, y se permite la incorporación de habilidades nuevas mediante la corrección por parte del terapeuta de los errores cognitivos, emocionales o conductuales exhibidos. Se puede realizar de manera gradual, iniciando la representación de manera imaginaria.

Registro diario de pensamientos: Permite la identificación de pensamientos automáticos negativos, la meta-cognición, aumenta la auto-eficacia y esperanza, disminuye la ansiedad por distracción, y facilita la generalización y transferencia del aprendizaje (Freeman & Oster, 2007).

Elaboración de un plan de actividades: se puede realizar en una tarjeta que contenga los días de la semana y las horas del día, donde se programe las tareas a realizar, o se consigne las actividades realizadas por el paciente, las cuales posteriormente serán evaluadas y analizadas respecto al placer que producen, la eficacia con que fueron llevadas a cabo, los estados de ánimo asociados, y la comprobación de predicciones (Beck, 2000). Esta estrategia permite evaluar y formular hipótesis; facilita la distracción, movimiento e interrupción de pensamientos; permite identificar la frecuencia de actividades reforzantes y recompensantes; y contrarresta los pensamientos de baja auto-eficacia (Freeman & Oster, 2007).

Experimentos conductuales: se trata de actividades planeadas dentro o fuera del consultorio para comprobar directamente la validez de los pensamientos o presunciones del paciente, las cuales pueden ir acompañadas del cuestionamiento socrático (Beck, 2000).

4.2.1.9. Otras estrategias terapéuticas

Psicoeducación. En un primer momento, se trata de mostrar a los niños y adolescentes la diferente gama de emociones dentro de la experiencia humana, las cuales pueden ser normales y esperadas ante determinadas circunstancias (ansiedad, temor, tristeza). Para ello se puede hacer uso de instrucciones didácticas o de materiales de lecturas, cuadernos de trabajo, dibujos que representen diversas circunstancias y los diferentes de emociones asociadas. En una segunda instancia

se brinda información sobre la naturaleza del trastorno depresivo, respecto a sus componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales, a fin de generar consciencia sobre los mecanismos que inician y mantienen el trastorno. Para ello se utiliza el auto-monitoreo, el llenado de diarios y la asignación de tareas, los que permiten reconocer la liga entre los pensamientos, sentimientos y conductas que conducen a la depresión (Albano et al., 2004).

Entrenamiento en habilidades sociales. Previo a la evaluación del nivel de actividades del paciente, se entrena en habilidades para el inicio y mantenimiento de una relación personal de manera asertiva, habilidades que por la evitación conductual del paciente deprimido no se encuentran adecuadamente desarrolladas. Se puede valer de métodos como la representación de papeles, el modelado o la formación de equipos con pares.

Prevención de recaídas: El fin de esta parte del tratamiento es que el paciente no solo mejore su sintomatología, sino que aprenda a ser su propio terapeuta. Una estrategia utilizada en esta fase consiste en elaborar una representación gráfica de los progresos, interrupciones, fluctuaciones o retrocesos que pueden estar presentes de manera normal en el curso de la terapia hacia la mejoría, de tal forma que no se vivan de una manera catastrófica cuando se presentan. Esta etapa del proceso contempla el repaso de los objetivos de la terapia y de los síntomas iniciales; la identificación de los nuevos aprendizajes, habilidades, reatribuciones, actitudes y nuevos patrones cognitivos y conductuales, de los que puede hacer uso el paciente en caso de nuevas situaciones depresogénicas, como las que fueron motivo de consulta.

Durante las sesiones de prevención de recaídas, se puede realizar un ensayo imaginado de enfrentamiento a situaciones estresantes, se puede también elaborar

un plan de auto-terapia a fin de poder anticipar la existencia de nuevos eventos estresantes y el uso de las estrategias de afrontamiento aprendidas.

Uno de los principales objetivos de esta estrategia, es que el paciente identifique qué cambio, cómo cambio y que hizo él para lograrlo, a fin de auto-atribuirse los logros obtenidos gracias a su esfuerzo. Se aborda también el significado de la terapia para el sujeto y para su vida, así como el significado de su relación con el terapeuta, con el fin de que integre dicha experiencia en su vida personal.

En esta fase de la terapia, se inicia un espaciado paulatino de la frecuencia de la terapia, y mediante el cuestionamiento socrático se analizan las ventajas y desventajas de dicho espaciado, además de explorar las preocupaciones y pensamientos automáticos sobre la finalización del tratamiento (Beck, 2000; Freeman & Oster, 2007).

Para la prevención de recaídas, Granvold y Wodarski (1994) señalan también la importancia de la integración de la familia u otros significativos en el tratamiento, como una forma de realzar, generalizar y transferir los logros obtenidos en la misma en el ambiente natural del adolescente. Esta integración puede reforzar los cambios adaptativos o para evitar la formación de barreras que limiten el despliegue de las ganancias del tratamiento. Por otra parte, Granvold y Wodarski sugieren como métodos para prevenir el deterioro de las ganancias obtenidas en terapia y la propensión a las recaídas, la cual fluctúa entre el 20-40% de los deprimidos, el fortalecer las expectativas de eficacia (convicción en la capacidad personal para generar las conductas necesarias para producir un resultado) y de resultados (confianza en que la ejecución de determinadas conductas le llevarán a la obtención del resultado deseado). Estas expectativas fueron señaladas inicialmente por

Bandura como determinantes del tiempo y esfuerzo que una persona dedica para enfrentarse y adaptarse a experiencias adversas, y pueden lograrse con un entrenamiento adecuado en auto-instrucciones y otros procedimientos de reestructuración cognitiva.

Definidos ya los fundamentos y principios generales de la TCC así como algunas de las estrategias de que se vale para su ejecución, es pertinente señalar que este tipo de terapia es una de las intervenciones que ha tenido mejor desempeño entre las terapias con fundamento empírico, por lo cual cuenta con apoyo para tratar patologías como la depresión, ansiedad, fobias, trastornos de alimentación, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de personalidad y de conducta antisocial en los adolescentes (Lyddon & Jones, 2002).

La TCC se considera también como la primera línea de intervención no farmacológica en el tratamiento de la depresión, con un índice de efectividad del 60-70%, y una magnitud del efecto incluso mayor que uno, lo cual, con base en los parámetros de Cohen que considera la magnitud del efecto superior a .80 como grande, indica que al final del tratamiento los adolescentes tratados con ella se encuentran por arriba del percentil 84 con respecto al grupo control, resultados que son superiores a los obtenidos con la terapia interpersonal (McCarty & Weisz, 2007).

Shaffer (2005) menciona que el curso típico de estas terapias dura de 8 a 16 semanas, y sugiere su uso como tratamiento previo al manejo farmacológico, a considerar éste si después de 4 a 6 semanas no se observan cambios en los registros de depresión.

Algunos autores informan mayor respuesta en adolescentes de 10-14 años que presentan síntomas de depresión menos severa y con menor deterioro psicosocial (Dopheide, 2006), ya que como estudios de meta-análisis informan, el

mayor índice de gravedad de la depresión es un precursor significativo para no alcanzar la curación después de la TCC (Harrington, Whittaker, Shoebridge & Campbell, 1999), además de que en estos casos no se recomienda como de uso exclusivo en el manejo de la depresión al que habría que agregar de manera paralela el uso de antidepresivos (AACAP, 2007; Coghill & Usala, 2006). Por otro lado, Harrington et al. (1999) destacan el hecho de que hasta más de un tercio de los pacientes mejoran con intervenciones pasivas, lo que sugiere un alto porcentaje de remisión espontánea en la depresión moderada en adolescentes.

Respecto al contenido de la terapia, el meta-análisis de McCarty y Weisz (2007) describe como principales componentes de la TCC exitosa, aunque no probados de manera empírica individual, el uso de modelos que muestren el interjuego entre pensamientos, sentimientos y conductas propios de la depresión; psicoeducación a los padres; auto-monitoreo del adolescente mediante medidas repetidas de conductas objetivo; enseñanza de técnicas asertivas para mejorar sus relaciones familiares y conducta inter-personal con otros (p.e. contacto ocular, sonrisa, uso de afirmaciones positivas, etc.); enseñanza de habilidades de comunicación, mediante la escucha activa y expresión de sentimientos positivos y negativos de una manera más adaptativa; restructuración cognitiva, mediante la identificación y cuestionamiento de pensamientos negativos y poco realistas sobre ellos mismos, los otros y los eventos; entrenamiento en solución de problemas con base en objetivos, alternativas de solución y consecuencias de las mismas; y finalmente, la motivación hacia una activación conductual que dotara a los adolescentes de una mayor sensación de placer y dominio.

En cuanto a la evidencia empírica de la TCC en el manejo de adolescentes con depresión que incluya alguna forma de intervención con los padres, esta es

escaza. A continuación se mencionan los únicos estudios que retomaron este aspecto.

Lewinsohn et al. (1990) condujeron un estudio con 59 adolescentes diagnosticados con trastorno depresivo mayor, con base en los criterios DSM-III, los cuales fueron asignados aleatoriamente a tres condiciones experimentales: grupo sólo de adolescentes, grupo de adolescentes con un grupo separado para padres, y lista de espera. Los pacientes fueron evaluados con el Beck Depression Inventory a su ingreso, al mes y a los 6, 12 y 24 meses. En dicho estudio los resultados mostraron una mayor eficacia de los tratamientos activos comparados con la lista de espera ($d = 1.18$). Pero, contrario a lo esperado, no existieron diferencias significativas entre el grupo de sólo adolescentes y aquel de adolescentes y padres. Del total de pacientes tratados, 46% no cumplió ya criterios diagnósticos para el fin del tratamiento, y 83% siguió mostrando recuperación a seis meses de seguimiento.

Clarke et al. (1999) replicaron el estudio anterior con la participación de 113 adolescentes con criterios diagnósticos del DSM-III-R para trastorno depresivo mayor y distimia. Los autores encontraron que los dos tratamientos activos fueron nuevamente superiores a la lista de espera ($d = 0.39$), pero sin diferencias significativas entre ellos, con un porcentajes de recuperación en el post-tratamiento del 66.7%, y de 81% para el seguimiento a 12 meses. Es decir, que la inclusión de los padres en el tratamiento no hizo diferencia en el resultado del tratamiento.

Kolko et al. (2000) realizaron también un estudio con 107 adolescentes de entre 13 y 18 años, que cumplían criterios diagnósticos del DSM-III-R para trastorno depresivo mayor, y que obtuvieron en el BDI una puntuación igual o superior a 13. Los pacientes se asignaron de manera aleatoria a tres condiciones experimentales: TCC, terapia familiar conductual sistémica y terapia de apoyo no directiva. Se

realizaron evaluaciones al ingreso y término del tratamiento, con seguimientos a 13, 6, 9, 12 y 24 meses. El diagnóstico actual y la severidad de la depresión se evaluaron mediante el K-SADS-P/E. Las intervenciones se realizaron en 16 sesiones semanales. La TCC incluyó psicoeducación, información sobre el modelo terapéutico, monitoreo y modificación de creencias y pensamientos automáticos, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas, y entrenamiento en regulación emocional. Los resultados de este estudio arrojaron principalmente, que la TCC tuvo un mayor impacto en la reducción de las distorsiones cognitivas y síntomas de ansiedad que la terapia familiar y que la terapia de apoyo no directiva; y que la TCC tuvo un mayor impacto sobre el clima familiar que la terapia familiar, sin encontrar relación entre el informe de depresión y el clima familiar. Resultados que, a decir de los autores, se contraponen a la visión de que la terapia familiar es necesariamente el mejor abordaje para adolescentes deprimidos con familias en conflicto, ya que si bien la intervención familiar parece favorecer los resultados del tratamiento con TCC en niños, parece no ser igual su efecto en adolescentes con trastornos internalizados. Por otro lado, los autores señalan que la ausencia de diferencias entre el efecto de la terapia familiar y la terapia de apoyo no directiva, podrían estar relacionados con el mayor tiempo que requiere la primera para poder modificar patrones de interacción tan complejos como los que se dan en la relación padres –hijos de las familias en conflicto. No obstante, en un estudio de seguimiento a dos años de esta misma muestra, Birmaher et al. (2000) informan que no se observaron diferencias entre los tres tipos de psicoterapia. Por otro lado, Birmaher et al. encontraron que la severidad inicial de la depresión y el auto-informe de conflictos padre-hijo inicial y durante el tratamiento fueron los factores que en mayor medida predijeron la falta de recuperación,

cronicidad y recurrencia del trastorno. Así mismo detectaron que pese a la ausencia de diferencias significativas entre los pacientes reclutados voluntariamente y aquellos reclutados por referencia clínica, los primeros mostraron una menor probabilidad de recurrencia.

Finalmente, March et al. (2006) condujeron el estudio de tratamiento para adolescentes con depresión (TADS, por sus siglas en inglés), en un escenario académico y comunitario, con adolescentes de 12 a 17 años, y con la intervención de los padres. En dicho estudio se comparó los resultados de cuatro tipos de tratamiento para adolescentes con depresión moderada a severa: fluoxetina, terapia cognitivo-conductual, la combinación de los dos primeros, y placebo. La TCC consistió de 15 sesiones, enfocadas a la reestructuración cognitiva, activación conductual y terapia familiar conductual. En dicho estudio March et al. encontraron que la TCC fue menos efectiva a las 12 semanas que la fluoxetina, y no mostró una efectividad más significativa que el placebo, con un nivel de respuesta en el 43.2% de los casos. El tratamiento combinado de TCC y fluoxetina resultó ser el más efectivo de los tratamientos, con un porcentaje de respuesta del 71% y un tamaño del efecto de .98 en la reducción de los síntomas de adolescentes con depresión moderada a severa. El tratamiento combinado mostró también una mayor rapidez en la reducción de la ideación suicida (8.4%), en contraste con la ligera elevación de la suicidalidad en los pacientes manejados con antidepresivos (11.9%), por lo que se atribuyó a la TCC un cierto efecto protector contra los eventos suicidas en pacientes tratados con fluoxetina. En este estudio los autores señalan que las desventajas económicas y la severidad de la enfermedad fueron los principales factores relacionados con la pobre respuesta en la fase aguda a la TCC. Un punto importante a considerar, es el empeoramiento de la sintomatología que se observó posterior a

la intervención, el cual fue mayor con el uso de fluoxetina (6.4%) y TCC (5.4%) que con el tratamiento combinado (1.9%) (AACAP, 2007; March et al., 2006).

En estudios de seguimiento a un año de la misma muestra, el equipo TADS (TADS, 2009) informa que el tratamiento combinado de fluoxetina y TCC mostró también ser superior en la velocidad de respuesta, calidad de vida, funcionamiento, remisión y seguridad, con respecto a los demás tratamientos. Mientras que tanto el tratamiento combinado como la TCC sola mostraron un efecto de remisión más sostenido al suspender el tratamiento que con la fluoxetina. Sin embargo, la AACAP (2007) hace referencia a resultados de investigación con resultados contrarios a los del estudio TADS, como el de Goodyer et al., realizado en el 2007, donde no se logró comprobar la mayor eficacia del tratamiento combinado de TCC e ISRS contra el uso exclusivo de fluoxetina.

En un meta-análisis de 35 estudios sobre psicoterapia en adolescentes deprimidos de 13 a 18 años, Weisz, McCarty y Valeri (2006) informan de un tamaño del efecto para la TCC de .35, el cual no fue superior respecto a otras aproximaciones no cognitivas ($ES = .47$). Por otro lado, Weersing, Iyengar, Kolko, Birmaher y Brent (2006) compararon los resultados obtenidos en la TCC de 80 adolescentes deprimidos tratados en una clínica especializada, con aquéllos obtenidos con el uso de la TCC en el contexto de nueve diferentes ensayos clínicos controlados. Los autores informan que si bien los pacientes del grupo clínico mejoraron de manera significativa $t(79) = 6.82, p > .001$, con una media de mejoría de .62 puntos por semana en el BDI, la velocidad de dicha mejoría fue significativamente más lenta en comparación con el ensayo clínico controlado de Brent et al., $t(115) = 4.86, p > .001$, y otros ensayos como los de Clarke et al., 1999; Lewinsohn et al., 1990 y TADS, 2004.

Kendall y Choudhury (2003) señalan que aunque existe suficiente evidencia empírica para el uso de la TCC en el tratamiento de adolescentes, aun quedan huecos por resolver en la investigación, como: a) la evaluación tanto de la significación estadística como de la relevancia clínica de los resultados del tratamiento (p.e. efecto en la calidad de vida, más que en la pura reducción sintomática). Punto en que se debe considerar los datos normativos que sugieren el retorno a un desarrollo normal, b) el efecto del desarrollo e implementación de intervenciones que involucren a los padres, así como la exploración del mejor papel y contribución de éstos durante el tratamiento (consultantes, colaboradores o pacientes), c) la exploración del efecto potencial o deletéreo del uso de medicamento en adición a la TCC, d) indagar sobre la eficacia y efectividad de los tratamientos en escenarios clínicos, con pacientes típicos, que incluyan, por ejemplo, la presencia de comorbilidad, e) la exploración de los factores moderadores (condiciones que determinan cuándo un tratamiento es más o menos efectivo), y mediadores (mecanismo) de los resultados, y f) el tipo de tratamiento más eficaz en los casos que no mejoran, entre otros. Algunos de los cuales trataremos de resolver en la presente tesis (los cuatro primeros).

Estos vacíos en la investigación fueron corroborados por Weisz et al. (2005). En una revisión de los estudios publicados entre 1963 y 2002 sobre el tratamiento de las psicopatologías más comunes en niños de 3 a 18 años, estos autores encontraron que sólo 236 eran metodológicamente aceptables, sólo 18 se dirigían a depresión, sólo el 28% incluyó alguna medida de funcionamiento, sólo 5% incluyó una medida del impacto medio ambiental del tratamiento, y sólo en el 25% se involucró a los padres en el tratamiento, además de que sólo el 4% de los estudios se condujo en un escenario clínico.

Derivado de estos huecos y contradicciones en la investigación, es que surge el interés en la realización de este estudio, el cual tuvo como propósito indagar sobre la eficacia y efectividad de la intervención cognitivo conductual dirigida a adolescentes de población clínica con depresión, y a sus padres. Las preguntas de investigación planteadas, las hipótesis a indagar, y los aspectos metodológicos específicos en la conducción de este estudio se tratarán más adelante en el capítulo 5.

4.2.2. Terapia interpersonal (TIP)

En una revisión realizada por Heerlein (2002) la autora señala que la TIP o IPT (por sus siglas en inglés) proviene de la escuela interpersonal americana, aunque se considera esencialmente ecléctica, y fue desarrollada en los 70 por Gerald Klerman et al. como una alternativa breve en el manejo de la depresión mayor en adultos, no obstante su presentación oficial mediante el manual de Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron se realizó hasta 1984, y no es sino hasta la publicación de un segundo libro en 1993 que surge la versión para adolescentes. Esta terapia cuenta con manuales traducidos a diferentes lenguas se reconoce como una de las estrategias eficaces para el manejo de la depresión.

La TIP está indicada en pacientes de consulta externa, con o sin tratamiento farmacológico asociado, y en su forma breve consta de 12 a 20 sesiones individuales semanales, de 40 a 50 minutos de duración. Algunas de sus características principales son que, al no tratarse de un abordaje de psicología profunda, su foco de atención se ubica en los problemas sociales o dificultades interpersonales actuales que contribuyen o son resultado de los síntomas depresivos, por lo que coloca mayor énfasis en el presente que en el pasado, si bien

toma en consideración aspectos relacionados con la transferencia, contratransferencia y con los mecanismos de defensa. Aunque no se trata de una forma de TCC, también aborda las cogniciones del paciente pero de una manera no estructurada, sin tareas ni auto registros.

Se caracteriza también porque todo el trabajo terapéutico se realiza durante la sesión, durante la cual el terapeuta desempeña un rol activo, de apoyo, esperanzador y no neutro, que busca redireccionar la atención del paciente, distorsionada por la depresión, hacia los detalles diarios de la interacción social y familiar.

El abordaje de la TIP se plantea en 3 niveles, el de los síntomas, el de las relaciones sociales e interpersonales, y el de los conflictos explícitos del paciente. En un esquema de 12 sesiones se plantean diferentes fases: a) fase inicial, de 1 a 3 sesiones, en la que con base en el DSM-IV, CIE-10 o entrevistas semi-estructuradas, así como con la realización de una historia clínica psiquiátrica, se realiza el diagnóstico y se enmarca dentro de un esquema de 4 áreas problemáticas (duelo, disputas de rol o interpersonales, transiciones de rol y déficit interpersonales. En esta fase se explica también las características del trastorno, su pronóstico y el método que se utilizará para la curación, b) fase intermedia, la cual dura de 4 a 10 sesiones que se focalizan en el área problemática detectada, y se vale de estrategias de afrontamiento y resolución de problemas así como de la generación de opciones alternativas de comportamiento, y c) fase final que prepara al paciente para el abandono de la terapia.

Al igual que la TCC, incluye un componente psicoeducativo donde también se puede involucrar de manera activa a los padres, a quienes se les entrena en habilidades de comunicación y solución de problemas, además de ayudar a la

comunicación apropiada de los sentimientos en los adolescentes y favorecer la detección de malas interpretaciones y asunción sobre los pensamientos o sentimientos de otros, todo ello con el objetivo de aliviar los síntomas y mejorar las habilidades de comunicación e incrementar la autoestima. Entre las principales condiciones que se benefician de este tipo de terapia se encuentran el duelo no resuelto, los conflictos no expresados con personas cercanas, cambios mayores en la vida y la soledad (Coghill & Usala, 2006; Shaffer, 2005).

Como se señaló anteriormente, las recomendaciones de buena práctica clínica sugieren previo al manejo farmacológico o psicoterapéutico, el uso de intervenciones psicosociales, las cuales abordaremos a continuación.

4.3. Intervención preventiva

Un consenso general entre los proveedores de servicios de salud mental, es que la prevención resulta una acción deseable, económica y con mayor probabilidad de éxito que las intervenciones basadas exclusivamente en el tratamiento. Prevención cuyo enfoque ha cambiado desde los 50-60 en que era señalada como primaria, secundaria y terciaria, a un nuevo paradigma propuesto por Gordon en 1994 en el cual se clasifica a la prevención con base en la población a la que va dirigida y a sus objetivos. Así, la prevención universal se aplica a toda la población independientemente del nivel de riesgo, la selectiva se dirige a personas que por sus características individuales o ambientales están consideradas en riesgo de desarrollar problemas psicológicos, y la indicada se dirige a quienes ya presentan síntomas leves y moderados y por tanto están en riesgo de desarrollar un trastorno futuro. No obstante, un entendimiento más amplio de estos conceptos enfatiza que estos niveles de prevención pueden ser aplicados durante la fase misma de

tratamiento de la psicopatología en la que los objetivos van orientados a prevenir la recurrencia, el empeoramiento del problema y las futuras complicaciones (Masten, Burt, & Coatsworth, 2006; Sheffield et al., 2006).

Es quizá por ello que los tratamientos basados en datos para el manejo de la depresión adolescente incluyen no sólo el abordaje psicofarmacológico o psicoterapéutico sino también a las intervenciones psicosociales dirigidas a elevar las habilidades cognitivas y conductuales de los pacientes tales como la educación emocional, las habilidades de adaptación, el estilo de pensamiento resiliente y regulación emocional. Un elemento fundamental de las intervenciones psicosociales es la psicoeducación para los padres y adolescentes en todos los casos, ya que este tipo de intervención conduce a un aumento del cumplimiento del tratamiento y contribuye al manejo de los altos niveles familiares de emoción negativa y emoción expresada frecuentemente asociados a la depresión (Coghill & Usala, 2006; Sheffield et al., 2006). Y como Repetti et al. (2002) señalan, el enfocar las intervenciones sobre las características familiares que representan factores de riesgo para la exacerbación de los trastornos físicos o mentales, puede compensar o desviar parcialmente el riesgo potencial del efecto acumulado y en cascada que estos factores tienen a lo largo de la vida, ya que pese a la base genética de muchos de estos riesgos, la familia es el ambiente dentro del cual estas predisposiciones se expresan y donde los padres parecen exacerbar o reducir su progresión.

Uno de los posibles mecanismos de acción de las intervenciones psicosociales con su componente psicoeducativo es el logro de la percepción de lo que ya en su momento Bandura denominó como auto eficacia en el control de los sucesos. Control que favorece el logro de la adaptación, la consecución de los procesos del desarrollo y la perseverancia en el afrontamiento de los fracasos, ya

que si la gente no cree tener ninguna influencia en lo que le pasa no se verá motivada para tratar que las cosas pasen , lo cual puede contribuir a generar estados de ánimo negativos, un auto-concepto disminuido y disminución en la motivación por la adaptación, mientras que la auto eficacia y expectativa positiva ante los resultados, facilitan el ajuste adaptativo ante situaciones estresantes y reducen la ansiedad y otras formas de estrés emocional (Bandura, 1977; Masten et al., 2006; Nezu, 2004). Estos hechos convierten al abordaje psicosocial en un aspecto central a manejar en el abordaje de los adolescentes deprimidos y su familia, tanto para facilitar el cauce normal de su desarrollo, como para el afrontamiento de la crisis que la depresión representa.

Esta última postura permite también ir acorde con los avances en la evolución de la psicopatología del desarrollo y su influencia en el diseño de modelos de intervención, modelos en los cuales se cambia de un enfoque centrado en la enfermedad a un enfoque centrado en la salud, e integración de aspectos relacionados con ella como la resiliencia, la competencia y el bienestar del adolescente y su familia. Esta postura parte de la premisa de que ayudar a las personas a desarrollar recursos personales y medioambientales de adaptación, es la mejor vía para prevenir problemas adaptativos (Masten et al., 2006).

La mayoría de trabajos de investigación destacan las intervenciones en el entrenamiento en la solución de problemas, ya que su efectividad se asocia con la recuperación de los episodios depresivos. Nezu (2004) señala al respecto, que la habilidad en la solución de problemas contribuye a la competencia social y bienestar psicológico global, y por ello la solución de problemas es una de las principales herramientas dentro de las estrategias de intervención cognitivo–conductual. En este enfoque se pretende enseñar al paciente a diseñar respuestas adaptativas que

alteren la naturaleza de los problemas y la reacción emocional negativa ante ellos, maximizando las consecuencias positivas y minimizando los resultados negativos. Se busca además desarrollar un estilo de solución de problemas racional el cual se caracteriza por habilidades para definir y formular el problema, generar alternativas, tomar decisiones e implementar soluciones. Este modelo parte del punto de vista de que la psicopatología puede ser entendida como una conducta de ajuste inefectivo y maladaptativo que conduce a resultados diversos como la depresión, ansiedad, síntomas físicos y problemas en las relaciones interpersonales. Así, la solución de problemas puede ser ofrecida de manera individual, como parte de un paquete de tratamiento a los cuidadores o como un medio de lograr adherencia y cumplimiento del tratamiento o como un medio para evitar las recaídas.

Masten et al. (2006) señalan que el trabajo de revisión realizado por la Asociación Psicológica Americana sobre los programas de intervención, proveyó datos empíricos de la última década sobre el papel que las intervenciones desempeñan en la prevención de trastornos. En dicha revisión se analizaron 300 programas de intervención, de los cuales sólo 10 fueron dirigidas a niños y adolescentes, y ocho de ellos se dirigieron específicamente a elevar la competencia mediante la construcción de habilidades sociales, emocionales, intelectuales y de conducta, las cuales están vinculadas con una adaptación exitosa. Cuatro de estos programas enfatizaron también la construcción de competencias parentales como un método de influir en el desarrollo adolescente y como una forma de mantener y reforzar los logros adquiridos por los adolescentes en las intervenciones individuales a nivel cognitivo, afectivo y conductual. Así, una de las principales conclusiones a las que se llegó con la revisión de la APA fue que las intervenciones deberían dirigirse al objetivo dual de promover la competencia en el desarrollo del adolescente y prevenir

la psicopatología, a lo que Masten et al. agregan que dichas intervenciones constituyen un proceso proactivo que promueve la resiliencia y que se basa en la existencia de procesos de riesgo y protección más que de factores simples.

Aunque la APA no se refiere a intervenciones específicas sobre depresión, sí se menciona que los programas de entrenamiento a padres se han evaluado extensamente en los últimos 20 años y 6 ensayos clínicos aleatorios con seguimiento a 3 años post intervención, documentaron el efecto significativo de la mejora en las habilidades de manejo parental sobre la reducción de problemas conductuales en los niños (Masten et al., 2006).

Essau (2004) también destaca la intervención con los padres para el establecimiento de relaciones padre-hijo fuertes que participen como factores protectores de la evolución del trastorno depresivo mediante la enseñanza de formas de comunicación efectiva con los hijos, entrenamiento en habilidades para la solución de problemas y estrategias de reforzamiento positivo apropiado.

Beardslee et al. (1993) señalan que las intervenciones con orientación cognitiva ayudan a incrementar el entendimiento de la experiencia de la enfermedad y contribuyen, entre otras cosas, al manejo de la culpa por la misma y ayudan al desarrollo de una nueva perspectiva, así como a cambios de conducta de los padres hacia los hijos. Así por ejemplo, Brennan et al. (2003) realizaron un estudio con adolescentes de 15 años, sus madres, padres y maestros, en el que concluyeron que la ausencia de psicopatología paterna, la percepción de aceptación, menor crítica y bajo control psicológico de ambos padres, así como la mayor calidez y menor sobre involucramiento materno (auto sacrificio, conducta sobre protectora) contribuyeron a aumentar la resiliencia de los adolescentes que son hijos de madres

con historia de depresión. Aspectos que pueden ser modulados con intervenciones psicoeducativas.

Son diversos los autores que coinciden también en la necesidad de abordar en los programas preventivos y de intervención con adolescentes deprimidos aquellos factores de riesgo de la depresión relacionados con la familia, como la falta de comunicación y entendimiento, al mismo tiempo que trabajar en el incremento de la consciencia parental y dotación de habilidades que les faciliten el reconocimiento de la depresión y permitan la identificación y estimulación de las capacidades adaptativas y de resiliencia en los hijos (Beardslee et al., 1993; Beardslee et al., 1997; Boyd et al., 2006; Essau, 2004; Prinz & Sanders, 2007).

A nivel empírico, en un estudio exploratorio realizado con 18 madres depresivas en tratamiento en dos centros de salud mental comunitaria Boyd et al. (2006) informaron de la necesidad expresada por las madres de contar con un tratamiento para ellas, de mejorar su parentalidad para aprender más junto con sus hijos sobre la depresión como enfermedad (entrenamiento psicoeducativo) y la necesidad de aprender habilidades prácticas para su manejo, aunado a la necesidad de contar con un apoyo social que les hiciera menos pesada la parentalidad, y la necesidad de ser percibidas no sólo como pacientes, sino también como madres. Un hecho relevante observado en este estudio fue que en general las madres no vinculaban de manera directa sus síntomas depresivos con el impacto potencial sobre su funcionamiento parental e interpersonal, y mediante la educación psicoeducativa con estrategias cognitivas se les podría ayudar a sentirse más capacitadas para manejar su depresión, a mejorar la comunicación familiar y a crear un ambiente más seguro y que se pueda predecir, todo ello a fin de contrarrestar la inconsistencia y la estructura limitada e interacción crítica en sus familias, lo que les

brindaría un sentido de mayor competencia y efectividad. Boy et al. señalan también, que los expertos sugieren un enfoque de grupos multifamiliares para que madres e hijos ganen soporte y aprendan mientras interactúan con otras familias, con especial énfasis en la educación sobre el desarrollo de los hijos y el entrenamiento en habilidades parentales.

Fram (2005) realizó otro estudio, en centros de apoyo familiar, para explorar la experiencia de los padres que participan en ellos, y encontró que los padres se benefician de las relaciones formadas en dichos grupos ya que les brinda la oportunidades de vincularse o establecer lazos fuertes que les permiten sentirse conectados, verse unos a otros frecuentemente, compartir información, reconocer la responsabilidad de ayuda y apoyo para otros, así como la posibilidad de adaptarse y responder a los retos y dificultades de la parentalidad. Otros beneficios derivan de la posibilidad de conectarse con otros aunque con lazos más débiles, pero que les permiten el acceso a nueva información, oportunidades y a recursos proporcionados por profesionales entrenados o padres con diversas perspectivas, información y marcos de referencia. Mencionan los autores que estos programas también sirven como amortiguadores del estrés asociado a la pobreza, como una oportunidad de ventilar la frustración y recibir validación de los propios sentimientos, lo que reduce el efecto negativo de la pobreza en la parentalidad y aminora el riesgo de maltrato infantil.

La importancia de un enfoque preventivo, basado en el modelo de factores de riesgo y protección existentes en diferentes dominios como la comunidad, la escuela, la familia, el grupo de pares y en las características propias del individuo, radica en su potencial para reducir los factores de riesgo y promover los factores de protección y así prevenir la incidencia de problemas conductuales y mentales (Bond,

Toumbourou, Thomas, Catalano & Patton, 2005). Estos autores encontraron una prevalencia de síntomas depresivos del 16.6%, 10.5% hombres y 21.7% mujeres, con la asociación más fuerte con factores de riesgo como los conflictos familiares, tanto para hombres como para mujeres. Para las mujeres la asociación más fuerte con el involucramiento prosocial ocurrió respecto a los factores protectores de apego, recompensa y oportunidades. En este rubro, para los hombres, lo fue las oportunidades y la recompensa. Observan que la exposición a un mayor número de factores protectores tiene menos impacto en los hombres que en las mujeres, sobre todo a nivel familiar, lo que disminuye los síntomas depresivos. De resaltar es que, en este estudio, los síntomas depresivos se asociaron con factores de riesgo en los 4 dominios y la exposición a factores de riesgo aumentó el riesgo de síntomas depresivos, al igual que de consumo de drogas.

Respecto al tipo de intervenciones, Prinz y Sanders (2007) señalan un enfoque de aproximación a las intervenciones de apoyo y tratamiento parental y familiar, base en datos, con una perspectiva poblacional y de salud pública. Este enfoque se basa en los mismos principios que los programas basados en la familia, en el aprendizaje social, el análisis funcional y en los principios cognitivo conductuales, los cuales han demostrado ser eficaces para la prevención de problemas de conducta en general.

Collins et al. (2000) puntualizan, que pese a la evidencia empírica existente, son muy pocos los esfuerzos que se han dedicado a manipular la conducta parental para influir en la conducta de los hijos, hecho que se confirmó en la presente revisión, así de los únicos estudios encontrados a nivel clínico que evaluaran la influencia de la intervención en los padres sobre el tratamiento de la depresión, se encontró el realizado por Kolko et al. (2000). Estos autores llevaron a cabo un

ensayo clínico aleatorio con 107 adolescentes deprimidos, de entre 13 y 18 años, provenientes de una clínica psiquiátrica en el cual examinaron la especificidad de las terapias cognitivo conductual y terapia familiar sistémica-conductual, así como los factores moderadores y mediadores de los resultados, con seguimiento a dos años. Los investigadores documentaron el diagnóstico actual y severidad de los síntomas de depresión con la aplicación de un auto-informe (BDI) y una entrevista semi-estructurada (K-SADS-P/E), mientras que el funcionamiento familiar fue evaluado con el cuestionario de conflictos conductuales (CBQ) desarrollado por Robin y Foster en 1989. En el estudio se realizaron aplicaciones pre-tratamiento, durante el tratamiento, post tratamiento (12 sesiones) y de seguimiento a 3, 6, 9, 12 y 24 meses. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a tres condiciones terapéuticas, en la primera se usó la terapia cognitivo conductual basada en la aproximación de Beck y adaptada a las necesidades específicas del desarrollo de los adolescentes, en la que se enfatizó el empirismo colaborativo, la familiarización del paciente con el modelo de terapia cognitiva, el monitoreo y modificación de pensamientos automáticos, asunciones y creencias básicas, la solución de problemas y la regulación afectiva.

En la segunda condición se utilizó la terapia familiar sistémica conductual, que incluyó dos aproximaciones terapéuticas utilizadas con efectividad para el manejo de adolescentes con familias disfuncionales. Una primera fase se basó en la terapia familiar funcional de Alexander y Pearson, donde se aclararon las preocupaciones que traía la familia al tratamiento y se brindó una reestructuración de afirmaciones que facilitaron el enganche en el tratamiento y la identificación de patrones conductuales problemáticos. Una segunda fase se basó en el modelo de solución de problemas desarrollado por Robin y Foster en 1989, que se enfoca en la

parentalidad, las preocupaciones del desarrollo, las habilidades de comunicación y la solución de problemas, y en la modificación de patrones de interacción familiar disfuncionales.

En la tercera condición se brindó una terapia de apoyo no directiva para controlar factores no específicos del tratamiento como el paso del tiempo, cantidad de contacto terapéutico, apoyo y empatía de un profesional entrenado.

En los tres grupos las familias recibieron una hora de apoyo psicoeducativo, posterior a la aplicación de un manual psicoeducativo, para discutir preguntas y preocupaciones sobre la depresión adolescente.

Finalmente, en este estudio Kolko et al. encontraron que a diferencia de la TCC, la terapia familiar mejoró los problemas de relación padres-hijos y el conflicto entre los padres, aunque su efecto requirió de un largo tiempo para permitir que los cambios tomaran lugar en los patrones de interacción familiar. No obstante subrayan que los beneficios encontrados de la terapia familiar son mayores para los niños que para los pacientes adolescentes, lo que concuerda con los hallazgos de otros estudios que muestran que las intervenciones familiares influyen en la interacción familiar y en el manejo de la ansiedad, pero no para el caso de los adolescentes deprimidos. En población mexicana no existen estudios similares al de Kolko et al., por lo que uno de los objetivos del presente trabajo es desarrollar una investigación que contraste los resultados obtenidos en el tratamiento de adolescentes con depresión con y sin la inclusión de sus padres.

En otro estudio, que no contempló la inclusión de los padres, Sheffield et al. (2006) documentan también la ineficacia de las intervenciones universales al realizar un ensayo controlado, aleatorio, con una muestra no clínica de 2,479 adolescentes con edad media de 14 años, a quienes asignaron a cuatro condiciones de

intervención, denominadas universal, indicada, universal más indicada y grupo control de no intervención. Se seleccionó a sujetos con elevada sintomatología depresiva, tomando en consideración una entrevista diagnóstica semi-estructurada como el inventario de depresión para niños (CDI) y la escala auto-aplicable del centro de estudios epidemiológico para depresión (CES-D). Con evaluación pre-intervención, post-intervención y seguimiento a 6 y 12 meses. En este estudio los autores encontraron por una parte, que los adolescentes con elevada sintomatología depresiva fueron en mayor medida del sexo femenino y de un nivel socioeconómico bajo; además de que mostraron mayores registros de desesperanza, estilo de pensamiento negativo, un estilo de solución de problemas negativo, mayor índice de ansiedad y problemas externalizados, así como un menor funcionamiento social. Los efectos de la intervención fueron examinados con un modelo lineal jerárquico que permitió la comparación dentro y entre los grupos. Los resultados del estudio no apoyaron la eficacia de las intervenciones universal y cognitivo-conductual indicada, solas o combinadas en la prevención de depresión en adolescentes considerados de alto riesgo con base en el elevado número de síntomas depresivos, ya que en ninguna de las aproximaciones de intervención (cognitivo-conductual, universal o no intervención) se observó una mayor efectividad en la reducción de los síntomas depresivos, prevención de nuevos episodios o mejora en la adaptación psicosocial, que en el grupo de no intervención, no obstante que si se produjo una reducción significativa de los síntomas depresivos, la desesperanza, los pensamientos negativos, la ansiedad y problemas externalizados, así como reducción en la orientación negativa a la solución de problemas y mejora en el funcionamiento psicosocial de aquellos estudiantes en riesgo, independientemente de la condición experimental y después de excluir a aquellos que ya presentaban un trastorno

depresivo como tal. Tampoco se observó una mejora importante en las habilidades que fueron foco de la intervención (pensamientos negativos y solución de problemas negativa), pese a que el nivel de satisfacción del consumidor fuera más grande para la intervención indicada, pero sin verse reflejado en los indicadores de salud mental. Con base en estos resultados los autores concluyeron que no fue suficiente focalizar la intervención solamente en los adolescentes, sino que probablemente sería necesario reducir simultáneamente los factores de riesgo y elevar los factores protectores en casa, la escuela y el ambiente social, es decir, que se requiere de una aproximación holística para obtener mejores resultados.

A nivel preventivo también, Kolko et al. (2000) señalan que las intervenciones universales son ineficaces para reducir el riesgo de depresión, pero que sí se ha documentado la eficacia de aproximaciones indicadas en sujetos de alto riesgo, cuando se combinan estrategias psicoeducativas y técnicas cognitivo conductuales.

Situación que no se ha estudiado en población clínica en general y especialmente en México, por lo que representa uno de los objetivos de este trabajo.

A nivel preventivo también, Beardslee et al. (1997) desarrollaron, administraron y compararon dos aproximaciones de intervención psicoeducativa, una con la facilitación de un clínico y la otra con discusión de lecturas. La que mayor beneficio arrojó fue la primera, al lograr al cabo de 10 sesiones establecer el vínculo entre la información cognitiva con las experiencias de vida de la familia que desencadenan cambios en la conducta y actitud hacia la enfermedad. Lo que a decir de los autores proveyó de nuevas vías para contender con las preocupaciones parentales que disminuyeron el impacto de la enfermedad sobre la familia y aumentaron la cercanía en la relación marital, impacto que se prolongó hasta por 17 meses. Resultados que demuestran el efecto sostenido de las intervenciones

clínicas relativamente cortas, y que apoyan la eficacia de las intervenciones cognitivas y psicoeducativas basadas en la resiliencia.

En la parte metodológica, se sugiere que el diseño de programas de intervención preventiva cumpla con los principios señalados por la Sociedad de Investigación para la Prevención en 2004. Algunos de estos principios comprenden el mostrar datos claros de su eficacia y efectividad. Se debe especificar los costos y herramientas apropiadas para su monitoreo y evaluación. Se espera también, que sean flexibles, de fácil acceso, con un adecuado costo-eficacia y efectividad a nivel poblacional.

En su contenido es necesario que cuenten con lo que se requiera para cubrir las necesidades parentales y familiares de resolución de problemas actuales, con una estructura auto-reguladora, en la que el profesional sólo brinde información, apoyo y guía cuando sea necesario. Estos programas deben posibilitar que los padres se hagan cargo de su elección de asistir, de optar por las estrategias de parentalidad apropiadas a su familia y que resuelva efectivamente sus problemas. Para ello se requiere de intervenciones multidisciplinarias y accesibles. El diseño debe también perseguir múltiples objetivos y resultados, ya que los programas dirigidos a problemas específicos se fragmentan y son ineficaces. El entrenamiento efectivo de los profesionales participantes, el control de aspectos organizacionales, así como la supervisión, comunicación inter-organización y la creación de una cultura de evaluación, son criterios de calidad adicionales (Boyd et al., 2006).

Ejemplo de estos programas es el sistema de ensayo poblacional triple P (TPSPT por sus siglas en inglés) desarrollado por Anders et al., que es eficaz y efectivo de acuerdo con datos de investigación (Prinz & Sanders, 2007).

Sin olvidar que si el contexto social dentro del cual se expresan estas características parentales está matizado por altos niveles de estrés, pobreza, criminalidad, pocas oportunidades de empleo y sistemas de apoyo insuficiente, el éxito de las intervenciones se verá comprometido (Repetti et al., 2002).

Finalmente, la Academia Americana de Psiquiatría infantil y de la adolescencia (2007) incluye como una de sus recomendaciones en el manejo de adolescentes deprimidos, la inclusión en cada fase de tratamiento de a) psicoeducación al paciente y su familia sobre los aspectos centrales de la depresión, invocando su participación activa en el proceso de tratamiento. psicoeducación que involucra también la visión de la depresión como una enfermedad derivada de aspectos genéticos y ambientales, de curso crónico, en la que se requiere la continuidad y adherencia al tratamiento para obtener mejores resultados, b) terapia de apoyo, con escucha activa y reflexiva, restauración de la esperanza, así como apoyo en la solución de problemas y uso de habilidades de adaptación, así como estrategias para su mantenimiento en el tratamiento, c) intervención familiar, ya que la motivación para el tratamiento viene generalmente desde ellos, además que son los que permiten un adecuado monitoreo de las conductas y progresos del adolescente, y que funcionan como red de apoyo primario ante las contingencias. Debiendo también brindarse apoyo en la reducción de los conflictos padres-hijos, ya que estos contribuyen a la prolongación de los episodios depresivos, a la recaída y a la recurrencia.

En México, a nivel de intervenciones psicosociales en depresión, no se cuenta en general con propuestas metodológicamente probadas que puedan formar parte de los programas de salud mental pública, mucho menos dirigidas a niños.

Razón por la que Lara et al. (2003) se abocaron a la evaluación de la efectividad con seguimiento a dos años, de una intervención psicoeducativa realizada en mujeres con síntomas de depresión. Fue un estudio comparativo entre una intervención grupal (en 6 sesiones semanales de 2 horas) y otra denominada individual mínima (entrevista de evaluación, orientación de 20-30 minutos y material de lectura), con evaluaciones antes y después del tratamiento y de seguimiento a 4 meses y dos años. Estudio en el que se corroboraron algunos de los resultados señalados en estudios previos sobre el impacto de este tipo de intervenciones, es decir, los autores no encontraron diferencias respecto a la efectividad entre las intervenciones grupal e individual, pero sí encontraron una disminución significativa de los síntomas depresivos y un aumento de la autoestima entre el periodo de evaluación previo al tratamiento y posterior al mismo, y entre el primer seguimiento y el realizado a 4 meses. Sin embargo este efecto no se mantuvo a los dos años, aunque no se revirtió al nivel de la pre-intervención. En el caso de la autoestima pese que hubo un ligero decremento a los dos años, se mantuvo a un nivel significativamente más alto que el observado en la evaluación antes del tratamiento. Efecto de desvanecimiento del efecto en las intervenciones breves a lo largo del tiempo, ya encontrado por otros autores, quienes han atribuido el efecto a las condiciones de vida de los participantes, relacionadas con la depresión, y que no es posible controlar.

El grupo de Lara et al. (2003) también valoró la contribución que tuvieron las intervenciones en las participantes. Estas consideraron que era una oportunidad para hablar de problemas importantes para ellas, que les permitía recibir retroalimentación y ventilar sus dudas y dificultades. En la intervención grupal resaltaron la libertad para expresarse, la interacción del grupo y el trabajo de la

facilitadora, que favorecía un mayor conocimiento entre ellas. A los 4 meses y 2 años el 80% y 60% respectivamente, manifestaron que la intervención tuvo una gran influencia en su vida y en sus problemas. En el seguimiento a 2 años se observó una reducción significativa del número de casos de depresión mayor, no sólo del número de síntomas depresivos, respecto a la evaluación antes del tratamiento. Si bien existen diferentes niveles de atención y prevención, éstos podrían funcionar de manera simultánea para un mismo individuo, previniendo algunos trastornos o limitando el daño en otros.

Resumen

Este capítulo muestra la evidencia empírica que sustenta el uso de algunas de las principales formas de abordaje del trastorno depresivo en niños y adolescentes, a saber el manejo farmacológico o psicoterapéutico como monoterapia o la combinación de ambos, así como un enfoque estrictamente preventivo.

Respecto al manejo farmacológico se hace énfasis en el uso de la fluoxetina (inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina) como antidepresivo de primera elección en el manejo farmacológico de la depresión en niños y adolescentes. Se habla de sus ventajas sobre otros medicamentos disponibles, así como de las precauciones y recomendaciones para su prescripción dados los efectos fisiológicos, afectivos y cognitivos con que se asocia (por ejemplo, incremento en el riesgo de suicidalidad).

A nivel psicoterapéutico se menciona los antecedentes históricos y el marco teórico que sustenta a algunos los enfoques terapéuticos que cuentan con mayor evidencia empírica sobre su eficacia (TCC, TIP). Se especifican las características

que los diferencian en cuanto a los objetivos de intervención, duración del tratamiento y estrategias de abordaje, sus indicaciones y limitaciones, así como aquellos estudios que documentan su uso en el tratamiento de niños y adolescentes con depresión. En este último rubro se mencionan los huecos de investigación existentes, las contradicciones en los resultados y la falta de datos concluyentes. Resaltando la evidencia que apunta al manejo combinado con TCC y fluoxetina como uno de los que mayor éxito tiene con respecto a cualquier mono-terapia dada su eficacia en la reducción de los síntomas depresivos, en la reducción del riesgo suicida y en la mejora en la calidad de vida de los adolescentes. Si bien se cuestiona los parámetros de evaluación de los resultados de los tratamientos, los cuales se han centrado en mayor medida en las diferencias con significación estadística, aunque con un tamaño del efecto pequeño, que en aquellas con relevancia clínica, por lo que en la siguiente sección abordaremos las diferentes estrategias para evaluar este parámetro que fue objeto de análisis en este estudio.

A nivel preventivo se destaca la importancia de la psicoeducación como un componente indispensable del tratamiento en población indicada, así como del involucramiento de los padres en el proceso de tratamiento dada la función de éstos en el modelado y moderación del desarrollo adolescente normal y patológico.

4.4. Evaluación de los resultados del tratamiento

4.4.1. Eficacia del tratamiento

Uno de los primeros puntos en la evaluación de los resultados de un tratamiento se relaciona con la determinación de su eficacia, a la cual aludirá este estudio en los términos enunciados por Kazdin (2001), es decir “se refiere a los resultados del tratamiento obtenidos en estudios de psicoterapia controlados que se

conducen en condiciones de laboratorio y cuasi laboratorio” (p. 39). Término que según Conde (2002) también se refiere a “aquella virtud o cualidad de una intervención que la hace capaz de producir el efecto deseado cuando se aplica en condiciones ideales”, en oposición a la efectividad que “alude a la capacidad de una intervención de producir el efecto deseado en condiciones reales o habituales” (p. 219).

Frías y Pascual (2003) puntualizan que los ensayos clínicos aleatorios, como este estudio, aportan la mayor validez interna al valorar el impacto que tiene una determinada terapia sobre un grupo de sujetos. Así mismo destacan que los estudios de eficacia se caracterizan por especificar las condiciones estructuradas de la intervención, la asignación aleatoria de los sujetos a los grupos de tratamiento o de control y la búsqueda de la mejoría sintomatológica, como en este estudio.

Se pretende que los resultados de este estudio contribuyan así a aumentar el grupo de pruebas, en un primer nivel de calidad de las mismas, que permiten identificar a las terapias psicológicas con evidencia empírica, según los criterios para tratamientos validados empíricamente emitidos por la Asociación Americana de Psicología. Esta situación a su vez facilitará el denominado ejercicio de la psicología clínica basada en pruebas, la cual parte del conocimiento y uso de la mejor evidencia empírica, procedente de la investigación sistemática, disponible para el ejercicio de la práctica profesional y la toma de decisiones sobre la intervención a utilizar. Conocimiento que debe ir aunado al juicio clínico del experto y a la consideración de las preferencias, situaciones y características del paciente (Frías & Pascual, 2003; Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996).

4.4.2. *Significación estadística*

Kazdin (2001) señala que es necesario el uso de la estadística en psicología clínica para evaluar la importancia de los efectos o cambios. Las pruebas de significación estadística en particular, sirven para determinar si las diferencias obtenidas en la medias de una variable dependiente diferencian a los grupos que se distinguen en una variable independiente particular, lo cual sucede cuando se obtiene una diferencia de suficiente magnitud como para poder determinar que los resultados obtenidos no se deben o están más allá de los que podríamos esperar por efecto del azar o de fluctuaciones normales, es decir, para rechazar la hipótesis nula que establece la ausencia de diferencias entre los grupos. Para ello usualmente se selecciona un nivel de confiabilidad (alfa), como criterio para determinar si los resultados son estadísticamente significativos, el cual arbitrariamente se fija en .05 o .01, lo que corresponde dos y tres desviaciones estándar de la media de una distribución normal, lo cual traduce la probabilidad de que al realizar el experimento 100 veces sólo en 5 o una de ellas respectivamente, pudiera ocurrir una diferencia de la magnitud encontrada (Kazdin, 2001; Kerlinger & Lee, 2002).

No obstante, la significación estadística no necesariamente refleja una significación personal o práctica, ya que puede estar sujeta como señala Kazdin (2001) a abusos, ambigüedades, malinterpretaciones y subjetividad, además de que se ve influenciada por el tamaño de la muestra (a mayor tamaño mayor probabilidad de significación). Pese a ello, se considera como la prueba definitiva acerca de si las variables bajo estudio son relevantes o dignas de darles continuidad.

Como alternativas al uso de la significación estadística, se pueden emplear medidas que evalúen la fuerza o magnitud de la relación entre las variables independiente y dependiente, o la magnitud de las diferencias entre los grupos, para

lo cual se cuenta con pruebas como la ω^2 , η^2 o η^2 parcial, ϵ^2 y la correlación producto momento de Pearson (r , r^2) así como la R y R^2 que se obtienen de la regresión múltiple y que expresan el porcentaje de varianza explicado por las variables predictoras (Kazdin, 2001).

La magnitud del efecto en particular refleja la magnitud relativa del efecto del tratamiento experimental, y se calcula a partir de la diferencia entre dos medias, divididas por la desviación estándar de las dos condiciones, a partir de la prueba t o F (Thalheimer & Cook, 2002).

4.4.3. Relevancia clínica

Asenlöf, Denison y Lindberg (2006) señalan que la evaluación del resultado exitoso de un tratamiento depende de a quien se le pregunte, por lo que los protocolos de investigación deberían incluir una gama de medidas de resultados que reflejen la perspectiva individual, de un otro significativo, y de la sociedad, tal como sugiere también Kazdin (2001).

Así, en los 70 autores como Bergin, Kazdin, Lick y Wolf, iniciaron un cambio en la forma de realizar investigación en psicoterapia. Ya que aunque los ensayos clínicos aleatorios continuaron siendo la forma privilegiada en el estudio de los resultados en psicoterapia, los investigadores empezaron a considerar para su evaluación, no sólo las diferencias estadísticamente significativas entre éstas, sino el significado clínico o práctico de dichos resultados (Kazdin, 2001; McCracken, MacKichan & Eccleston, 2007; Ogles, Lunnen & Bonesteel, 2001).

Esto implicó un cambio en los diseños de investigación que empezaron a incluir grupos control en lista de espera o sin tratamiento; además del desarrollo de

medidas que captaran los puntos de vista del paciente, el terapeuta y jueces externos.

Con base en los métodos de estadística inferencial que generalmente comparan las medias y varianza entre e intragrupos con niveles de confiabilidad al .05, se sabe que el 80% de las personas que reciben psicoterapia tienen resultados positivos al concluirla, a diferencia de quien no la recibe. Pero estas conclusiones tienen varias limitaciones, como el hecho de que no muestran la información específica de cada paciente y su interpretación resulta dudosa, por lo que en los 80s Barlow cuestionó su papel inmutable en la investigación de resultados. Esta visión fue compartida casi 20 años después por Jacobson y Truax (1998), quienes señalan que las pruebas estadísticas no ofrecen información sobre la variación dentro de los grupos ni sobre la relevancia clínica o práctica de los resultados dentro del grupo tratado. Con base en ello se empezaron a incluir en la investigación otras medidas, como la magnitud o tamaño del efecto, que como ya se mencionó nos habla sobre la magnitud de la relación entre variables o el tamaño de su diferencia. Esta medida se clasifica con base en los parámetros establecidos por Cohen en 1998, como pequeña si es mayor a .2, mediana si es mayor a .5 y grande cuando se encuentra por arriba de .8 (McCracken et al., 2007; Ogles et al., 2001).

No obstante, preguntas como el qué tanto se reduce la mortalidad o que tanto mejora la calidad de vida, no son resueltas ni por la significación estadística ni por el tamaño del efecto de los resultados, por lo que empezaron a implementarse medidas de la relevancia clínica. Así, a mediados de los 70 se inició el uso de la validación social para evaluar la relevancia de los cambios considerando la perspectiva de los individuos fuera de la relación terapéutica, y de los miembros de la sociedad. Para ello se usan las tácticas metodológicas sugeridas por Kazdin,

como la evaluación subjetiva y la comparación social. Estrategia que tiene sus raíces en el análisis conductual aplicado, con Wolf.

En la evaluación subjetiva, Strupp y Hadley sugirieron que debe considerarse la perspectiva del paciente, del profesional de la salud mental y de la sociedad (representada por alguna persona significativa en la vida del paciente como los padres o maestros) para evaluar los cambios cualitativos observados, que den cuenta de la eficacia de los resultados de un tratamiento (Ogles et al., 2001).

La perspectiva individual ha sido captada principalmente mediante los auto-informes (como el BDI), que permiten captar la vivencia directa, íntima e interna del sujeto respecto al cambio experimentado posterior a una terapia, aunque las últimas tendencias en investigación sugieren considerar la valoración de la calidad de vida (o nivel de bienestar subjetivo) para demostrar la relevancia de los resultados, ya que como Ogles et al. señalan, a menos que cambie la capacidad del paciente para funcionar en el trabajo, juego, en casa y en situaciones sociales, la sola disminución de los síntomas no es significativa. Calidad de vida que junto con la mortalidad, son consideradas por Kaplan como las únicas variables dependientes de relevancia en investigación sobre psicología de la salud.

Ogles et al. también refieren que mediciones basadas en los síntomas como el BDI, hacen una evaluación parcial del nivel de funcionamiento relacionado al área de bienestar emocional en la calidad de vida.

El método de comparación social señalado por Kazdin, consiste en la evaluación de la efectividad del tratamiento, con base en la comparación de los registro de pre y post-evaluación de la conducta del paciente con respecto a un grupo de referencia normativo (Kazdin, 2001; Ogles et al., 2001).

Respecto a la relevancia clínica específicamente, existen diferentes métodos para evaluarla, que dependen de la definición que se tenga de ella, pero que consideran 3 aspectos principales según Ogles et al. (2001): la mejoría, la recuperación o una combinación de ambas.

La mejoría es definida como un cambio estadísticamente confiable, es decir, lo suficientemente grande para no ser atribuido al error y para ser notado por otros. El método más comúnmente utilizado para evaluar la confiabilidad de cambio es determinando el índice de cambio confiable (RCI) con el método de Jacobson y Truax (1988), que toma en cuenta el registro pre-tratamiento (X_{pre}), el registro post-tratamiento (X_{post}) y el error estándar de la diferencia entre los dos:

$$RCI = \frac{X_{pos} - X_{pre}}{s_{diff}}$$

Donde el cambio se considera confiable o improbable que sea producto del error de medición, si el índice de cambio es mayor que 1.96 (puntaje Z a partir del cual se cae en el área de rechazo de la hipótesis nula).

Estos mismos autores también sugieren considerar dos criterios para la operacionalización del efecto de la relevancia clínica: a) que la magnitud del cambio entre el pre y el post-tratamiento sea estadísticamente confiable, y b) que los pacientes se muevan de un nivel disfuncional a otro funcional durante el curso de la terapia, lo que se evalúa en base a puntos de corte normativos. Criterios conforme a los que se clasifican a los individuos como: a) recuperados, si cumplen con los dos criterios, b) mejorados, si sólo obtienen un índice de cambio confiable, pero no alcanzan el punto de corte normativo, c) sin cambio, cuando no cumplen ninguno de los dos criterios, y d) deteriorados, si pasan el índice de cambio confiable pero hacia el empeoramiento (Asenlöf et al., 2006; Jacobson & Truax, 1998).

No obstante, existen otros métodos como los desarrollados por Edwards-Nunnally, Hsu-Linn-Lord y Nunnally-Kotsch, los cuales se pueden procesar mediante el método del modelo lineal jerárquico (HLM, por sus siglas en inglés) el cual considera los valores faltantes (McCracken et al., 2007; Ogles et al., 2001).

Ogles et al. además señalan que los cambios confiables se relacionan con los niveles de satisfacción del paciente y con la alianza terapéutica, resultando un buen método para evaluar la mejoría de los síntomas más no como un indicador de deterioro.

En cuanto a la recuperación, según los parámetros de Kendall y Grove, el regreso de los registros de resultados a la norma empírica es lo que representa un cambio significativo. Según Ogles et al., desde una aproximación más estadística, se puede usar los datos normativos ya existentes para una medida de patología dada. También se puede hacer uso de los puntos de corte, como en el caso de la depresión en que la recuperación está definida por la obtención de un puntaje de 9 o menos en el BDI; puntos de corte que fueron determinados con base en investigaciones previas.

Jacobson y Truax sugieren como posibles puntos de corte para considerar que un puntaje post-tratamiento es funcional cuando: cae dentro de 2 desviaciones estándar de la media del grupo funcional; cuando se aleja al menos dos desviaciones estándar del grupo disfuncional, o cuando se encuentra al menos a la mitad entre estos dos puntos. Si bien es importante considerar que no siempre se encuentran disponibles las distribuciones normativas para muchos instrumentos psicológicos.

Algunos puntos débiles a considerar con esta metodología, es que no todos los pacientes que entran a tratamiento aparecen como disfuncionales en las

medidas de resultados, lo que puede ser debido a falta de sensibilidad de los instrumentos, errores de medición o por la fluctuación temporal de los síntomas, aunado al hecho de que la mayor parte de los instrumentos son unidimensionales mientras que los pacientes en la clínica se presentan con problemas que son multidimensionales. Otro punto de sesgo, es la tendencia de regresión a la media, es decir, que aquellos sujetos que obtuvieron puntajes más altos de deterioro, pueden ser los que en los resultados muestren una mayor mejoría. Esta última tendencia puede ser identificada y manejada mediante el uso de la fórmula para el cálculo del RCI, que incorpora las estrategias sugeridas por Speer para su corrección (Ogles et al., 2001).

Otro punto de cuestionamiento, es que no siempre es posible el regreso a un nivel de funcionamiento normal, pero como fue señalado por Tingey et al. en 1996, cuando se cuenta con una escala que mide la patología en un continuo de severidad como el SCL-90-R, o como el BDI, más que con la comparación con un grupo de referencia normal, se puede considerar un cambio significativo cuando el paciente se mueve de un puntaje inicial de severidad al siguiente. Estrategia que es sugerida para la evaluación de los cambios significativos en poblaciones con enfermedades crónicas (McCracken et al., 2007; Ogles et al., 2001).

McCracken et al. también puntualizan que en los casos que se requiere de medidas múltiples, se puede apelar a un ajuste de la significación mediante el uso de una corrección conservadora como la de Bonferoni. Igualmente mencionan que si bien se pueden obtener resultados que demuestren la fuerza de un tratamiento, siempre será necesaria su réplica para demostrar su estabilidad y poder de generalidad.

Finalmente, como se señaló al principio de esta sección, el bienestar subjetivo forma parte de los criterios la investigación actual toma en consideración para evaluar la relevancia clínica de los cambios resultado de la aplicación en alguna intervención terapéutica, y que se utilizó como medida de relevancia clínica en la presente investigación, por lo que la abordaremos más en extenso en la próxima sección de este capítulo.

4.4.4. Bienestar subjetivo

Ya desde la época de Aristóteles se hablaba de la felicidad como el fin último de la vida humana (García, 2002), no obstante su estudio sistemático es relativamente reciente y deriva del interés general de los gobiernos en la mejora de las condiciones de vida de la sociedad (Garduño, Salinas & Rojas, 2005). Anguas (2001) por otra parte, menciona que el interés específico en el estudio del bienestar subjetivo está basado en la influencia que tiene en la supervivencia de las especies, en la seguridad durante el proceso de desarrollo humano, en la prosperidad material y en el progreso intelectual.

El estudio inicial de la felicidad o bienestar subjetivo se originó en Estados Unidos en 1976, y siguió la tradición positivista centrada en el análisis de las condiciones de vida que favorecían el bienestar objetivo (nivel de vida económico). En los años 70 se introdujo el concepto cuantitativo de calidad de vida, que se equiparó a los conceptos de bienestar social y bienestar económico, y que fue categorizado con base en indicadores objetivos como los ingresos, salud, vivienda y condiciones del entorno, etc. Es Lawton quien hasta 1983 introdujo los conceptos de buena vida o buen vivir, que contemplan al medio ambiente objetivo y a tres componentes eminentemente psicológicos como el bienestar psicológico, la

competencia conductual y la percepción de la calidad de vida. Elemento este último al que poco a poco se fueron incorporando componentes más subjetivos como el bienestar subjetivo o personal (García, 2002; Garduño et al., 2005).

En cuanto a su definición, Diener (2000) se refiere al bienestar subjetivo o felicidad, como la evaluación afectiva y cognitiva que hacemos de nuestras vidas, evaluación que si bien no es suficiente para hablar de una buena vida, si es necesaria para lograrla. Este autor identifica como los principales componentes del bienestar subjetivo a: a) la satisfacción con la vida, expresada en términos de un juicio global de nuestra vida, b) la satisfacción con lo que consideramos dominios importantes de nuestra vida, c) la experimentación de afectos positivos en forma de estados de ánimo y emociones placenteras, y d) la vivencia de bajos niveles de afectos negativos o displacenteros.

A decir de García (2002), Veenhoven en 1984 agregó que el grado de satisfacción con la vida es la evaluación cognitiva que refleja la discrepancia entre las aspiraciones y los logros de una persona, mientras que la evaluación afectiva refleja el nivel de agrado que la persona tiene con los sentimientos, emociones y estados de ánimo que experimenta de manera más frecuente. Por otra parte, García menciona que en 1996 Cummins identificó en la revisión de la literatura como los elementos más comúnmente incluidos en el constructo de bienestar subjetivo, al bienestar material, salud, productividad, intimidad, seguridad, comunidad y bienestar emocional. Aunque este autor señala que los 3 componentes de mayor coincidencia entre los diferentes autores son la satisfacción con la vida, el afecto positivo y el afecto negativo.

El interés creciente en el estudio de la calidad de vida ha dado lugar a la formación de instituciones internacionales dedicadas a ello, como la Sociedad

Internacional para Estudios sobre la Calidad de Vida. Sin embargo esto no ha sucedido en nuestro país, quien por cierto está ubicado en el lugar número 51 dentro del mapa de la felicidad mundial (Del Pino & Díez, 1999).

En cuanto a las formas de evaluar el bienestar subjetivo, Diener (2000) señala que se ha hecho uso de escalas globales de una sola pregunta, como la desarrollada por Andrews y Withey en 1976; de aquéllas que miden los aspectos positivos y negativos, como el PANAS desarrollado por Watson, Clark y Tellegent en 1988, y de lo que se denomina como métodos naturalistas de muestreo de experiencias (ESM por sus siglas en inglés). Escalas que por su dimensionalidad y temporalidad se ven influidas por sesgos como la respuesta a factores situacionales o la tendencia a responder con base en la deseabilidad social. Motivos por lo que Diener apoya el uso de escalas que conjunten los elementos constituyentes del bienestar. A este respecto, Rojas (2005) señala que aunque en México el propósito de la política pública es la búsqueda de un mayor bienestar en la población, éste se evalúa con base en indicadores objetivos como el nivel de ingreso, la tasa de crecimiento anual, la posesión de bienes duraderos y el acceso a los servicios públicos. Indicadores de ingreso y riqueza que empíricamente no han demostrado una correlación significativa con lo que sería su fin último que es el bienestar personal o satisfacción declarada por las personas, y no el inferido por los investigadores. Ante este panorama, Rojas propuso que la medición del bienestar subjetivo fuera evaluada mediante la declaración directa del bienestar de la persona, lo que implica una evaluación cualitativa, completa e integral de su calidad de vida, que integra elementos vivenciales, de logros y fracasos, así como sus emociones como ser humano. Evaluación subjetiva que permitiría también captar la heterogeneidad entre los sujetos.

Con el abordaje así propuesto, Rojas realizó una encuesta en México a 1540 personas pertenecientes a regiones urbanas, suburbanas y rurales, para evaluar el bienestar subjetivo mediante una escala ordinal de 7 categorías, que evaluó el nivel de felicidad declarado por las personas. En dicho estudio los principales hallazgos fueron que el bienestar subjetivo declarado por los mexicanos fue mayor al esperado con base en los indicadores objetivos (condiciones materiales de vida), encontrando personas que manifestaron ser bastante o muy felices aún en el decil más bajo de ingresos económicos (entre 36 y 40% respectivamente). El autor informa también de una tendencia a disminuir el grado de bienestar subjetivo conforme aumenta la edad de las personas, y una tendencia a aumentar el nivel de bienestar al ser mujeres, en las personas casadas, y al tener un mayor grado de nivel educativo. Los autores también observaron que el aumento en el ingreso, la mejora en las condiciones de la vivienda o la posesión de bienes materiales no garantizaban el aumento en el nivel de bienestar subjetivo, como tampoco lo hizo la disponibilidad y calidad percibida de los servicios públicos.

Los hallazgos anteriores concuerdan con el estudio realizado en Sinaloa (México) por Arita, Romano, García y Felix (2005) utilizando la escala de satisfacción con la vida de Pavot y Diener, en el cual los autores informan de la misma tendencia a disminuir el bienestar subjetivo conforme aumenta la edad, y la tendencia a aumentar conforme aumenta el nivel educativo alcanzado. Sin embargo, no encontraron diferencias por sexo, pero sí una correlación significativa entre la situación económica y la satisfacción con la vida ($r = .76, p < .01$), y entre la situación económica y la felicidad ($r = .53, p < .01$), lo que a decir de los autores apoya la observación hecha por Cummins sobre que si bien los indicadores objetivos y subjetivos son generalmente independientes, su grado de dependencia se

incrementa cuando existen condiciones de vida muy pobres como en la población analizada en este estudio.

Los hallazgos del estudio de Arita et al. no contradicen del todo las conclusiones de Rojas sobre que las percepciones de las personas son las que tiene una mayor influencia en su bienestar objetivo, y que debemos tener en mente que no todos los factores explicativos del bienestar son igualmente importantes para todas las personas, lo cual dependerá de su referente conceptual de la felicidad. Sugiriendo también, que el bienestar subjetivo debe ser evaluado desde una perspectiva multidimensional de los dominios de la vida, entre los que se incluyen salud, consumo, laboral, familiar, amistad y personal. Enfatizando que ninguno de estos por si sólo podrá explicar completamente el bienestar subjetivo, ya que este depende de la satisfacción en todos los dominios de la vida.

Dicho lo anterior, resulta interesante el estudio realizado por Anguas Plata (2001) para identificar y validar el significado de bienestar subjetivo en una sociedad colectivista como la mexicana. Estudio en el que se vale de la técnica de redes semánticas naturales modificadas propuesta por Reyes Lagunes en 1993, y que se sustenta en la teoría de Diener (Anguas, 2001; Anguas & Reyes, 1999; Arita et al., 2005). Anguas (2001) evaluó a 150 mexicanos entre 15 y 46 años, en quienes encontró que el bienestar subjetivo poseía los elementos fundamentales propuestos por Diener en cuanto a satisfacción de necesidades y preponderancia del afecto positivo (alegría, felicidad, paz, armonía, orgullo, tranquilidad, placer, entusiasmo, optimismo, pasión, cariño, dicha y amor) sobre el negativo (sufrimiento, preocupación, frustración, depresión, disgusto, furia, tristeza, enojo, angustia, ansiedad, desesperación, temor, tensión, coraje, desilusión y vergüenza). No obstante subraya en coincidencia con Rojas (2005), respecto a la heterogeneidad,

que las necesidades fundamentales que buscan satisfacer los individuos y su estructura afectiva varían en el orden de importancia interno en las diferentes culturas, si bien se conserva una estructura elemental similar del bienestar subjetivo a través del continuo colectivismo-individualismo.

Con base en estos hallazgos, Anguas (2001) definió al bienestar subjetivo como “la percepción de un estado interno y positivo de homeostasis, acompañado por un tono afectivo agradable, resultado de la satisfacción de necesidades elementales y superiores del individuo” (p.177). Con base en ello también elaboró un instrumento multidimensional para medir el bienestar subjetivo, denominado Escala Multidimensional para la Medición del Bienestar Subjetivo de Anguas-Plata y Reyes-Lagunes (EMMBSAR). Instrumento que parece pertinente en la presente revisión, ya que capta tanto el tipo de afectos existentes, así como su intensidad y frecuencia. Frecuencia que Diener (2000) señala como el mejor predictor del informe personal de felicidad, ya que como este autor sugiere, las personas que buscan mantenerse de una manera continua en el éxtasis en diferentes áreas de su vida, serán más propensas a decepcionarse y a tratar de moverse de esta área en busca de un nivel de felicidad que raramente es de larga duración y que incluso rara vez se dio en las personas que reportan mayor felicidad.

Diener (2000) también señala que todos los seres humanos estamos predispuestos a tener afectos predominantemente placenteros si nada malo está sucediendo, y que después de situaciones desventajosas que mueven temporalmente, tendemos a regresar a nuestros niveles basales de felicidad gracias a mecanismos de adaptación. Adaptación a la que contribuyen: a) los rasgos de temperamento y personalidad de los sujetos (extroversión para los afectos positivos y neuroticismo para los afectos negativos), b) la flexibilidad y capacidad de cambio

que las personas pueden hacer de sus objetivos y expectativas, y c) las influencias políticas y culturales, que en el caso de culturas colectivistas como la nuestra hacen que el sujeto evalúen su propia vida con base en la apreciación de la familia y amigos; que resalte como valores y objetivos el bienestar del grupo en sacrificio del propio, y por tanto, que tienda más a mantenerse inmerso en situaciones desventajosas. Influencia cultural que Diener vincula directamente a los niveles de salud mental.

Con base en este marco conceptual, las intervenciones psicoterapéuticas se convierten en un reto de evaluación tanto de los recursos con que cuentan las personas como de sus propios objetivos, cuyo logro será según Diener, el que determine su nivel de felicidad.

Un punto a resaltar en la presente revisión, es que lo poco que se ha trabajado en cuanto a la evaluación del bienestar subjetivo en el área de la salud, se ha enfocado principalmente en la patología física crónica o degenerativa, y poco o casi nada se ha evaluado respecto a la salud mental de los adolescentes, sobre todo en temas específicos como la depresión que nos ocupa.

Vagamente apenas, en estudios como el de Vitiello et al. (2006) se empieza a considerar la importancia de evaluar algo más que sólo la reducción de los síntomas de una patología como la depresión, para juzgar la efectividad del tratamiento. En dicho estudio, los autores señalan que los adolescentes con TDM tienen severas dificultades en varios dominios de su funcionamiento, por lo que las intervenciones que se dirigen sólo al alivio de los síntomas sin corregir este deterioro general, no pueden considerarse como suficientes. Lo anterior ha sido documentado a decir de Vitiello et al. por la revisión de la literatura sobre ensayos clínicos que comparan placebo con ISRR, en los que pese a una reducción estadísticamente significativa en

el número de síntomas, no se ha observado un efecto igual en el nivel de funcionamiento. Por otra parte, también resalta que en los adultos la mejoría en el funcionamiento social se genera de una manera más lenta que la reducción de los síntomas depresivos.

Los resultados del estudio TADS que evaluó el nivel de funcionamiento de 439 adolescentes deprimidos mediante la escala de evaluación global de niños, la escala de resultados de salud nacional para niños y adolescentes y el cuestionario pediátrico de calidad de satisfacción y disfrute con la vida (CGAS, HoNOSCA y PQ-LES-Q respectivamente, por sus siglas en inglés), mostró que el tratamiento combinado de fluoxetina y terapia cognitivo conductual fue el que tuvo una mayor efectividad en mejorar el funcionamiento global registrado por estas medidas, lo cual estuvo mediado por la mejora en los síntomas depresivos, independientemente del sexo, la edad o la raza de los adolescentes. Resaltando que el uso exclusivo de terapia cognitivo conductual (TCC) no mostró diferencias estadísticamente significativas con el placebo y mostró incluso resultados inferiores en el funcionamiento global respecto del uso exclusivo de la fluoxetina. Dicho estudio informa de una gran magnitud del efecto del tratamiento combinado de fluoxetina y TCC (.98) sobre la escala revisada de registro de síntomas depresivos en niños (CDRS-R) y un tamaño del efecto moderado (.58) sobre el CGAS, mientras que la fluoxetina mostró un efecto moderado sobre el CDRS-R (.68) y pequeño sobre el CGAS (.22). No obstante los autores puntualizan que pese a que la terapia combinada fue la más efectiva, sólo logró normalizar el funcionamiento en un tercio de los pacientes (34.6%) después de tres meses de tratamiento.

Estos resultados quizá reflejen la ausencia en la consideración de los objetivos y expectativas ante el tratamiento por parte de los adolescentes, así como

el efecto de las influencias culturales y características de personalidad presentes, aspectos que en México un instrumento multidimensional y culturalmente adaptado como el EMMBSAR quizá permita captar.

4.4.5. Evaluación de la fidelidad del tratamiento

Carroll y Rounsaville (2008) señalan que pese a la resistencia, crítica y controversia existente sobre el uso de manuales de tratamiento en la práctica clínica, éstos siguen siendo un requisito indispensable en las investigaciones dirigidas a indagar sobre la eficacia del tratamiento, como la presente. El uso de estos manuales en un ensayo clínico controlado con asignación aleatoria (ECCA) permite especificar la variable independiente (tipo de tratamiento) dentro de éstos, sobretodo cuando se realizan comparaciones entre diferentes tipos de tratamientos activos, así como los componentes y estrategias esenciales del abordaje terapéutico, el tipo de entrenamiento de los clínicos y el monitoreo de los mismos. Objetivos con los que se adaptó las guías de intervención cognitivo conductual para los adolescentes con depresión y sus padres que se utilizaron para la conducción del tratamiento en el presente ensayo (Beltrán, Martínez & Ramírez, 2009, en CD anexo).

Tal como señala la literatura, las guías de intervención adaptadas para este estudio también permitieron elaborar una serie de listas de verificación de fidelidad del tratamiento por sesión. Observadores externos (2-3 pasantes de psicología en el presente caso) evaluaron con estas listas la adherencia y competencia de cada uno de los terapeutas para la aplicación de las técnicas e intervenciones prescritas y proscritas en las guías de intervención durante la conducción de las misma, ya fuera en contenido, tiempo o forma (Ver ejemplos parciales en el Apéndice A y su versión completa en CD anexo).

Un tercer objetivo de estas guías fue el facilitar el entrenamiento de los terapeutas y reducir la variabilidad en la conducción de los diferentes grupos de intervención dentro de las dos condiciones experimentales que se contrastaron.

Si bien las listas de verificación de la fidelidad del tratamiento captan la impresión de cada observador externo sobre el nivel de adherencia y competencia de cada terapeuta en la aplicación de las guías de tratamiento, resultó fundamental la aplicación de una medida estadística de concordancia para variables cualitativas con más de dos evaluadores, como la Kappa de Fleiss. Medida que permite medir el grado de acuerdo entre varios evaluadores que califican el resultado de una observación según una serie de posibilidades o categorías nominales u ordinales mutuamente excluyentes (Fleiss, 1971).

En este estudio las listas contaron con dos opciones de respuesta: 'realizada' cuando se consideró que se cumplió en tiempo, forma y contenido la acción calificada por la lista de verificación, y 'no realizada'; cuando no se cumplió con dicha actividad. En las listas también se asignó un espacio para registrar el tiempo que abarcó cada una de las actividades definidas en la guía de intervención.

A fin de determinar hasta qué punto la concordancia observada por los evaluadores externos participantes fue superior a la que es esperable obtener por azar, el índice de concordancia Kappa se definió como:

$$K = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$$

Donde:

P_o = proporción de concordancia observada

P_e = proporción de concordancia esperada por azar

1 = la proporción de concordancia en caso de acuerdo perfecto

$1 - P_e$ = margen de acuerdo posible no atribuible al azar

Los valores de Kappa tienen un rango de -1 a +1. Así pues, cuando los evaluadores están completamente de acuerdo el valor de Kappa = 1, y cuando no existe acuerdo entre los evaluadores $K \leq 0$. En general se considera que la obtención de valores del coeficiente Kappa $\geq .75$ indican una concordancia de buena a excelente, mientras que los valores ≤ 0.40 indican poca concordancia. Una limitación de la Kappa que es pertinente señalar es que este índice mide el grado de acuerdo entre los observadores pero no la calidad de sus observaciones, la cual puede estar relacionada con su entrenamiento, formación y capacidad, a lo que se denomina error del examinador (Picado, 2008).

Capítulo 5. Método

5.1. Pregunta de investigación

Para indagar y entender el efecto que tiene la intervención cognitivo conductual con los padres en el resultado del tratamiento de adolescentes deprimidos, se plantea:

1. ¿Será más eficaz la terapia cognitivo conductual grupal y el manejo farmacológico de adolescentes con depresión, cuyos padres además reciben una intervención cognitivo conductual, que el sólo manejo farmacológico o que el manejo farmacológico combinado con terapia cognitivo conductual grupal, sin la intervención de los padres, a corto (post intervención) o mediano plazos (seguimiento a 3 meses)?
2. ¿Se observará también mejoría en la percepción de la relación padre-hijo y en el bienestar subjetivo de los adolescentes, a corto (post-tratamiento) o mediano plazos (seguimiento a 3 meses), como efecto del tratamiento?

5.2. Hipótesis

1. La terapia cognitivo conductual grupal y el manejo farmacológico de adolescentes con depresión, cuyos padres además reciben una intervención cognitivo conductual, es más eficaz que el sólo manejo farmacológico o que el manejo farmacológico combinado con terapia cognitivo conductual grupal, sin la intervención de los padres, tanto a corto (post intervención) como a mediano plazos (seguimiento a 3 meses).
2. Como efecto del tratamiento, se observará también mejoría en la relación padres-hijos y bienestar subjetivo de los adolescentes tanto en el corto (post intervención) como en el mediano plazos (seguimiento a tres meses).

5.3. Participantes

Participaron 132 adolescentes, admitidos para tratamiento en la consulta externa de un hospital psiquiátrico de la ciudad de México, elegidos de manera intencional de entre 304 adolescentes que acudieron a valoración, entre mayo de 2009 y junio de 2010, por algún trastorno afectivo.

Los criterios de inclusión fueron: a) tener una edad de entre 12 y 17 años, b) tener como diagnóstico principal distimia o algún episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente, en cualquiera de sus niveles de severidad (leve, moderado o severo). Diagnóstico que un paidopsiquiatra debió establecer con base en los criterios del CIE-10 o sus equivalentes en el DSM-IV (APA, 2002; OMS, 2003), c) obtener un puntaje mayor o igual a 10 puntos en el Inventario de depresión de Beck, d) no haber tomado algún antidepresivo, ni haber recibido algún tipo de psicoterapia o intervención psicológica tres meses previos a su admisión, y e) firma, tanto por el adolescente como por el padre, de la hoja de consentimiento informado aprobada por el comité de ética e investigación de la institución hospitalaria (Véase el Apéndice B).

Los criterios de exclusión fueron el ameritar hospitalización por el nivel de severidad del trastorno depresivo, tener una capacidad intelectual limítrofe o deficiencia mental por impresión clínica o pruebas psicológicas previas, la co-ocurrencia de algún trastorno psicótico, trastorno generalizado del desarrollo o trastorno por abuso de sustancias, la co-ocurrencia de algún trastorno médico que condicionara el episodio depresivo actual, o de algún trastorno de conducta o de personalidad grave que no permitiera la aplicación de los instrumentos e intervenciones propuestas y el tener antecedentes de falta de respuesta a la

fluoxetina. Las características demográficas de los adolescentes se pueden ver en la Tabla 2.

Tabla 2

Características demográficas de los adolescentes y sus cuidadores

Característica	Adolescentes	Cuidadores
Edad (años)		
Rango	12 a 17	20 a 79
Media	14	40.5
DE	1.6	9.5
Sexo	<u>% / f</u>	<u>% / f</u>
Hombres	34/45	12/16
Mujeres	66/87	88/116
Estado Civil		
Soltero	98/130	6/8
En pareja	1.5/2	57/76
Divorciados	-----	33/43
Viudos	-----	4/5
Escolaridad		
Primaria	4/5	27/35
Secundaria	76/100	33/44
Bachillerato o más	20/27	37/49
Omitidos		3/4
Ocupación		
Estudiantes	93/123	-----
Empleados	2/3	60/79
Ninguna	5/6	2/3
Hogar	-----	38/50
Parentesco		
Madre		76/100
Padre	-----	11/15
Otros		12/17
Residencia		
Distrito Federal		86/114
Edo. México		13/17
Otros		1/1

El diagnóstico principal de ingreso fue el episodio depresivo moderado en 44.7% ($n = 59$) de los participantes, la distimia en el 24.2% ($n = 32$) y el trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado, en el 18.9% ($n = 25$) de casos.

El 8% de ellos refirió el episodio depresivo motivo de consulta como el primero y único en su vida, mientras que el 92% restante informó de un promedio de 7 episodios previos ($DE = 8$), con una mediana de duración de 12 meses (rango de 1-132).

Respecto a la comorbilidad, el 67% ($n = 89$) de los adolescentes presentó algún otro diagnóstico psiquiátrico asociado, el 44% ($n = 58$) en número de uno, el 17% ($n = 22$) dos y el 7% ($n = 9$) tres.

Las principales comorbilidades consignadas por el paidopsiquiatra con base en los criterios DSM-IV o CIE-10 fueron con otro trastorno depresivo en el 20% de los casos ($n = 26$), con algún trastorno de ansiedad en el 13% ($n = 17$) y con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el 11% ($n = 14$).

Desde la perspectiva de los adolescentes los diagnósticos comórbidos más frecuentes fueron el TEPT ($n = 89$), el trastorno oposicionista desafiante ($n = 79$) y el trastorno de conducta ($n = 78$). Por otra parte, desde la visión de los padres los diagnósticos comórbidos más frecuentes fueron el TEPT ($n = 115$), el trastorno de ansiedad ($n = 94$) y el trastorno de conducta ($n = 89$) (Apéndice C).

Por otro lado, el 54% ($n = 62$) de los adolescentes captados en el estudio refirió ideación suicida en el curso de su episodio depresivo actual. El 32% ($n = 41$) afirmó haber cometido algún intento suicida previo a su valoración en la institución. Realizó un solo intento suicida el 13% de los participantes ($n = 17$), aunque el 7% ($n = 11$) lo intentó en 4 o más ocasiones.

El 42% ($n = 51$) de ellos también informó haberse provocado algún tipo de auto lesión intencionada en el transcurso de su trastorno depresivo actual (golpearse, jalarse el cabello, morderse, aventarse contra la pared, o cortarse con vidrios, navajas, sacapuntas o cúter), sin que la finalidad fuese la muerte.

Del total de participantes, el 45% ($n = 59$) vivía con ambos padres, 45% ($n = 59$) con un solo padre (principalmente la madre en 47 casos), 1.5% ($n = 2$) habitaba con su pareja, y el 8% ($n = 11$) se encontraba a cargo de otros familiares. El 44% ($n = 57$) de ellos eran primogénitos, mientras que 56% ($n = 75$) ocupaba algún otro lugar entre los hijos.

Respecto a la atención previa recibida por los adolescentes, el 62% ($n = 81$) no había sido objeto de ningún tipo de atención para su trastorno depresivo actual. El 88% ($n = 116$) no había recibido manejo farmacológico, sólo en el 6% ($n = 8$) se había prescrito algún antidepresivo (ISRS o ADT), pero sin completar el tiempo indicado. Únicamente el 27% ($n = 35$) había recibido alguna evaluación u orientación, pero no una intervención propiamente dicha. La atención brindada a sus padres fue aún menor, ya que sólo en el 12% ($n = 16$) de los casos se les incluyó en algún tipo de abordaje.

5.3.1. Características de los cuidadores

En relación a los cuidadores principales de los adolescentes captados, los criterios de inclusión fueron que ellos se hubieran hecho cargo de los pacientes en los tres meses previos a su captación, y que lo siguieran haciendo hasta el término de su participación. Se les solicitó su consentimiento informado y se evaluó, por impresión clínica, que tuvieran la capacidad para comprender los instrumentos. Las características demográficas de dichos cuidadores se aprecian en la Tabla 2.

Se dio de baja a aquellos participantes y cuidadores que no completaron los instrumentos de evaluación, que no concluyeron sus trámites de admisión hospitalaria, que no asistieron o abandonaron las terapias programadas o que por su condición clínica ameritaron ser derivados a otro tipo de intervención no programada

en el estudio, de tal manera que sólo 28% ($n = 37$) de los sujetos de la muestra inicial concluyó su participación hasta el final del proyecto.

5.4 Instrumentos

5.4.1. Instrumentos que aplica el clínico

Historia clínica psiquiátrica de la institución hospitalaria. Completada por médicos paidopsiquiatras en adiestramiento, supervisados por un paidopsiquiatra experto, quienes evaluaron la presencia de síntomas depresivos y el nivel de severidad de los mismos a fin de integrar y consignar el diagnóstico psiquiátrico correspondiente con base en los criterios del CIE-10 y/o sus equivalentes con el DSM-IV-TR.

5.4.2. Instrumentos que contestan los adolescentes

Inventario de Depresión de Beck o Beck Depression Inventory (BDI). Escala construida por Beck et al. en 1961, la cual mide la severidad de los síntomas depresivos en la última semana, que cuenta con adecuada estabilidad test-retest en intervalos de una semana de aplicación o más (Jurado et al., 1998; Myers & Winters, 2002) y adecuada confiabilidad con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.87 (Jurado et al., 1998). Es una escala tipo Likert de 21 reactivos, con 4 alternativas de respuesta, que se califican de 0 a 3 puntos en función de la alternativa elegida, ordenada por nivel de gravedad. La puntuación total varía de 0 a 63. En México se tradujo y estandarizó mediante tres estudios, en los que se concluyó que cuenta con los requisitos psicométricos necesarios para su uso como instrumento de evaluación de la depresión, al demostrar su validez de contenido, de criterio y de constructo. Dichos estudios informan un coeficiente alfa de Cronbach de .87, $p < .000$. En dichos

estudios mostró además adecuada estabilidad test-retest en intervalos de una semana de aplicación o más, y una validez concurrente con las escalas de Hamilton, de Zung y la Escala de depresión del MPPI de entre .72 y .73 (Jurado et al., 1998).

Se utilizaron los puntos de corte establecidos por Jurado et al. (1998) en población mexicana son: a) población normal (sin depresión), 0-9 puntos, b) depresión leve, 10-16 puntos, c) depresión moderada, 17-29 puntos y d) depresión grave, 30- 63 puntos. En este estudio se obtuvo una confiabilidad adecuada y acorde a lo informado para este grupo de edad en investigaciones previas (Jurado et al., 1998), con un alfa de Cronbach de .89, y un puntaje promedio en el BDI de 23 ($DE = 12$), correspondiente a un nivel de depresión moderada.

Auto-informe de adolescentes (Youth Self-Report, YSR) de Achenbach (2003). Forma parte del sistema de evaluación basado empíricamente (ASEBA por sus siglas en inglés) de Achenbach, el cual junto con el CBCL/6-18 tiene un carácter dimensional en la evaluación de la psicopatología. Es un instrumento auto aplicable en niños de 11 a 18 años de edad, con un nivel de lectura de quinto año de primaria, integrado por un listado de 113 afirmaciones en primera persona que evalúan posibles síntomas psicológicos incluidos en dos grandes síndromes: el externalizado que consta de tres subgrupos de síntomas (conducta delictiva, conducta agresiva y problemas sociales) y el internalizado que incluye tres subgrupos de síntomas (depresión/ansiedad, depresión/introversión y somatización). Para cada pregunta se marca la respuesta 0 = no es cierto, 1 = algunas veces cierto y 2 = frecuentemente cierto. Las respuestas se basaron en el funcionamiento de los adolescentes tres meses previos a cada momento de evaluación (pre-test, post-test y seguimiento).

En México Hernández-Guzmán (2005) informan de un alfa de Cronbach de .95 para el instrumento total, de .74 para el factor de Ansiedad/Depresión y de .67 para el factor de Introversión/Depresión.

En la presente investigación se obtuvo un alfa de Cronbach de .93 para la escala total y un alfa de .82 y .69 para los factores de depresión/ansiedad y depresión/introversión respectivamente, que fueron los que se utilizaron para evaluar la respuesta clínica al tratamiento. Los problemas detectados en otras dimensiones de este instrumento y sus equivalentes en el CBCL/6-18 no se consideraron en el análisis, pero permitieron documentar la comorbilidad existente ya que como Kazdin (2001) señala, la variabilidad en las características de los participantes sujetos de intervención será la que permita un mayor acercamiento a las condiciones clínicas reales y la que permita la generalidad de los resultados.

Egna Minnen Beträffande Uppfostran, del sueco "Mis memorias de crianza" (EMBU). Instrumento desarrollado por Perris, Jacobsson, Lindström, von Knorring y Perris en 1980. Es una escala tipo Likert, que evalúa la percepción adolescente de los estilos parentales de crianza en cuatro dimensiones: aceptación o calidez emocional, rechazo, sobreprotección o control y favoritismo. La versión modificada para niños consta de 41 reactivos. Cada pregunta se califica de 1-4, donde 1 = no, nunca, 2 = si, muy pocas veces (rara vez), 3 = muchas veces (frecuentemente) y 4 = la mayor parte del tiempo (Hakelind, 2007; Márquez, 2007). En población mexicana mostró un coeficientes alfa de Cronbach entre .65 y .92 para ambos padres (Márquez et al., 2007). El coeficiente de correlación de Pearson de cada escala del EMBU muestra valores alfa superiores a .65 en las dimensiones de calidez, rechazo y control, con respecto al padre y la madre. La escala de calidez involucra atención por los padres, apoyo, ser cálidos y amorosos. La escala de rechazo se caracteriza

por estilos de crianza que involucran rechazo, hostilidad, castigo físico y desprecio. La escala de control involucra sobreprotección, intrusividad parental, control estricto y demanda de obediencia sin cuestionamiento (Hakelind, 2007). Para este estudio únicamente se consideraron las dimensiones de calidez y rechazo por ser las que alcanzaron niveles de confiabilidad aceptables con un alfa de Cronbach de .72 y .75 para la escala total de la madre y el padre respectivamente, y un alfa de Cronbach de .89 y .66 en las dimensiones de calidez y rechazo del padre, y de .88 y .62 en las mismas dimensiones para la madre. Estas sub escalas permitieron evaluar los cambios en la relación padre-hijo.

Escala multidimensional para la medición del bienestar subjetivo de Anguas-Plata y Reyes-Lagunes (EMMBSAR). Desarrollada y validada para población mexicana por Anguas y Reyes en 1999. Donde se define al bienestar subjetivo como "...la percepción de un estado interno y positivo de homeostasis, acompañado por un tono afectivo agradable, resultado de la satisfacción de necesidades elementales y superiores del individuo." (Anguas, 2001, p. 177). Es una escala tipo Likert pictórica. Consta de dos dimensiones: experiencia emocional y evaluación afectivo-cognitiva de la vida. La escala de experiencia emocional consta de 30 reactivos a la que se contesta tanto la frecuencia como la intensidad en una escala Likert de 7 opciones representada en forma de cuadros idénticos con las leyendas de siempre y nunca para la frecuencia y mucho y nada para la intensidad. La escala de evaluación afectivo cognitiva consta de 50 reactivos con 7 opciones de respuesta en formato Likert pictórico, en estos la persona marca el cuadro que mejor representa la cantidad de satisfacción experimentada en diversos aspectos de su vida, cuadro pequeño-nada, cuadro grande-mucho (Anguas, 2001). Para fines de esta investigación para evaluar el cambio en el bienestar subjetivo de los adolescentes

derivado del tratamiento se consideraron las dimensiones de clima familiar, logro, interacción social expresada, interacción social recibido y calidad de vida, que pertenecen a la sub escala de evaluación afectivo-cognitivo de la vida, la subescala total obtuvo un alfa de Cronbach de .94 y la de las dimensiones señaladas fluctuó entre el .71 y el .91. No se analizaron las dimensiones de educación y religión que también abarca esta subescala, ya que no se esperaba pudieran ser afectadas por la intervención propuesta.

5.4.3. Instrumentos que contestan los padres

Child Behavior Checklist (CBCL/6-18 con perfil orientado al DSM) de Achenbach (2003). Es un listado de 113 posibles síntomas psicológicos incluidos en dos grandes síndromes: el externalizado que consta de tres subgrupos de síntomas (conducta delictiva, conducta agresiva y problemas sociales), y el internalizado que incluye cuatro subgrupos de síntomas (ansiedad/depresión, aislamiento, somatización y trastornos del pensamiento). Para cada pregunta se marca la respuesta 0 = no es cierto, 1 = algunas veces cierto y 2 = frecuentemente cierto. Las respuestas se basaron en el funcionamiento de los adolescentes tres meses previos a cada momento de evaluación (pre-test, post-test y seguimiento).

En México Albores et al. (2007) determinaron la validez y fiabilidad del CBCL/6-18 con perfil orientado al DSM en población adolescente de entre 6 y 18 años, tanto de población general como clínica, y encontraron una consistencia interna elevada con un coeficiente alfa de Cronbach para las escalas de problemas internalizados de 0.90, problemas externalizados de .94 y para el total de problemas de .97. La fiabilidad test-retest evaluada mediante el coeficiente de correlación de Pearson fue de .84 a una semana. Hernández–Guzmán (2005) también refiere en

población general adolescente mexicana un alfa de Cronbach para la escala total de .96, y para los factores específicos de Ansiedad/Depresión e Introversión/Depresión, de .74 y .67 respectivamente. En este estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de .95 para la escala total y un alfa de .78 y .75 para los factores específicos de Ansiedad/Depresión e Introversión/Depresión respectivamente, los que se utilizaron para evaluar la respuesta clínica al tratamiento (reducción en el nivel de severidad de los síntomas) desde la perspectiva de los padres.

Derogatis Symptom Check list–Revised (SCL-90-R). Es un listado de síntomas, desarrollado por Derogatis, Lipman y Covi en 1973, para la detección de psicopatología a nivel global, dimensional y sintomático, también se ha utilizado para evaluar los cambios producidos por efecto de la psicoterapia o farmacoterapia. Consta de 90 reactivos, que abarcan síntomas psiquiátricos en las dimensiones de somatización, conductas obsesivo compulsivas, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo además de tres índices globales de psicopatología: el índice de gravedad global (GSI), como indicador global de la gravedad de los síntomas; el índice de malestar positivo (PSDI), que evalúa la intensidad de los síntomas percibidos y el total de síntomas positivos (PST), que corresponde al número total de síntomas presentes, independientemente de su gravedad, todos los cuales indican el grado de malestar psicológico actual (distress), evaluado en la última semana. Es una escala auto aplicable, tipo Likert, con un rango de respuesta de 0 a 4, donde 0 = nada, 1 = muy poco, 2 = poco, 3 = bastante y 4 = mucho, aplicable entre los 13 y 65 años de edad a personas con inteligencia normal, no psicóticas. El GSI se calcula sumando las puntuaciones de todos los ítems, incluyendo los siete síntomas adicionales y luego dividiendo el resultado por el total de ítems respondidos. El PST corresponde al total

de ítems respondidos con una puntuación distinta a cero y el PSDI se calcula dividiendo la suma de todos los ítems por el PST (Cruz et al., 2005; Gempp & Avendaño, 2008; Lara et al., 2005). La métrica utilizada por el SCL-90-R como norma interpretativa (baremos) se basa en la conversión de los puntajes brutos a puntuaciones T, donde se considera en adultos según Casullo (2004) los puntajes T mayores a 63 como indicadores de riesgo y los puntajes iguales o superiores a 75 como indicadores de patología severa. Puntajes que pueden ser obtenidos con base en las tablas para adultos proporcionadas por Gempp y Avendaño (2008).

En estudios previos se informa de una fiabilidad test-retest superior a $r = .70$ y una consistencia interna de 0.80 (Gempp & Avendaño, 2008; González-Santos et al., 2007). En este estudio se obtuvo un alfa de Cronbach del instrumento global de .97, y un alfa entre .71 y .88 para cada una de sus dimensiones. Esta escala fue utilizada para garantizar la ausencia de una psicopatología grave en los cuidadores principales que influyera en los resultados del tratamiento de los adolescentes, así como para evaluar posibles cambios en ellos como cuidadores en las dimensiones de depresión y hostilidad, derivados de la intervención cognitivo conductual de que fueron objeto, aunque este no fuera el objetivo primario de la intervención.

5.4.4. Listas de verificación del tratamiento

Cada una de las intervenciones psicológicas se operacionalizó en una guía de tratamiento (Beltrán, Martínez & Ramírez, 2009, en CD anexo). En ésta se describió cada una de las 14 sesiones que compuso cada intervención. La descripción incluyó el listado de los objetivos que debía cubrir el terapeuta y que se pretendía alcanzar los participantes. Se detalló también el desarrollo de la sesión enumerando las actividades que debía realizarse, el tiempo que debía durar cada una, las acciones

motoras y verbales que debía ejecutar el terapeuta, los participantes u otros miembros del equipo profesional y la intención de tales acciones. Además, se ejemplificó el discurso que debía emitirse en algunas acciones verbales. Se agregó también los contenidos teórico-conceptuales que debían revisarse a lo largo de la intervención, las instrucciones y formatos de los ejercicios, y ejemplos de solución de los mismos. Por último, se adicionó un cronograma que ilustró las técnicas de intervención a emplear en cada sesión.

A partir de cada una de las guías de intervención con los adolescentes deprimidos y con los padres (Beltrán y Martínez, 2009, en CD anexo) se diseñó ex profeso para este estudio una serie de 14 listas de verificación (Ver el ejemplo de los formatos para adolescentes y para padre en el Anexo A y su versión completa en CD anexo), una por sesión de intervención. Dichas listas se componían de un inventario de conductas que, según especifican las guías, debían, podían o no debían realizarse. Las listas contaron con dos opciones de respuesta: 'realizada' y 'no realizada'; lo mismo que con un espacio para registrar el tiempo que abarcó cada una de las actividades definidas en el manual. Además, se incluyó seis indicaciones mediante las cuales se solicitaba al observador información cualitativa sobre la sesión (p.e., cualidades y defectos del terapeuta en su labor, obstáculos de diversas fuentes para el apego a la guía de intervención). Por último, se complementó cada lista con un registro anecdótico en el cual el observador registraba aquella información que le pareciera relevante. Fueron observadores externos no participantes (pasantes de psicología), capacitados para la aplicación de las listas, quienes las aplicaron, estuvieron presentes durante cada una de las sesiones terapéuticas y eran conocedores de las guías de intervención. Es importante mencionar que dichas listas no fueron objeto de validación.

5.4.5. Recursos humanos

El investigador principal aplicó los instrumentos de evaluación, con la colaboración de 10 pasantes de la licenciatura en psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, quienes acreditaron un seminario de 6 meses de preparación sobre la depresión en la adolescencia y recibieron capacitación y supervisión en la aplicación de los instrumentos por el médico dirigente del proyecto y el pasante de mayor experiencia. Seis de tales pasantes fungieron como monitores externos para supervisar la fidelidad del tratamiento.

Dos psicólogas y un paidopsiquiatra, todos con maestría en terapia cognitivo conductual (TCC) y experiencia clínica en el manejo de adolescentes con depresión, condujeron la TCC para los grupos de adolescentes. Dos psicólogas aplicaron la intervención cognitivo conductual con los padres, una con maestría en terapia familiar y maestría en TCC y otra sólo con maestría en TCC, ambas con experiencia en el manejo de grupos y de padres de hijos con psicopatología.

5.5. Diseño de la investigación

El diseño del estudio correspondió al de un ensayo clínico aleatorio en el que la muestra se obtuvo de manera intencional, se cumplió así con los criterios de inclusión y exclusión ya señalados.

La asignación de los participantes a las tres condiciones experimentales se realizó mediante bloques de permutación aleatoria (de tres). Las condiciones experimentales se nombraron de acuerdo con la intervención terapéutica que las diferenciaba (Tabla 3).

Tabla 3

Forma de asignación de pacientes por permutación en bloques de tres, a tres condiciones experimentales

<u>Condición</u>	<u>Asignación</u>
Fluoxetina	1 1 2 2 3 3
Adolescentes	2 3 1 3 1 2
Padres	3 2 3 1 2 1

Fuente: Nezu y Nezu (2008).

La asignación permitió que cada participante tuviera la misma probabilidad de pertenecer a alguna de las tres condiciones y que cada condición comprendiera el mismo número de sujetos. Asimismo hizo posible el control del efecto del tiempo de entrada al estudio (Altman et al., 2001; Kazdin, 2001; Nezu & Nezu, 2008).

La asignación aleatoria permitió también el control de otras amenazas a la validez interna como la historia, maduración, selección, regresión a la media y los efectos no específicos del contacto clínico, entre otros (Kazdin, 2001; March et al., 2006).

Este diseño permite comparaciones intra-sujeto por medio de medidas repetidas (pre-, post-tratamiento y seguimiento a 3 meses) y entre grupos, para identificar los efectos del tratamiento para cada momento de evaluación entre las tres condiciones experimentales (Tabla 4).

Tabla 4

Diseño. Momentos de aplicación de los instrumentos de evaluación y tratamiento en cada condición experimental

Condición experimental	Momento y tipo de intervención realizada						
	Pre	Flx	TCCA	ICCP	Pos	Flx	Seg
Fluoxetina	O	X	---	---	O	X	O
Adolescentes	O	X	X	---	O	X	O
Padres	O	X	X	X	O	X	O

Claves. Pre = pre-test, Flx = fluoxetina, TCC = terapia cognitivo conductual a los adolescentes, ICCP = intervención cognitivo conductual a los padres, Pos = post-test, y Seg = seguimiento.

La manipulación experimental siguió la estrategia constructiva sugerida por Kazdin (2001) para identificar intervenciones efectivas, mediante la adición de un elemento terapéutico a cada condición experimental, lo que permite evaluar si aumenta la eficacia del tratamiento. De esta manipulación se esperaría entonces que la condición con todos los elementos resultara la más eficaz.

En la Figura 2 se muestra el flujo que siguieron los participantes a lo largo de las fases de captación, asignación y seguimiento del ensayo clínico, el número de participantes que concluyeron cada fase (y por ende fueron sujetos de análisis estadístico) y las causas de baja en cada una de las condiciones experimentales.

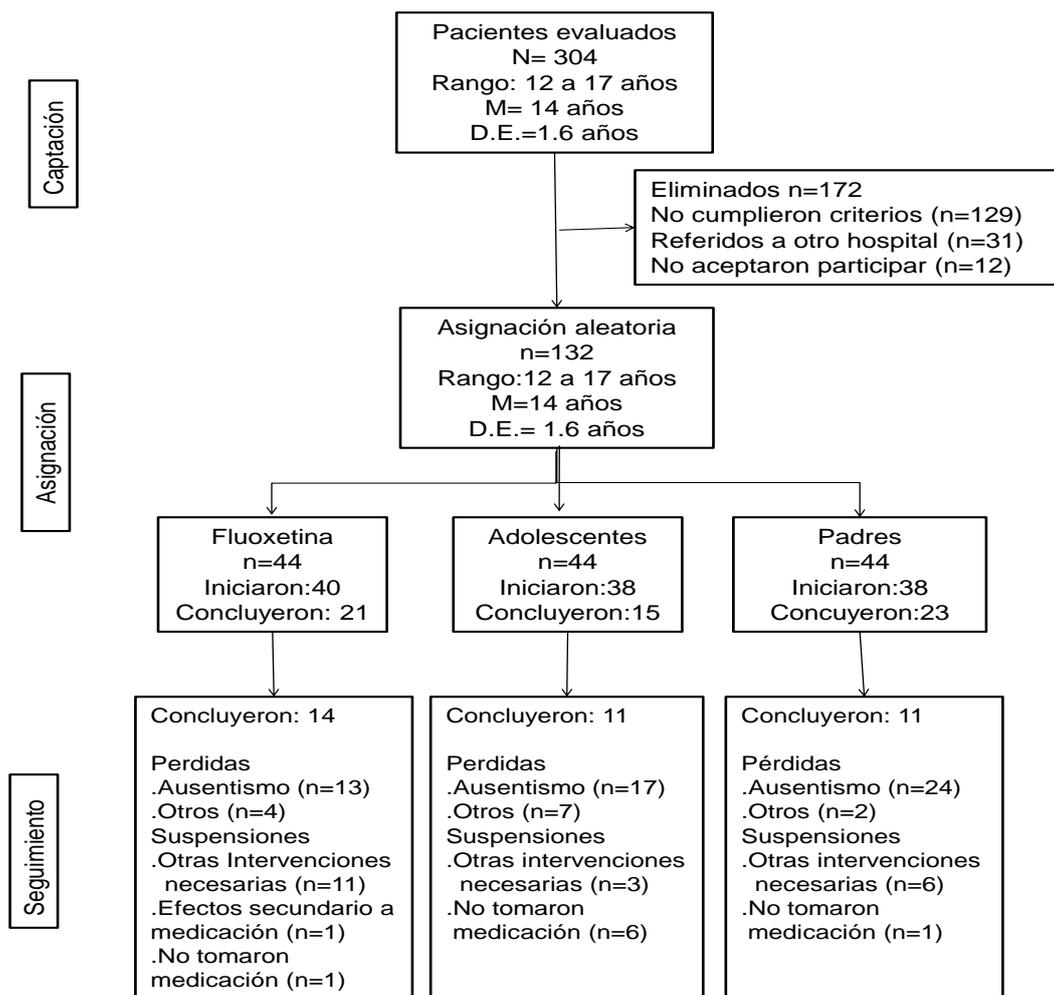


Figura 2. Diagrama de flujo de los participantes a lo largo de las fases del proyecto; número de sujetos que iniciaron y terminaron cada fase; media y desviación estándar de la edad de los participante y causas de baja en cada condición experimental.

5.6. Procedimiento

5.6.1. Pre-test

Aprobado el proyecto de investigación por los comités de ética e investigación, se procedió a la captura de la muestra en el servicio de admisión de la

institución, entre mayo de 2009 y junio del 2010, a cargo del investigador principal y 10 pasantes de la licenciatura en psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

A los pacientes que al concluir su valoración por el psiquiatra cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión ya señalados se les aplicó el BDI. Se invitó a participar, se dio a leer y firmar el consentimiento informado y se asignó de manera aleatoria a una condición experimental a aquéllos que obtuvieron un puntaje igual o superior a 10 en el BDI y que consintieron en participar. En el mismo espacio de admisión se aplicó a todos los participantes las baterías destinadas a completar la evaluación de la sintomatología depresiva (YSR y CBCL/6-18) y la funcionalidad de los adolescentes en el pre-test (EMBU, EMMBSAR), a descartar la presencia de psicopatología en los padres (SCL-90-R) y a examinar las características demográficas de la muestra (cédula de datos generales, véase Apéndice D). Para ello se brindó instrucciones verbales a los participantes, se invitó a seguir las instrucciones específicas de cada instrumento y se aclaró dudas al respecto. Este procedimiento se completó en aproximadamente 1 a 2 horas, y en cuatro casos fue necesario leer y completar los instrumentos por cuidadores (uno por estar lactando, tres por deficiencia visual).

En este mismo espacio, como procedimiento de rutina de la institución, les fue asignado un médico tratante a cada paciente, el cual se hizo cargo del manejo convencional con citas a consulta externa cada 2 a 3 meses. Se solicitó apoyo a dichos médicos para prescribir como único antidepresivo la Fluoxetina, así como para no canalizar a los pacientes a ningún tipo de manejo intra o extra institucional que no fuera indicado por el investigador, salvo cuando así lo solicitara el propio paciente o lo ameritara su condición clínica de manera ineludible. Se brindó también

cita con el investigador principal a los 15 días de ingreso al proyecto, para evaluar posibles efectos secundarios del medicamento y adherencia al mismo y posteriormente se dio citas de seguimiento mensual para favorecer la permanencia en el estudio y manejo de contingencias.

5.6.2. Tratamiento

1. Fluoxetina

Una vez concluida en el servicio de admisión la valoración de ingreso de los pacientes a la consulta externa del hospital, y concluida la aplicación de baterías programadas para el pre-test (YSR, CBCL/6-19, EMBU, EMMBSAR y SCL-90-R), se invitó a los pacientes a dar inicio a la toma del antidepresivo prescrito en urgencias. El antidepresivo indicado fue la fluoxetina (inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina), en toma matutina diaria de 20 a 30 mg promedio, por ser uno de los tratamientos señalado en las guías clínicas como de primera elección para el manejo de la depresión en adolescentes (Kazdin, 2004) y por ser el único antidepresivo aprobado por la FDA para el tratamiento de la depresión en este grupo de edad (Pfeffer, 2007), lo cual permitió controlar el posible efecto de la sal utilizada en los resultados del tratamiento. A sabiendas del sesgo que implicó para la investigación, el medicamento se mantuvo aun habiendo concluido el seguimiento, ya que los parámetros internacionales sugieren su uso por mínimo 6 meses a un año posterior a la desaparición de los síntomas depresivos para prevenir la recaída o recurrencia del trastorno (AACAP, 2007; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009) y por política de la propia institución.

Los 44 pacientes que conformaron esta condición experimental contaron con una cita de seguimiento a los 15 días de inicio del medicamento para monitorizar la posible presencia de efectos secundarios (sólo un caso requirió ser dado de baja por los mismos) y citas mensuales hasta concluir el proyecto. Recibieron también el manejo convencional otorgado por sus médicos tratantes asignados, con citas para control de síntomas y control de medicamento cada 2 a 3 meses.

A los tres meses de inicio de la fluoxetina se aplicó las baterías correspondientes al post-test para los adolescentes (BDI, YSR, EMBU, EMMBSAR) y sus cuidadores (CBCL/6-18 y SCL-90-R).

2. Adolescentes

Una vez concluida en el servicio de admisión su valoración de ingreso a la consulta externa del hospital, y concluida la aplicación de baterías programadas para el pre-test (YSR, CBCL/6-19, EMBU, EMMBSAR y SCL-90-R), los pacientes de esta condición iniciaron el manejo con fluoxetina en toma matutina diaria de 20 a 30 mg promedio. A este grupo de pacientes se les programo también cita a los 15 días y citas mensuales para el control clínico y farmacológico, aunado al manejo convencional por su médico tratante. No obstante, los adolescentes de esta condición fueron también integrados a una intervención cognitivo conductual grupal, la cual inició tras la conformaron de grupos de 10 a 12 pacientes mediante la asignación aleatoria. Se integraron en total 6 grupos, con una asistencia promedio de 6-8 adolescentes en cada uno por muerte experimental.

La intervención cognitivo conductual a los adolescentes incluyó: 1) psicoeducación sobre la depresión, en la que, mediante apoyo visual y escrito, los adolescentes aprendieron a identificar las características principales de la depresión

en esta edad y sus consecuencias; 2) entrenamiento en habilidades sociales. Mediante la representación de papeles, evaluación de la asertividad, la identificación de señales paralingüísticas, exposición y modelado, se enseñó a los adolescentes la manera adecuada de expresarse y comunicarse con los demás y la forma de iniciar y mantener una conversación; 3) re-estructuración cognitiva. Se instruyó a los adolescentes en las estrategias para identificar, nombrar y cuestionar sus pensamientos automáticos negativos y las distorsiones cognitivas sobre sí mismos, el mundo y el futuro, a fin de sustituirlos por otros más realistas y funcionales; 4) relajación. Mediante la técnica de Herbert Benson de respiración y relajación muscular profunda, y con el apoyo de un audio-casete y técnicas de modelado, se mostró a los adolescentes como manejar la activación fisiológica y emocional derivada de las alteraciones cognitivas, 5) entrenamiento en solución de problemas. Para mejorar su destreza en la solución de problemas intra e interpersonales y con ello su ajuste psicológico general, se enseñó a los adolescentes como identificar sus respuestas cognitivo-afectivas y conductuales inmediatas al enfrentamiento de una situación problemática, a identificar y formular sus problemas en términos conductuales, a generar y analizar el mayor número posibles de conductas alternativas de solución, a tomar decisiones con base en los resultados asociados a cada conducta generada, así como a poner en práctica y evaluar la eficacia y coste –beneficio de la solución elegida (Nezu y Nezu, 2008) y 6) prevención de recaídas. Con el fin de que el paciente mejorara su sintomatología y aprendiera a ser su propio terapeuta, se hizo una recapitulación de las estrategia aprendidas y utilizadas; de los progresos o retrocesos que presentaron en el curso de la terapia; de los síntomas iniciales y de los nuevos patrones cognitivos y conductuales de los que podía ahora hacer uso el paciente en caso de nuevas situaciones depresogénicas, como las que

fueron motivo de consulta. También se les asistió para la elaboración de su nuevo plan de vida, invitándolos a generalizar y transferir los logros obtenidos en la terapia a su ambiente natural.

Esta intervención cognitivo conductual se basó en la Guía de intervención cognitivo conductual en adolescentes con depresión (Beltrán, Martínez & Ramírez, 2009, en CD anexo) adaptada del programa de Intervención en Adolescentes con Fobia Social de Olivares (2005). El plan general de tratamiento se muestra en el Apéndice E, cuyo contenido en extenso (disponible en anexo de CD) se entregó a los diferentes terapeutas. El uso de esta guía permitió proveer a los terapeutas de un escrito con instrucciones generales, sesión por sesión, sobre el uso de las técnicas de TCC, de la secuencia lógica de introducción de los nuevos contenidos y habilidades, así como del tiempo dedicado para ello. La guía brindó también información sobre los materiales específicos de apoyo a trabajar en cada sesión y en las tareas asignadas para casa. Este proceso permitió uniformar, en la medida de lo posible, el contenido y forma de la intervención pese a los diferentes terapeutas.

Las intervenciones fueron dirigidas por dos psicólogas y un psiquiatra, todos con maestría en terapia cognitivo conductual y experiencia en manejo de adolescentes con depresión.

Las intervenciones se condujeron en los espacios dispuestos para ello (una cámara de Gesell, un salón de clase y una sala de usos múltiples).por el hospital, aunque no se pudo mantener fijo el espacio físico por necesidades propias del mismo. Si bien la mayoría de los participantes describió los sets como agradables, hubo quejas por falta de ventilación, de iluminación, o por exceso de ruidos externos e interrupciones por personas ajenas al proyecto, lo que en momentos repercutió en la atención, concentración y participación del grupo.

La intervención constó de 14 sesiones en total, con periodicidad semanal, de dos horas cada una aproximadamente, ya que por impuntualidad de los participantes no siempre se pudo completar el tiempo programado.

Durante las sesiones se encontraron presentes, como observadores no participantes, de dos a tres pasantes de psicología que cumplimentaron la lista de verificación de la aplicación del tratamiento por los diferentes terapeutas, en cada una de las 14 sesiones, según lo indicado en la Guía de intervención cognitivo-conductual para adolescentes con depresión (Beltrán, Martínez & Ramírez, 2009, en CD anexo).

En esta condición experimental las baterías correspondientes al post-test para los adolescentes (BDI, YSR, EMBU, EMMBSAR) y sus cuidadores (CBCL/6-18 y SCL-90-R) se aplicaron el día que concluyó cada grupo la intervención cognitivo conductual grupal.

3. *Padres*

Una vez concluida en el servicio de admisión su valoración de ingreso a la consulta externa del hospital, y concluida la aplicación de baterías programadas para el pre-test (YSR, CBCL/6-19, EMBU, EMMBSAR y SCL-90-R), los pacientes de esta condición comenzaron el manejo con fluoxetina en toma matutina diaria de 20 a 30 mg promedio. A este grupo de pacientes se les programo también cita a los 15 días y citas mensuales para el control clínico y farmacológico, aunado al manejo convencional por su médico tratante. No obstante, en esta condición, aunado al manejo convencional, uso de fluoxetina e intervención cognitivo conductual de los adolescentes en las mismas condiciones que en la condición anterior, los cuidadores principales fueron expuestos también a una intervención cognitivo conductual en

grupos independientes pero paralelos en su tiempo de conducción a los de los adolescentes.

En este caso las intervenciones iniciaron también tras la conformación de grupos de 10 a 12 pacientes y sus respectivos cuidadores mediante la asignación aleatoria. Se integraron en total 6 grupos, con una asistencia promedio de 6-8 integrantes en cada uno por muerte experimental.

La intervención cognitivo conductual con los padres se basó en la Guía de intervención cognitivo conductual para padres de adolescentes con depresión (Beltrán, Martínez & Ramírez, 2009, en CD anexo) adaptada del programa de Intervención en Adolescentes con Fobia Social de Olivares (2005) (Anexo en CD), por lo cual mantuvo las mismas características generales que la intervención dirigida a los adolescentes en cuanto a número de participantes, número de sesiones totales, duración, periodicidad de las mismas y contenido temático, pero redactado en tercera persona. La guía para el manejo de los padres también difirió de la de los adolescentes en que todas las estrategias cognitivo-conductuales y actividades a desarrollar estuvieron dirigidas a identificar, reconocer y manejar los problemas afectivos, cognitivos y conductuales derivados del trastorno depresivo en los hijos y en su interacción con ellos. En el grupo de padres se enfatizó también su participación como co-terapeutas y no como pacientes, y por ende su papel en el fomento, reforzamiento y apoyo a los hijos en la puesta en práctica de las estrategias brindadas en su propio proceso terapéutico. Así, el contenido temático de la intervención con los padres incluyó: 1) psicoeducación sobre la depresión, en la que los cuidadores aprendieron a identificar y diferenciar las características principales de la depresión en los adolescentes de aquellas propias del desarrollo normal; 2) entrenamiento en habilidades sociales, en el cual mediante la

representación de papeles, evaluación de la asertividad, la identificación de señales paralingüísticas, exposición y modelamiento, se les enseñó a los cuidadores la manera adecuada de expresarse y de iniciar y mantener una conversación con sus hijos, para lograr una comunicación asertiva con ellos y apoyar y reforzar la interacción social de los adolescentes en otros espacios; 3) reestructuración cognitiva. Se instruyó a los padres para reconocer las fallas propias y de sus hijos en la identificación, nominación y cuestionamiento de sus pensamientos automáticos negativos y fallas en la identificación de las distorsiones cognitivas sobre sí mismos, el mundo y el futuro, a fin de sustituirlos por otros más realistas y funcionales. Se enfatizó la existencia de estas fallas como características propias de quien presenta o está en mayor riesgo de presentar un trastorno depresivo; 4) relajación muscular profunda. Mediante la misma técnica de Herbert Benson se enseñó a los cuidadores a cómo lograr un mayor autocontrol que les permitiera mejorar la calidad de la relación padres-hijos, reforzar el uso de tal técnica por sus hijos y favorecer el aprovechamiento de las demás herramientas enseñadas, 5) entrenamiento en solución de problemas. Para mejorar la destreza de los cuidadores en la solución de problemas, sobre todo en la interacción padres-hijos, y con ello su ajuste psicológico general, se enseñó a los cuidadores a identificar sus respuestas cognitivo-afectivas y conductuales inmediatas al enfrentamiento de una situación problemática con los hijos, a identificar y formular sus problemas en términos conductuales, a generar y analizar el mayor número posibles de conductas alternativas de solución, a tomar decisiones con base en los resultados asociados a cada conducta generada, así como a poner en práctica y evaluar la eficacia y coste-beneficio de la solución elegida (Nezu y Nezu, 2008) para con ello poder reforzar el uso de esta estrategia en sus hijos, y 6) prevención de recaídas, donde se enseñó a los participantes a

identificar signos y síntomas de alarma en los adolescentes, a reconocer la importancia del apego farmacológico y de la asistencia a control médico, así como los pasos a seguir en caso de que se presentara alguna contingencia.

El plan general de tratamiento se muestra en el Apéndice E, cuyo contenido en extenso (disponible en anexo de CD) se entregó a los diferentes terapeutas de las intervenciones cognitivo conductuales con los padres, para uniformar la atención brindada en los diferentes grupos de tratamiento pertenecientes a esta condición experimental.

En esta condición, las intervenciones fueron dirigidas por dos psicólogas, ambas con maestría en terapia cognitivo conductual y experiencia en manejo de adolescentes con depresión y de sus padres, una de ellas con maestría en terapia familiar. En dos de los grupos fue necesario el reemplazo de las terapeutas en sólo una de las sesiones por causas de fuerza mayor.

Durante las sesiones se encontraron presentes, como observadores no participantes, de dos a tres pasantes de psicología que cumplimentaron la lista de verificación de la aplicación del tratamiento por los diferentes terapeutas, en cada una de las 14 sesiones, según lo indicado en la Guía de intervención cognitivo-conductual para padres de adolescentes con depresión (Beltrán, Martínez & Ramírez, 2009, en CD anexo).

En esta condición experimental las baterías correspondientes al post-test para los adolescentes (BDI, YSR, EMBU, EMMBSAR) y sus cuidadores (CBCL/6-18 y SCL-90-R) se aplicaron el día que concluyó cada grupo la intervención cognitivo conductual grupal.

En las dos últimas condiciones experimentales, dadas las características propias de los adolescentes y de los padres, que no realizaron de forma escrita sus

tareas, fue necesario desarrollar las tareas en cada sesión, con base en la experiencia dentro del mismo grupo, o a experiencias retomadas de la semana.

La impuntualidad de los asistentes o su ausentismo por razones escolares, laborales o de salud, fue cubierta con sesiones individuales extra a los participantes que lo requirieron o con los materiales escritos sobre el objetivo, contenido y ejercicios de cada sesión.

En las tres condiciones experimentales se consiguió que los pacientes pagaran la cuota hospitalaria más baja posible en sus diferentes tipos de intervención, para facilitar su adherencia. No obstante, el 45% de los participantes de la condición adolescentes ($n = 20$) no se presentó a su primera sesión de TCC-A, mientras que en la condición padres desertó en la primera sesión de TCC-A e ICC-P el 27% ($n = 12$).

5.6.3. Post-test y seguimiento a 3 meses

Como ya se señaló, las baterías correspondientes al post-test para los adolescentes (BDI, YSR, EMBU y EMMBSAR) y sus cuidadores (CBCL/6-18 y SCL-90-R) se aplicaron a los tres meses de inicio del medicamento en la condición fluoxetina, y al concluir la intervención grupal en la condición Adolescentes y Padres, momento a partir del cual los participantes de las 3 condiciones experimentales continuaron recibiendo el tratamiento farmacológico con Flx, el manejo convencional de seguimiento con su médico tratante en la consulta externa (citas cada 2 a 3 meses) y cita abierta a urgencias. Asimismo continuaron sus citas mensuales con el médico dirigente del proyecto para evaluar cualquier eventualidad que ameritara un cambio en su plan de tratamiento, ya que en todo momento se consideró prioritario el bienestar físico y psicológico de los adolescentes y cuidadores participantes.

Las baterías correspondientes al seguimiento para los adolescentes (BDI, YSR, EMBU, EMMBSAR) y sus cuidadores (CBCL/6-18 y SCL-90-R) se aplicaron tres meses después del post-test.

Al concluir su participación en el proyecto se dio las gracias a los participantes, se dejaron a cargo de su médico tratante asignado y se hizo un resumen de las diferencias encontradas en las baterías aplicadas entre los tres momentos de evaluación.

Los pacientes fueron dados de baja cuando faltaron a más de 3 citas programadas continuas, sin justificación o aviso al investigador, ya fuera a la consulta o a los grupos de intervención terapéutica o cuando se suspendió el medicamento por más de 15 días, independientemente de la razón para ello.

5.7. Consideraciones éticas

En todo momento del proyecto de investigación se respetó los postulados que rigen la investigación clínica en humanos y que están apegadas a las normas universales de respeto al hombre (Amaro & González, 1998), es decir, se consideró siempre prioridad el bienestar de los adolescentes y cuidadores y se respetó su voluntad y derecho de continuar o no participando. De hecho, como se muestra en la Figura 1, 21 pacientes de las diferentes condiciones experimentales debieron ser dados de baja de la investigación, en un caso por efectos secundarios atribuidos a la fluoxetina por el familiar y en los 20 restantes por ameritar, con base en el juicio clínico, otro tipo de intervención no contemplado para el grupo de tratamiento a que fueron asignados de manera aleatoria.

En cumplimiento con el Código de Nuremberg de 1946, a la ley General de Salud y a la obligación ética y legal para el médico señalada por la Comisión

Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED, 2004) se contó con el consentimiento informado por escrito del paciente y su representante legal, aprobado por el comité de ética de la institución hospitalaria, en cumplimiento a los artículos del 1794 a 1823 del Código Civil Federal, el cual se considera indispensable en las investigaciones biomédicas. En el documento se especificó la naturaleza del estudio, los objetivos de la investigación, los beneficios que se esperaban obtener, los riesgos, molestias y efectos secundarios posibles, las alternativas posibles de intervención, la explicación de la forma de asignación a un tratamiento y la posibilidad de retirar su consentimiento de manera libre y en el momento que se desearan. Se especificó a los participantes que su riesgo al participar nunca rebasaría los beneficios del problema a resolver (Véase Apéndice B).

Se cumplió también con los principios de la Declaración de Helsinki y del Informe Belmont creado en Estados Unidos en 1974 para la protección de las personas objeto de experimentación biomédica y de la conducta, al contar con la aprobación del Comité de Ética y de Investigación de la institución, garantizando el respeto de la integridad personal, física y mental de los participantes sin subordinar los intereses de los mismos a los del investigador en pro de la ciencia (Penchaszadeh, 2002).

Se tomó en consideración las sugerencias señaladas por Kazdin (2001) de brindar la información suficiente que permitiera tomar la decisión informada respecto a su participación, pero que a la vez no interfiera con la interpretación de los resultados de investigación, además de puntualizar, al finalizar las intervenciones, los beneficios obtenidos y agradecer su participación, con la garantía de que para fines de publicación de resultados se mantendría el uso anónimo y confidencial de los datos.

Capítulo 6. Resultados

La comparación intra- y entre condiciones para cada variable evaluada se realizó con pruebas t y con el Modelo Lineal General (GLM, por sus siglas en inglés), mediante ANOVAs de dos factores, con medidas repetidas en uno de ellos, y pruebas post hoc de Tukey cuando lo permitió el caso. La significación estadística se evaluó con un diseño de dos colas a un nivel crítico de .05, lo que equivale a la probabilidad de cometer el Error tipo I, es decir, plantea la probabilidad de que el tamaño del efecto observado ocurra en menos del 5% de las veces si la hipótesis nula fuera cierta (Hallahan & Rosenthal, 1996). Se calculó también el tamaño del efecto en cada análisis de varianza, estadístico que refleja la magnitud de la relación entre las variables o el tamaño de su diferencia y por ende del significado de los resultados, para lo cual se aceptó el valor de Eta^2 parcial brindado por el programa estadístico utilizado (SPSS, versión 17.0). Esta medida se clasifica como pequeña si es mayor a .2, mediana si es mayor a .5 y grande cuando se encuentra por arriba de .8 de acuerdo con los parámetros establecidos por Cohen en 1998 (McCracken et al., 2007; Ogles et al., 2001).

También se evaluó la relevancia clínica con base en los parámetros de recuperación (regreso de las puntuaciones de un instrumento a la norma empírica) y mejoría (índice de cambio confiable mayor a 1.96) desarrollados por Jacobson y Truax en 1961 (Jacobson & Truax, 1998; Ogles et al., 2001), así como aquella relacionada con el impacto del tratamiento en el funcionamiento del adolescente, medido en términos de la relación padres e hijos y el bienestar subjetivo.

El análisis estadístico de comparación intra y entre las condiciones experimentales se realizó con el 28.34% de los sujetos ($n = 36$) que concluyeron su participación hasta el seguimiento. No obstante, a fin de no perder datos valiosos

para la investigación, también se realizaron análisis con el 46.45% de participantes ($n = 59$) que completaron su evaluación hasta el post-test, en este grupo se calcularon pruebas t de Student para muestras relacionadas con el pre-test y post-test de cada una de las variables evaluadas.

6.1. Equivalencia inicial entre las condiciones experimentales

Como se puede observar en las Tablas 5, las características demográficas de los adolescentes distribuidos en las tres condiciones experimentales fueron muy similares en muchos aspectos.

Tabla 5

Características demográficas de los adolescentes por condición

Característica	Condición experimental					
	Fluoxetina	Adolescentes	Padres	ANOVA		
Edad (años)						
Rango	12 a 16	12 a 17	12 a 17	$F(2,132) = 2.54, p=.08$		
Media	14	14	14			
DE	1.6	1.5	1.6			
Sexo	<u>% / f</u>	<u>% / f</u>	<u>% / f</u>	χ^2	df	p
Hombres	48/21	32/14	23/10	6.27	2	.04
Mujeres	52/23	68/30	77/34			
Estado Civil						
Soltero	96/42	100/44	100/44	4.06	2	.13
En pareja	4/2	-----	-----			
Escolaridad						
Primaria	7/3	4/2	0	11.48	12	.48
Secundaria	80/35	75/33	73/32			
Bachillerato	13/6	21/9	27/12			
Ocupación						
Estudiantes	86/38	98/43	96/42	14.34	4	.00
Empleados	-----	2/1	4/2			
Ninguna	14/6	-----	-----			

Nota. La $n = 44$ en cada condición experimental.

6.1.1. Características demográficas y evolución del trastorno depresivo

Los resultados del ANOVA en el pre-test no arrojaron diferencias significativas respecto a la edad $F(2, 132) = 2.54, p > .05$; al número de episodios depresivos previos $F(2, 62) = 0.54, p > .05$, o al tiempo de evolución del trastorno $F(2, 123) = 1.61, p > .05$. En la prueba de Brown-Forsythe tampoco se encontró diferencias significativas $F(2, 94) = 2.87, p > .05$, para el número de intentos suicidas previos al ingreso en el estudio.

6.1.2. Comorbilidad

Una característica de la muestra en la que sí se encontró diferencias significativas $F(2, 127) = 7.32, p < .01$ fue con respecto al número de diagnósticos comórbidos, el cual fue mayor en la condición Fluoxetina ($M = 3, DE = 3$) que en las otras dos condiciones experimentales ($M = 1, DE = 1$ para ambas), según mostraron Pruebas Pos Hoc de Tukey. Aunque el tipo de comorbilidad difirió entre las tres condiciones experimentales, dos de los diagnósticos comórbidos más frecuentes para las tres condiciones fueron la ansiedad (5 a 7 casos) y otro trastorno depresivo (6-10 casos), con un mayor número de casos con trastorno por déficit de atención y de conducta en la condición Padres (10 casos) que en la condición Fluoxetina (3 casos) y Adolescentes (4 casos).

6.1.3. Variables de interés

Se verificó también la equivalencia en el pre-test entre *las tres condiciones experimentales* para cada variable de interés en los diferentes instrumentos utilizados. El ANOVA no reveló diferencias significativas estadísticamente entre las tres condiciones en el nivel de severidad de los síntomas depresivos indicado por el

BDI $F(2, 132) = 1.37, p > .05$; en los niveles de ansiedad/depresión $F(2, 132) = .92, p > .05$, e introversión/depresión del YSR $F(2, 132) = .44, p > .05$; ni en los niveles de ansiedad/depresión $F(2, 132) = 1.26, p > .05$, e introversión/depresión del CBCL/6-18, $F(2, 132) = .71, p > .05$.

En la percepción subjetiva de la interacción padres-hijos informada por los adolescentes en el EMBU, tampoco se encontró diferencias significativas estadísticamente en el nivel de calidez $F(2, 132) = .70, p > .05$, y rechazo materno $F(2, 132) = 2.02, p > .05$, ni en el nivel de calidez $F(2, 132) = .84, p > .05$ y rechazo paterno $F(2, 132) = 1.15, p > .05$. Lo mismo sucedió con las dimensiones de bienestar subjetivo informadas por el EMMBSAR, en el cual no se encontró diferencias significativas en la percepción subjetiva de los adolescentes con respecto al clima familiar $F(2, 132) = 1.42, p > .05$, calidad de vida $F(2, 132) = .47, p > .05$, logro $F(2, 132) = 1.63$, interacción social expresada $F(2, 132) = 1.23, p > .05$, e interacción social recibida $F(2, 132) = 1.12, p > .05$. Los datos más completos sobre la media y desviación estándar de estas dimensiones para cada condición experimental se pueden consultar en el Apéndice F.

Entre las demás dimensiones evaluadas por los instrumentos, que podrían sugerir la existencia de otras psicopatologías no objeto de estudio, tampoco se encontró diferencias significativas, salvo en problemas de pensamiento $F(2, 132) = 4.74, p < .01$ y violación de reglas $F(2, 132) = 3.25, p < .05$ del YSR; y en las subescalas de intensidad de emociones negativas intrínsecas $F(2, 132) = 3.36, p < .05$ y de emoción expresiva positiva $F(2, 132) = 3.52, p < .05$ del EMMBSAR. En estas cuatro dimensiones todas las medias de los puntajes T fueron mayores para la condición Adolescentes que para la condición Fluoxetina, sin diferencias con la condición Padres, según pruebas Post Hoc de Tukey (Ver Apéndice F).

6.1.4. Características de los cuidadores

Respecto a los cuidadores principales de los adolescentes participantes también se observó características demográficas muy similares entre las tres condiciones experimentales, como se aprecia en la Tabla 6.

Tabla 6

Características demográficas de los cuidadores principales por condición

Característica	Condición experimental						
	Fluoxetina	Adolescentes	Padres	ANOVA			
Edad (años)							
Rango	27 a 57	20 a 71	22 a 79	F(2, 132)=	.96,	P =.38	
Media	41	39	41				
DE	7	10	11				
Sexo	<u>% / f</u>	<u>% / f</u>	<u>% / f</u>	<u>X²</u>	<u>df</u>	<u>p</u>	
Hombres	11/5	11/5	14/6	.14	2	.93	
Mujeres	89/39	89/39	86/38				
Estado Civil							
Soltero	4/2	7/3	7/3	8.44	10	.58	
Casado o en pareja	55/24	61/27	57/25				
Separado o divorciados	39/17	30/13	30/13				
Viudos	2/1	2/1	6/3				
Escolaridad							
Primaria	34/15	30/13	16/7	10.80	10	.37	
Secundaria	39/17	27/12	34/15				
Bachillerato o más omitidos	-----	2/1	7/3				
Ocupación							
Hogar	39/17	34/15	41/18	13.96	14	.45	
Empleados	57/25	64/28	59/26				
Ninguna	4/2	2/1	-----				
Parentesco							
Madre	86/38	68/30	73/32	7.58	8	.47	
Padre	9/4	11/5	14/6				
Otros	4/2	21/9	13/6				
Residencia							
DF	89/39	86/38	84/37	2.87	4	.57	
Edo. México	9/4	14/6	16/7				
Otros	2/1	-----	-----				

Un aspecto de peculiar interés en la evaluación de los cuidadores principales fue detectar la probable existencia de algún nivel de psicopatología inicial, la cual pudiera limitar la comprensión o llenado de los instrumentos, así como la comprensión, seguimiento o aplicación de las indicaciones terapéuticas propias de cada condición experimental. Para ello se aplicó a los cuidadores principales en el pre-test el SCL-90-R. Instrumento que permite identificar casos en riesgo de psicopatología (puntajes T iguales o superiores a 63) o casos con psicopatología severa (puntajes T iguales o superiores a 75), con base en los valores normativos establecidos por Casullo (2004), para las dimensiones de somatización, obsesión, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, paranoia y psicosis, así como para problemas relacionados con el sueño y alimentación. En la Tabla E6 del Apéndice E se aprecia la ausencia en el pre-test de alguna de éstas patologías en cualesquiera de los niveles clínicos referidos, así como la ausencia de diferencias significativas estadísticamente ($p > .05$) entre las medias de los puntajes T de las tres condiciones experimentales para cada dimensión evaluada por el instrumento.

Para descartar la presencia de psicopatología agregada de manera independiente en el transcurso del tratamiento se aplicó el SCL-90-R en el post-test y seguimiento. Al realizar un ANOVA de medidas repetidas para comparar las diferencias intra-sujeto de cada condición experimental, y un ANOVA simple para comparar las diferencias entre las tres condiciones experimentales por momento de evaluación, no se encontró diferencias significativas estadísticamente ($p > .05$) ni dentro ni entre los grupos para ninguna de las dimensiones señaladas. No obstante, es importante recordar que la media estadística representa el promedio de un grupo de sujetos, pero no a cada uno de ellos, así lo ejemplifican dos casos detectados de la revisión individual de los datos. En el primero de ellos, perteneciente a la

condición Fluoxetina donde no se brindó ninguna intervención al cuidador, se registró en el pre-test un nivel severo de hostilidad materna (76.52) que se mantuvo en el post-test (93.69) y seguimiento (89.32), con la aparición en el post-test de ansiedad (76) y depresión severas (80.87) que se redujeron a niveles de riesgo (66.39 y 70.93 respectivamente) en el seguimiento, no obstante el adolescente paso de un puntaje en el BDI de 31 en el pre-test a 9 y 1 en el pos-test y seguimiento respectivamente. En el segundo caso, perteneciente a la condición Padres donde el cuidador recibió una intervención cognitivo conductual en paralelo con el adolescente, se registraron en el pre-test niveles severos de depresión (75.28) y ansiedad (87.79) y un nivel de riesgo en hostilidad materna, que se redujeron en el post-test (58.36, 68.86 y 59.91 respectivamente) y se normalizaron totalmente en el seguimiento (48.14, 58.20 y 45.85 respectivamente), no obstante, en este caso los puntajes del adolescente en el BDI para los tres momentos de evaluación fueron de 33, 35 y 10 respectivamente. Resultados que muestran por una parte, como dentro de un grupo pueden existir casos extremos, y por otra, que la evolución sintomática de los hijos no siempre está asociada al nivel de severidad de la psicopatología de los padres.

6.2. Eficacia del tratamiento en la reducción de síntomas depresivos

En esta sección se muestra los datos a favor y en contra de la primera hipótesis de investigación planteada en este estudio, sobre que la terapia cognitivo conductual grupal y el manejo farmacológico de adolescentes con depresión, cuyos padres además reciben una intervención cognitivo conductual (condición Padres), es más eficaz que el sólo manejo farmacológico (condición Fluoxetina) o que el manejo farmacológico combinado con terapia cognitivo conductual grupal (condición

Adolescentes), sin la intervención de los padres, tanto a corto (post intervención) como a mediano plazos (seguimiento a 3 meses).

La principal variable dependiente de esta investigación sobre la que se midió y contrastó el impacto de las tres condiciones experimentales fue la presencia de síntomas depresivos. En la Tabla 7 podemos observar el comportamiento de esta variable a lo largo del tiempo en cada condición experimental según el puntaje arrojado en los tres instrumentos utilizados para evaluarla.

6.2.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI)

6.2.1.1 Comparaciones intra-condición del BDI.

En las comparaciones por pares (con el ajuste de Bonferroni) y pruebas multivariadas del ANOVA de medidas repetidas para el BDI se obtuvo diferencias significativas estadísticamente en el puntaje de síntomas depresivos para las tres condiciones experimentales, tanto en el corto como en el mediano plazos. El tamaño del efecto para la condición Fluoxetina fue moderado y entre pequeño y moderado para las otras dos, como se muestra en la Tabla 8.

Como se mostró en la Tabla 7, las tres condiciones experimentales alcanzaron en el post-test y mantuvieron en el seguimiento un puntaje de síntomas depresivos en el BDI menor al señalado por Jurado et al. (1998) como punto de corte indicativo de depresión en población mexicana, lo que se ilustra en la Figura 3.

Tabla 7

Puntajes promedio y desviación estándar obtenidos por las tres condiciones experimentales en la evaluación de los síntomas depresivos con el BDI, YSR y CBCL/6-18 para el pre-test, post-test y seguimiento

Instrumento de medición	Momento de evaluación y condición experimental								
	Pre-test			Post-test			Seguimiento		
	<i>M</i> (<i>DE</i>)			<i>M</i> (<i>DE</i>)			<i>M</i> (<i>DE</i>)		
	Flx	Adol	Pad	Flx	Adol	Pad	Flx	Adol	Pad
BDI	24.21 (6.93)	24.64 (10.04)	25.82 (13.38)	8.21 (9.49)	7.91 (9.31)	7.64 (10.10)	4.93 (6.08)	7.55 (7.86)	7.18 (6.24)
YSR									
A/D	64.78 (10.03)	69.72 (14.18)	66.72 (15.19)	56.07 (7.88)	59.63 (8.72)	58.00 (9.94)	50.35 (16.30)	56.09 (6.51)	55.54 (6.07)
I/D	66.92 (11.78)	68.09 (11.30)	65.45 (12.48)	60.57 (13.39)	60.00 (5.74)	58.54 (11.32)	54.14 (19.35)	57.72 (10.29)	55.90 (5.73)
CBCL/6-18									
A/D	72.64 (8.12)	71.81 (10.93)	65.54 (12.80)	64.12 (7.45)	60.36 (10.64)	56.81 (7.78)	58.78 (6.94)	59.27 (10.75)	57.00 (7.45)
I/D	72.28 (10.36)	70.45 (8.92)	74.00 (14.12)	65.46 (12.93)	62.45 (11.47)	62.00 (10.21)	61.92 (8.95)	59.18 (6.76)	61.90 (6.99)

Claves. BDI = Inventario de Depresión de Beck (depresión con puntaje ≥ 10), YSR = Auto-Informe de Adolescentes (patología en rango borderline con puntaje ≥ 65 , < 70 , en rango clínico con puntaje ≥ 70), CBCL/6-18 = Lista de Verificación Conductual para Niños de 6 a 18 años (mismos parámetros de patología que YSR), Flx = condición Fluoxetina ($n = 14$), Adol = condición Adolescentes ($n = 11$), Pad = condición Padres ($n = 11$), A/D = Ansiedad/Depresión, I/D = Introversión/Depresión.

Tabla 8

Diferencias obtenidas con el ANOVA de medidas repetidas en el puntaje de síntomas depresivos del BDI para las tres condiciones experimentales en el corto y mediano plazos

BDI	Comparaciones por pares			Pruebas multivariadas _a			
	Condición	Diferencia entre medias	Error estándar	p	(gl, n)	F	Eta ²
Fluoxetina							
	Pre-post	16.00	3.10	.000	(2,14)	19.77***	.55
	Pre-seg	19.28	3.02	.000			
Adolescentes							
	Pre-post	16.72	3.50	.000	(2,11)	13.04***	.45
	Pre-seg	17.09	3.40	.000			
Padres							
	Pre-post	18.18	3.50	.000	(2,11)	15.47***	.49
	Pre-seg	18.63	3.40	.000			

Claves. BDI = Inventario de Depresión de Beck, Pre=pre-test, Post = post-test, Seg = seguimiento.

A Lambda de Wilks

*** $p < .001$

Para aquellos participantes que completaron su participación sólo hasta el post-test ($n = 59$) se aplicó como prueba de medidas repetidas la *t de Student* para muestras relacionadas. Los resultados en esta prueba mostraron diferencias significativas estadísticamente en el puntaje de síntomas depresivos del BDI para las tres condiciones experimentales, no obstante sólo aquéllos de la condición Fluoxetina alcanzaron puntajes inferiores al punto de corte del instrumento para detectar la presencia de depresión (Véase Tabla 9).

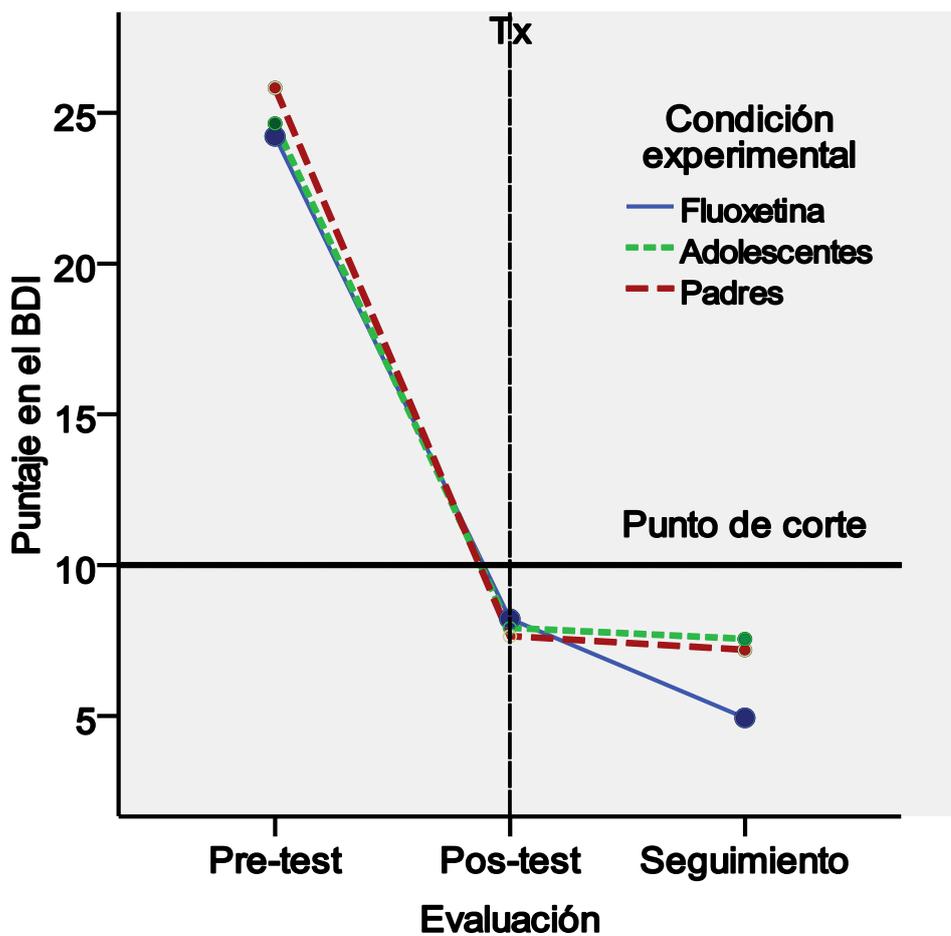


Figura 3. Diferencia en el puntaje de síntomas depresivos del BDI intra y entre las condiciones experimentales por momento de evaluación.

Clave. TX = Fin de la intervención terapéutica en la condición Adolescentes y Padres.

Tabla 9

Evaluación de medidas repetidas entre el puntaje de pre-test y post-test del BDI para las tres condiciones experimentales

Condición	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>
Fluoxetina				
Pre-test	25.48	8.18	20	8.11***
Post-test	9.43	8.91		
Adolescentes				
Pre-test	25.80	9.92	14	4.30***
Post-test	10.13	11.14		
Padres				
Pre-test	26.00	11.84	22	4.20***
Post-test	13.35	15.34		

Claves. BDI = Inventario de Depresión de Beck.

*** $p \leq .001$

6.2.1.2. Comparación entre-condiciones experimentales para el BDI

Las pruebas univariadas que contrastaron el efecto simple del tratamiento en las tres condiciones experimentales sobre la diferencia en el puntaje de síntomas depresivos para cada momento de evaluación no arrojaron diferencias significativas estadísticamente entre ninguna de ellas, por lo que no fue necesario realizar pruebas Post Hoc (Véase la Tabla 10).

Tabla 10

Efectos univariados simples de la condición experimental sobre el puntaje de síntomas depresivos del BDI para cada momento de evaluación

Evaluación	ANOVA				
	(2, 33)				
	Suma de cuadrados	Media cuadrada	F	p	Eta ² parcial
Pre-test					
Contraste	16.46	8.23	.079	.924	.005
error	3424.53	103.77			
Post-test					
Contraste	2.07	1.03	.011	.989	.001
error	3059.81	92.72			
Seguimiento					
Contraste	51.45	25.72	.570	.571	.03
error	1489.29	45.13			

6.2.1.3. Relevancia clínica observada con el BDI

Los resultados hasta aquí informados para el BDI captaron la valoración subjetiva de los adolescentes respecto al cambio en el nivel de severidad de su sintomatología depresiva y revelan diferencias significativas estadísticamente a corto y mediano plazos (post-test y seguimiento), no obstante diversos investigadores consideran importante evaluar el éxito del tratamiento no sólo en función de las diferencias estadísticas o del tamaño del efecto, sino también con base en la

relevancia clínica o práctica de dichos resultados (McCracken et al., 2007; Ogles et al., 2001). Así, para evaluar la relevancia clínica de la diferencia en el puntaje de síntomas depresivos informado por cada sujeto en el BDI, al corto y mediano plazos, se utilizó el método desarrollado por Jacobson y Truax en 1961, el cual toma en consideración dos aspectos. El primero de ellos se refiere a la recuperación, es decir al regreso de las puntuaciones de un instrumento a la norma empírica (Ogles et al., 2001), que en el caso del BDI equivaldría a obtener una puntuación igual o inferior a 9 según los puntos de corte establecidos por Jurado et al. (1998) para población mexicana. El segundo aspecto se refiere a la mejoría, la cual está presente cuando se obtiene un índice de cambio confiable (RCI, por sus siglas en inglés) superior a 1.96 con base en la fórmula de Jacobson y Truax:

$$RCI = \frac{X_{pos} - X_{pre}}{S_{diff}} > 1.96$$

RCI = Índice de cambio confiable

S_{diff} = Error estándar de la diferencia entre las medias

Cuando se cumplen ambos criterios, de recuperación y mejoría, se considera que existe relevancia clínica o cambio clínicamente significativo (Ogles et al., 2001).

En la Tabla 11 se observa el porcentaje de casos en este estudio que mostraron relevancia clínica para el post-test.

Tabla 11

Porcentaje de casos con recuperación, mejoría y cambio significativo a corto plazo con base en el puntaje obtenido en el BDI

Grupo	Recuperación (BDI < 10)			Mejoría (RCI > 1.96)			Cambio significativo		
	S	N	D	S	N	D	S	N	D
	Fluoxetina (n = 14)	n 9 % 64	5 36	0 0	14 100	0 0	0 0	9 64	5 36
Adolescentes (n = 11)	n 8 % 73	2 18	1 9	9 82	2 18	0 0	8 73	3 27	0 0
Padres (n = 11)	n 9 % 82	2 18	0 0	8 73	3 27	0 0	8 73	3 27	0 0

Claves. S = sí, N = no, D = deterioro, BDI = Inventario de depresión de Beck, RCI = Índice de cambio confiable.

Como se puede observar, en el post-test el mayor porcentaje de recuperación lo mostró la condición Padres y el mayor porcentaje de mejoría la condición Fluoxetina, si bien al considerar los dos criterios la condición Adolescentes y Padres mostraron un igual porcentaje de casos con relevancia clínica y superior a la condición Fluoxetina. Sólo en un caso de la condición Adolescentes se presentó incremento en el puntaje de síntomas depresivos pero sin relevancia clínica.

En la Tabla 12 se presenta el porcentaje de casos que mostraron relevancia clínica para el seguimiento.

Tabla 12

Porcentaje de casos con recuperación, mejoría y cambio significativo a mediano plazo con base al puntaje obtenido en el BDI

Grupo	Recuperación			Mejoría			Cambio significativo			
	(BDI < 10)			(RCI > 1.96)						
	S	N	D	S	N	D	S	N	D	
Fluoxetina	<i>n</i>	10	4	0	14	0	0	10	4	0
(<i>n</i> = 14)	%	71	29	0	100	0	0	71	29	0
Adolescentes	<i>n</i>	8	3	0	8	3	0	8	3	0
(<i>n</i> = 11)	%	73	27	0	73	27	0	73	27	0
Padres	<i>n</i>	7	4	0	7	4	0	6	5	0
(<i>n</i> = 11)	%	64	36	0	64	36	0	55	45	0

Claves. S = sí, N = no, D = deterioro, BDI = Inventario de Depresión de Beck, RCI = índice de cambio confiable.

El mayor porcentaje de casos que mantuvieron la recuperación fue para la condición Adolescentes, manteniendo la condición Fluoxetina el mayor porcentaje de casos con mejoría, aunque al considerar ambos criterios la condición Adolescentes conservo el mayor porcentaje de casos con relevancia clínica al mediano plazo. Sin deterioro en ninguna de las condiciones.

6.2.2. Auto-informe de adolescentes (*Youth Self-Report, YSR*) de Achenbach

Para continuar la evaluación del impacto del tratamiento en las tres condiciones experimentales sobre los síntomas depresivos de los adolescentes se analizaron los resultados arrojados por el YSR en las dimensiones de

Ansiedad/Depresión e Introversión/Depresión. En la Tabla 13 se resume el comportamiento de estas dimensiones a lo largo del tiempo en cada condición experimental.

Tabla 13

Puntajes promedio y desviación estándar obtenidos por las tres condiciones experimentales en la evaluación de los síntomas depresivos con el YSR para el pre-test, post-test y seguimiento

Instrumento de medición	Momento de evaluación y condición experimental								
	Pre-test			Post-test			Seguimiento		
	<i>M (DE)</i>			<i>M (DE)</i>			<i>M (DE)</i>		
	Flx	Adol	Pad	Flx	Adol	Pad	Flx	Adol	Pad
YSR									
A/D	64.78 (10.03)	69.72 (14.18)	66.72 (15.19)	56.07 (7.88)	59.63 (8.72)	58.00 (9.94)	50.35 (16.30)	56.09 (6.51)	55.54 (6.07)
I/D	66.92 (11.78)	68.09 (11.30)	65.45 (12.48)	60.57 (13.39)	60.00 (5.74)	58.54 (11.32)	54.14 (19.35)	57.72 (10.29)	55.90 (5.73)

Claves. YSR = Auto-informe de adolescentes (patología en rango borderline con puntaje ≥ 65 , < 70 , en rango clínico con puntaje ≥ 70), Flx = condición Fluoxetina ($n = 14$), Adol = condición Adolescentes ($n = 11$), Pad = condición Padres ($n = 11$), A/D = Ansiedad/Depresión, I/D = Introversión/Depresión.

6.2.2.1. Comparaciones intra-condición en la dimensión de Ansiedad/Depresión del YSR

En las comparaciones por pares (con el ajuste de Bonferroni) y pruebas multivariadas del ANOVA de medidas repetidas para la dimensión

Ansiedad/Depresión del YSR se obtuvo diferencias significativas estadísticamente en el puntaje de síntomas de ansiedad/depresión a mediano plazo para la condición Fluoxetina y Adolescentes, con un tamaño del efecto pequeño para ambas. Las diferencias en esta dimensión para la condición Padres no fueron significativas ni a corto ni a mediano plazos (Véase Tabla 14).

Tabla 14

Diferencias obtenidas con el ANOVA de medidas repetidas en el puntaje de Ansiedad/Depresión del YSR para las tres condiciones experimentales en el corto y mediano plazos

YSR (A/D)	Comparaciones por pares			Pruebas multivariadas _a		
	Diferencia entre medias	Error estándar	<i>p</i>	(<i>gl, n</i>)	<i>F</i>	<i>Eta</i> ²
Fluoxetina						
Pre-post	8.71	3.79	.085	(2,32)	6.30**	.28
Pre-seg	14.42	4.07	.004			
Adolescentes						
Pre-post	10.09	4.28	.074	(2,32)	4.26*	.21
Pre-seg	13.63	4.60	.017			
Padres						
Pre-post	8.72	4.28	.149	(2,32)	2.89	.15
Pre-seg	11.18	4.60	.062			

Claves. YSR = Auto-informe de adolescentes, A/D =

Ansiedad/Depresión, Pre = pre-test, Post = post-test, Seg = seguimiento.

A Lambda de Wilks

* $p \leq .05$

** $p < .01$

Como se mostró en la Tabla 13, prácticamente las tres condiciones iniciaron con niveles de ansiedad/depresión en rango borderline (puntajes $T \geq 65$, < 70), pero alcanzaron y mantuvieron puntuaciones normales para el post-test y seguimiento como se ilustra en la Figura 4.

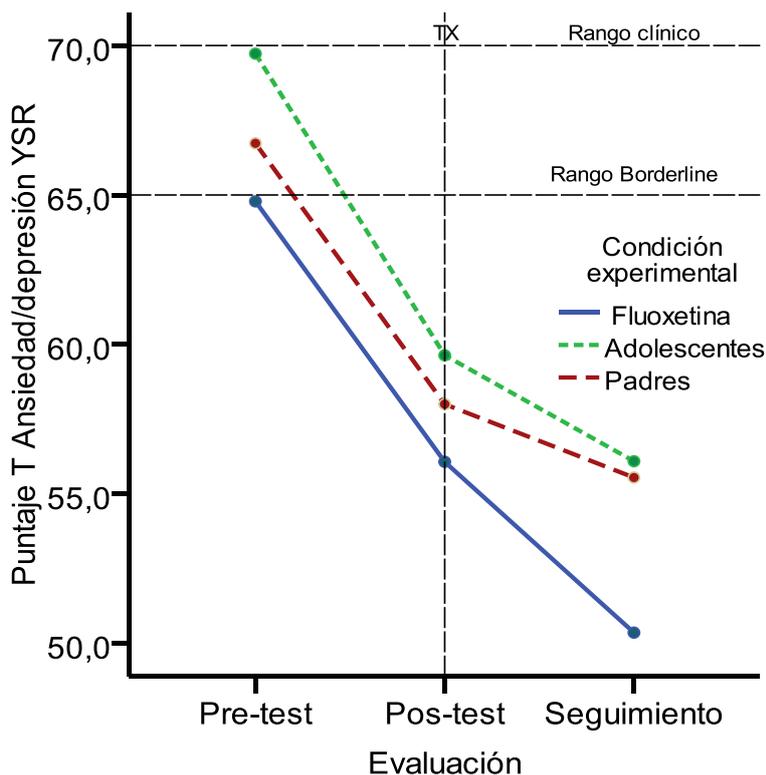


Figura 4. Diferencia en el puntaje de Ansiedad/Depresión del YSR intra y entre las condiciones experimentales por momento de evaluación.

Clave. TX = Fin de la intervención terapéutica en la condición Adolescentes y Padres.

Al comparar los resultados de aquellos pacientes que completaron su participación sólo hasta el post-test ($n = 59$), contrario al ANOVA de medidas repetidas, la t de Student sí arrojó diferencias estadísticamente en los

niveles de ansiedad/depresión del YSR para las tres condiciones experimentales en el corto plazo. Todas las condiciones partieron de niveles de ansiedad/depresión en rango borderline y alcanzaron puntajes inferiores al punto de corte del instrumento para detectar la presencia de esta sintomatología en el corto plazo (Véase Tabla 15).

Tabla 15

Evaluación de medidas repetidas entre el puntaje de pre-test y post-test de la dimensión Ansiedad/Depresión del YSR para las tres condiciones experimentales

Condición	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>
Fluoxetina				
Pre-test	66.71	11.67	20	5.07***
Post-test	56.76	7.97		
Adolescentes				
Pre-test	68.33	13.00	14	2.55*
Post-test	59.33	8.07		
Padres				
Pre-test	67.73	12.70	22	2.35*
Post-test	60.78	11.04		

Nota. Se diagnostica patología en rango borderline con un puntaje $T \geq 65$, < 70 , en rango clínico con un puntaje ≥ 70 .

* $p \leq .05$

*** $p \leq .001$

6.2.2.2. *Comparación entre-condiciones experimentales para la dimensión
Ansiedad/Depresión del YSR*

Las pruebas univariadas que contrastan el efecto simple del tratamiento en las tres condiciones experimentales sobre la diferencia en el puntaje de síntomas de ansiedad/depresión para cada momento de evaluación no arrojaron diferencias significativas estadísticamente entre ninguna de ellas, por lo que no fue necesario realizar pruebas Post Hoc (Véase la Tabla 16).

Tabla 16
Efectos univariados simples de la condición experimental sobre el puntaje de síntomas de Ansiedad/Depresión del YSR para cada momento de evaluación

Evaluación	ANOVA (2, 33)				
	Suma de cuadrados	Media cuadrada	F	p	Etá ² parcial
Pre-test					
Contraste	150.83	75.41	.44	.647	.02
error	5632.72	170.68			
Post-test					
Contraste	79.27	39.63	.51	.605	.03
error	2559.47	77.56			
Seguimiento					
Contraste	256.78	128.39	.99	.380	.05
error	4248.85	128.75			

6.2.2.3. *Relevancia clínica de las diferencias en la dimensión
Ansiedad/Depresión del YSR*

Para evaluar la relevancia clínica de la diferencia en el puntaje de síntomas de ansiedad/depresión informado por cada sujeto en el YSR, al corto y mediano plazos, también se utilizó el método de Jacobson y Truax. En el caso del YSR, al

igual que en el del CBCL/6-18 que se revisará posteriormente, la recuperación, es decir el regreso de las puntuaciones del instrumento a la norma empírica, equivaldría a obtener una puntuación inferior a 65 puntos, ya que un puntaje de 70 o superior (rango clínico de síntomas) refleja puntajes más altos que los obtenidos por el 98% de una muestra normativa nacional de adolescentes entre 12 y 18 años que no demandaron atención psiquiátrica y el un puntaje entre 65 y 69 (rango borderline) indica puntajes más altos que los obtenidos por el 93% de la muestra normativa, los cuales son motivo de preocupación aunque no integren claramente un trastorno (Achenbach & Rescorla, 2001). La mejoría equivale también a obtener un RCI > 1.96.

Para el análisis de esta dimensión (y todas las obtenidas con las baterías de Achenbach) sólo se consideró aquellos casos en que la puntuación del pre-test no estuviera ya dentro de la norma. En la Tabla 17 se observa el porcentaje de casos que mostraron una reducción de síntomas de ansiedad/depresión informados por los adolescentes en el post-test con relevancia clínica.

Como se puede observar, en el post-test el mayor porcentaje de casos con recuperación lo mostraron las condiciones Fluoxetina y Adolescentes y el mayor porcentaje de mejoría la condición Adolescentes. Al considerar los dos criterios, la condición Adolescentes arrojó el mayor porcentaje de casos en que hubo diferencias con relevancia clínica en el nivel de síntomas de ansiedad/depresión, no obstante fue la única condición en la que se presentó un caso de deterioro con relevancia clínica.

Tabla 17

Porcentaje de casos con recuperación, mejoría y cambio significativo a corto plazo en la dimensión Ansiedad/Depresión del YSR

Condición		Recuperación (A/D < 65)			Mejoría (RCI > 1.96)			Cambio significativo		
		S	N	D	S	N	D	S	N	D
Fluoxetina	<i>n</i>	5	2	0	4	3	0	3	4	0
(<i>n</i> = 7)	%	71	29	0	57	43	0	43	57	0
Adolescentes	<i>n</i>	5	1	1	6	0	1	5	1	1
(<i>n</i> = 7)	%	71	14	14	86	0	14	71	14	14
Padres	<i>n</i>	4	1	1	3	3	0	3	3	0
(<i>n</i> = 6)	%	66	17	17	50	50	0	50	50	0

Claves. YSR = Auto-Informe de Adolescentes, A/D = Ansiedad/Depresión, RCI = índice de cambio confiable, S = sí, N = no, D = deterioro.

En la Tabla 18 se observa el porcentaje de casos que mostraron diferencias con relevancia clínica en el nivel de síntomas de ansiedad/depresión en el mediano plazo, el cual fue mayor para las condiciones Fluoxetina y Adolescentes que para la condición Padres, pero idéntico entre ellas. No obstante la condición fluoxetina arrojó el mayor porcentaje de casos con recuperación de las tres condiciones, mientras que el mayor porcentaje de los casos con mejoría fue para la condición Adolescentes. Al mediano plazo no se encontró deterioro clínico en ninguna de las tres condiciones experimentales.

Tabla 18

Porcentaje de casos con recuperación, mejoría y cambio significativo a mediano plazo en la dimensión Ansiedad/Depresión del YSR

Condición		Recuperación (A/D < 65)			Mejoría (RCI > 1.96)			Cambio significativo		
		S	N	D	S	N	D	S	N	D
Fluoxetina (n = 7)	n	6	1	0	5	2	0	5	2	0
	%	86	14	0	71	29	0	71	29	0
Adolescentes (n = 7)	n	5	2	0	6	1	0	5	2	0
	%	71	29	0	86	14	0	71	29	0
Padres (n = 6)	n	5	1	0	3	3	0	3	3	0
	%	83	17	0	50	50	0	50	50	0

Claves. YSR = Auto-Informe de Adolescentes, A/D = Ansiedad/Depresión, RCI = índice de cambio confiable S = sí, N = no, D = deterioro.

6.2.2.4. Comparaciones intra-condición en la dimensión de Introversión/Depresión del YSR

En las comparaciones por pares (con el ajuste de Bonferroni) y pruebas multivariadas del ANOVA de medidas repetidas para la dimensión Introversión/Depresión del YSR se obtuvo diferencias estadísticamente en el puntaje de síntomas de introversión depresión a mediano plazo sólo para la condición Fluoxetina, con un tamaño del efecto pequeño. Las diferencias en esta dimensión para la condición Adolescentes y Padres no fueron significativas ni a corto ni a mediano plazos (Véase Tabla 19).

Tabla 19

Diferencias obtenidas con el ANOVA de medidas repetidas en el puntaje de Introversión/Depresión del YSR para las tres condiciones experimentales en el corto y mediano plazos

YSR (I/D)	Comparaciones por pares			Pruebas multivariadas _a		
Condición	Diferencia entre medias	Error estándar	<i>p</i>	(<i>gl, n</i>)	<i>F</i>	<i>Eta</i> ²
Fluoxetina						
Pre-post	6.35	3.41	.215	(2, 32)	5.39*	.25
Pre-seg	12.78	3.83	.006			
Adolescentes						
Pre-post	8.09	3.85	.131	(2, 32)	3.25	.16
Pre-seg	10.36	4.32	.067			
Padres						
Pre-post	6.90	3.85	.247	(2, 32)	2.63	.14
Pre-seg	9.54	4.32	.103			

Claves. YSR = Auto-Informe de Adolescentes, I/D = Introversión/Depresión,

Pre = pre-test, Post = post-test, Seg = seguimiento.

A Lambda de Wilks

* $p \leq .05$

Como se mostró en la Tabla 13, las tres condiciones iniciaron con niveles de introversión/depresión en rango borderline (puntajes $T \geq 65, < 70$), pero alcanzaron y mantuvieron puntuaciones normales para el post-test y seguimiento como se ilustra en la Figura 5.

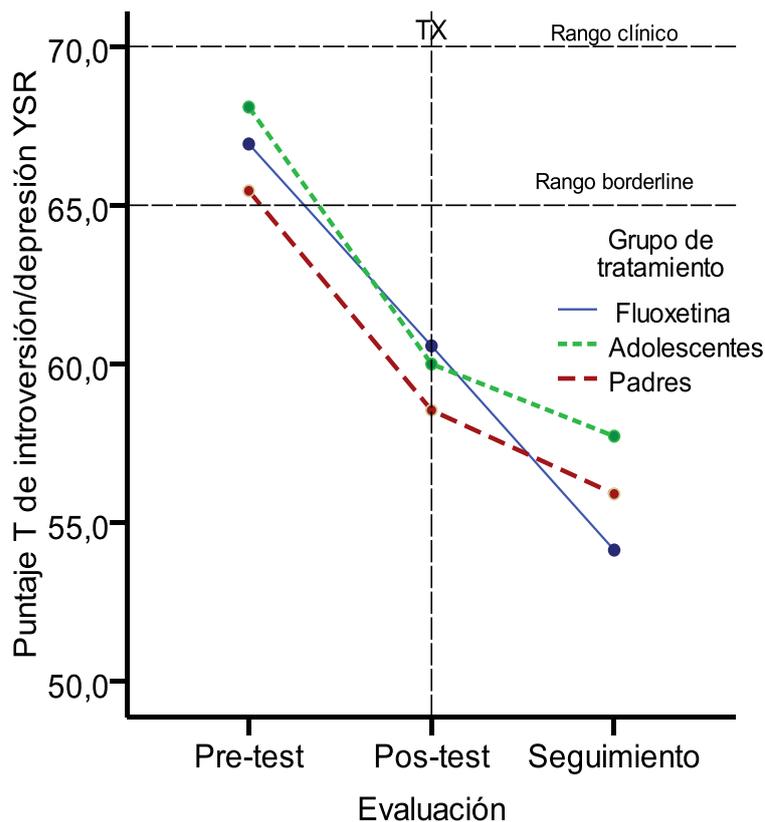


Figura 5. Diferencia en el puntaje de Introversión/Depresión del YSR intra y entre las condiciones experimentales por momento de evaluación.

Clave. TX = Fin de la intervención terapéutica en la condición Adolescentes y Padres.

Al comparar los resultados de los pacientes que completaron su participación sólo hasta el post-test ($n = 59$) la t de Student arrojó diferencias significativas estadísticamente en el corto plazo para los niveles de introversión /depresión del YSR sólo en las condiciones Fluoxetina y Adolescentes. Todas las condiciones partieron de niveles de introversión/depresión en rango borderline y lograron normalizarse en el corto plazo (Véase Tabla 20).

Tabla 20

Evaluación de medidas repetidas entre el puntaje de pre-test y post-test de la dimensión Introversión/Depresión del YSR para las tres condiciones experimentales

Condición	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>
Fluoxetina				
Pre-test	69.33	11.91	20	4.76***
Post-test	60.52	12.91		
Adolescentes				
Pre-test	69.06	10.08	14	2.98*
Post-test	61.13	5.44		
Padres				
Pre-test	66.65	12.22	22	1.87
Post-test	61.21	12.00		

Nota. Se diagnostica patología en rango borderline con un puntaje $T \geq 65$, < 70 , en rango clínico con un puntaje ≥ 70 .

* $p \leq .05$

*** $p \leq .001$

6.2.2.5. Comparación entre-condiciones experimentales para la dimensión Introversión/Depresión del YSR

Las pruebas univariadas que contrastan el efecto simple del tratamiento sobre la diferencia en el puntaje de síntomas de introversión/depresión en las tres condiciones experimentales, para cada momento de evaluación, no arrojaron

diferencias significativas estadísticamente entre ninguna de ellas, por lo que no se realizó pruebas post hoc (Véase la Tabla 21).

Tabla 21

Efectos univariados simples de la condición experimental sobre el puntaje de síntomas de Introversión/Depresión del YSR para cada momento de evaluación

Evaluación	ANOVA				
	(2, 33)				
	Suma de cuadrados	Media cuadrada	F	p	Eta ² parcial
Pre-test					
Contraste	38.43	19.21	.137	.873	.008
error	4644.56	140.74			
Post-test					
Contraste	26.06	13.03	.109	.897	.007
error	3944.15	119.52			
Seguimiento					
Contraste	79.41	39.70	.209	.812	.013
error	6260.80	19.72			

6.2.2.6. Relevancia clínica de las diferencias en la dimensión

Introversión/Depresión del YSR

Para el análisis de esta dimensión nuevamente sólo se consideró aquellos casos en que la puntuación del pre-test no estuviera ya dentro de la norma. Se

recuerda que siguiendo el método de Jacobson y Truax la recuperación equivale a obtener una puntuación inferior 65 puntos y la mejoría a obtener un RCI > 1.96.

En la Tabla 22 se observa el porcentaje de casos que mostraron una reducción de síntomas de introversión/depresión informados por los adolescentes en el post-test con relevancia clínica.

Tabla 22

Porcentaje de casos con recuperación, mejoría y cambio significativo a corto plazo en la dimensión Introversión/Depresión del YSR

Condición		Recuperación (I/D < 65)			Mejoría (RCI > 1.96)			Cambio significativo		
		S	N	D	S	N	D	S	N	D
		Fluoxetina (n = 7)	n	3	3	1	2	5	0	2
	%	43	43	14	29	71	0	29	71	0
Adolescentes (n = 7)	n	5	2	0	6	1	0	4	3	0
	%	71	29	0	86	14	0	57	43	0
Padres (n = 5)	n	4	0	1	3	2	0	3	2	0
	%	80	0	20	60	40	0	60	40	0

Claves. YSR = Auto-Informe de Adolescentes, I/D = Introversión/Depresión, RCI = índice de cambio confiable, S = sí, N = no, D = deterioro.

Como se puede observar, el mayor porcentaje de casos con recuperación en el post-test para la dimensión Introversión/Depresión lo arrojó la condición experimental Padres, aunque el mayor porcentaje de mejoría se presentara en la condición Adolescentes. Al considerar los dos criterios, la condición Padres arrojó el

mayor porcentaje de casos en que hubo diferencias con relevancia clínica en el nivel de síntomas de introversión/depresión. En ninguna de las condiciones existió deterioro con relevancia clínica.

En la Tabla 23 se observa el porcentaje de casos que mostraron diferencias con relevancia clínica en el nivel de síntomas de introversión/depresión en el mediano plazo, el cual fue mayor para las condiciones Adolescentes y Padres que para la condición Fluoxetina en la que ningún caso obtuvo diferencias con relevancia clínica. No obstante la condición Padres arrojó el mayor porcentaje de casos con recuperación de las tres condiciones, mientras que el mayor porcentaje de los casos con mejoría fue para la condición Adolescentes. Al mediano plazo no se encontró tampoco deterioro clínico en ninguna de las tres condiciones experimentales.

6.2.3. Lista de verificación de síntomas conductuales en niños y adolescentes (CBCL/ 6-18) de Achenbach

Para evaluar el impacto del tratamiento sobre los síntomas depresivos de los adolescentes desde la perspectiva de los padres, en las tres condiciones experimentales, se analizaron los resultados arrojados por el CBCL/ 6-18 en las dimensiones de Ansiedad/Depresión e Introversión/Depresión del instrumento. En la Tabla 24 se resume el comportamiento de estas dos dimensiones a lo largo del tiempo en cada condición experimental.

Tabla 23

Porcentaje de casos con recuperación, mejoría y cambio significativo a mediano plazo en la dimensión Introversión/Depresión del YSR

Condición	Recuperación (I/D < 65)			Mejoría (RCI > 1.96)			Cambio significativo		
	S	N	D	S	N	D	S	N	D
	Fluoxetina (n = 7)	n 4 % 57	2 29	1 14	0 0	7 100	0 0	0 0	7 100
Adolescentes (n = 7)	n 4 % 57	2 29	1 14	4 57	3 43	0 0	4 57	3 43	0 0
Padres (n = 5)	n 4 % 80	1 20	0 0	2 40	3 60	0 0	2 40	3 60	0 0

Claves. YSR = Auto-informe de adolescentes, I/D = Introversión/Depresión, RCI = índice de cambio confiable, S = sí, N = no, D = deterioro.

6.2.3.1. Comparaciones intra-condición en la dimensión de Ansiedad/Depresión del CBCL/6-18

En las comparaciones por pares (con el ajuste de Bonferroni) y pruebas multivariadas del ANOVA de medidas repetidas para la dimensión Ansiedad/Depresión del CBCL/6-18 se obtuvo diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de síntomas de ansiedad/depresión a corto y mediano plazo para las tres condiciones, con un tamaño del efecto pequeño para todas (Véase Tabla 25).

Tabla 24

Puntajes promedio y desviación estándar obtenidos por las tres condiciones experimentales en la evaluación de los síntomas depresivos con el CBCL/6-18 para el pre-test, post-test y seguimiento

Instrumento de medición	Momento de evaluación y condición experimental								
	Pre-test			Post-test			Seguimiento		
	<i>M (DE)</i>			<i>M(DE)</i>			<i>M(DE)</i>		
	Flx	Adol	Pad	Flx	Adol	Pad	Flx	Adol	Pad
CBCL/6-18									
A/D	72.64 (8.12)	71.81 (10.93)	65.54 (12.80)	64.12 (7.45)	60.36 (10.64)	56.81 (7.78)	58.78 (6.94)	59.27 (10.75)	57.00 (7.45)
I/D	72.28 (10.36)	70.45 (8.92)	74.00 (14.12)	65.46 (12.93)	62.45 (11.47)	62.00 (10.21)	61.92 (8.95)	59.18 (6.76)	61.90 (6.99)

Claves. CBCL/6-18 = Lista de Verificación Conductual para Niños de 6 a 18 años (patología en rango borderline con puntaje ≥ 65 , < 70 , en rango clínico con puntaje ≥ 70), Flx = condición Fluoxetina ($n = 14$), Adol = condición Adolescentes ($n = 11$), Pad = condición Padres ($n = 11$), A/D = Ansiedad/Depresión, I/D = Introversión/Depresión.

Como se mostró en la Tabla 24, las condiciones Fluoxetina y Adolescentes iniciaron con niveles de ansiedad/depresión en rango clínico y la condición Padres en rango borderline pero las tres alcanzaron y mantuvieron puntuaciones normales para el post-test y seguimiento como se ilustra en la Figura 6.

Tabla 25

Diferencias obtenidas con el ANOVA de medidas repetidas en el puntaje de Ansiedad/Depresión del CBCL/6-18 para las tres condiciones experimentales en el corto y mediano plazos

CBCL/6-18 (A/D)	Comparaciones por pares			Pruebas multivariadas _a			
	Condición	Diferencia entre medias	Error estándar	p	(gl, n)	F	Eta^2
Fluoxetina							
	Pre-post	8.51	2.27	.002	(2,35)	11.25***	.41
	Pre-seg	13.85	2.87	.000			
Adolescentes							
	Pre-post	11.45	2.56	.000	(2,35)	9.92***	.38
	Pre-seg	12.54	3.24	.001			
Padres							
	Pre-post	8.72	2.56	.005	(2,35)	5.62***	.26
	Pre-seg	8.54	3.24	.038			

Claves. YSR = Auto-Informe de Adolescentes, A/D = Ansiedad/Depresión, Pre = pre-test, Post = post-test, Seg = seguimiento.

A Lambda de Wilks

* $p \leq .05$

** $p < .01$

Al comparar los resultados de aquellos pacientes que completaron su participación sólo hasta el post-test ($n = 59$) la t de Student arrojó diferencias significativas estadísticamente en los niveles de ansiedad/depresión del CBCL/6-18 para las tres condiciones experimentales en el corto plazo. Todas las condiciones partieron de niveles de ansiedad/depresión en rango clínico que se normalizaron al corto plazo (Véase Tabla 26).

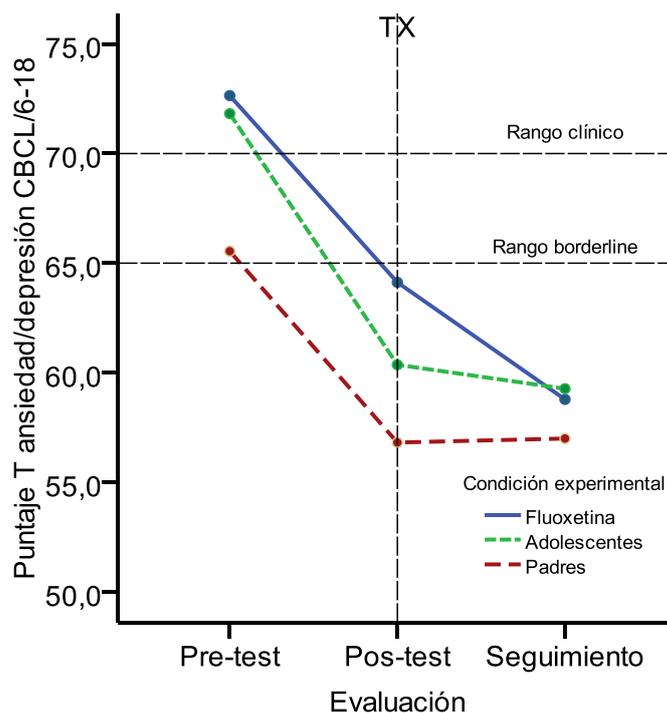


Figura 6. Diferencia en el puntaje de Ansiedad/Depresión del CBCL/6-18 intra y entre las condiciones experimentales por momento de evaluación. Clave. TX = Fin de la intervención terapéutica en la condición Adolescentes y Padres.

6.2.3.2. Comparación entre-condiciones experimentales para la dimensión Ansiedad/Depresión del CBCL/6-18

Las pruebas univariadas que contrastan el efecto simple del tratamiento en las tres condiciones experimentales sobre la diferencia en el puntaje de síntomas de ansiedad/depresión para cada momento de evaluación no arrojaron diferencias significativas estadísticamente entre ninguna de ellas, por lo que no fue necesario realizar pruebas Post Hoc (Véase la Tabla 27).

Tabla 26

Evaluación de medidas repetidas entre el puntaje de pre-test y post-test de la dimensión Ansiedad/Depresión del CBCL/6-18 para las tres condiciones experimentales

Condición	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>
Fluoxetina				
Pre-test	71.81	9.38	20	5.84***
Post-test	63.13	8.40		
Adolescentes				
Pre-test	70.93	10.32	14	4.88***
Post-test	60.13	9.51		
Padres				
Pre-test	71.08	11.84	22	3.89***
Post-test	61.91	10.11		

Nota. Se diagnostica patología en rango borderline con un puntaje $T \geq 65$, < 70 , en rango clínico con un puntaje ≥ 70 .

*** $p \leq .001$

6.2.3.3. Relevancia clínica de las diferencias en la dimensión

Ansiedad/Depresión del CBCL/6-18

Para evaluar la relevancia clínica de la diferencia en el puntaje de síntomas de ansiedad/depresión informado por los padres en el CBCL/6-18, al corto y mediano plazos, también se utilizó el método de Jacobson y Truax. Se recuerda que la recuperación implica el regreso de las puntuaciones del instrumento a la norma empírica (puntaje < 65) establecida por Achenbach y Rescorla (2001). La mejoría equivale a obtener un RCI > 1.96 .

Tabla 27

Efectos univariados simples de la condición experimental sobre el puntaje de síntomas de Ansiedad/Depresión del CBCL/6-18 para cada momento de evaluación

Evaluación	ANOVA				
	Suma de cuadrados	Media cuadrada	F	p	Eta ² parcial
Pre-test					
Contraste	350.64	175.32	1.56	.224	.08
error	3693.57	111.92			
Post-test					
Contraste	331.09	165.54	2.21	.125	.11
error	2461.59	74.59			
Seguimiento					
Contraste	32.01	16.00	.22	.799	.01
error	2338.53	70.86			

Para el análisis de esta dimensión nuevamente sólo se consideró aquellos casos en que la puntuación del pre-test no estuviera ya dentro de la norma. En la Tabla 28 se observa el porcentaje de casos que mostraron una diferencia de puntaje en los síntomas de ansiedad/depresión informados por los padres en el post-test con relevancia clínica.

Tabla 28

Porcentaje de casos con recuperación, mejoría y cambio significativo a corto plazo en la dimensión Ansiedad/Depresión del CBCL/6-18

Condición	Recuperación (A/D < 65)			Mejoría (RCI > 1.96)			Cambio significativo		
	S	N	D	S	N	D	S	N	D
	Fluoxetina (n = 13)	n 4 % 31	7 54	2 15	11 85	2 15	0 0	4 31	9 69
Adolescentes (n = 8)	n 4 % 50	4 50	0 0	4 50	4 50	0 0	5 63	3 37	0 0
Padres (n = 6)	n 3 % 50	3 50	0 0	4 67	2 33	0 0	3 50	3 50	0 0

Claves. CBCL/6-18 = Lista de Verificación Conductual para Niños de 6 a 18 años, A/D = Ansiedad/Depresión, RCI = índice de cambio confiable, S = sí, N = no, D = deterioro.

En el post-test la condición Adolescentes arrojó un mayor porcentaje de casos con recuperación y diferencias con relevancia clínica en el nivel de síntomas de ansiedad/depresión que las otras dos condiciones. El mayor porcentaje de mejoría lo presentó la condición Fluoxetina, no obstante fue la única condición en la que se presentó dos casos con deterioro por incremento de la sintomatología pero sin relevancia clínica.

En la Tabla 29 se observa el porcentaje de casos que mostraron diferencias con relevancia clínica en el nivel de síntomas de ansiedad/depresión en el mediano plazo, el cual fue mayor para la condición Padres que en las otras dos condiciones,

al igual que el mayor porcentaje de casos con recuperación y mejoría. Al mediano plazo no se encontró deterioro con relevancia clínica en ninguna de las tres condiciones experimentales.

Tabla 29

Porcentaje de casos con recuperación, mejoría y cambio significativo a mediano plazo en la dimensión Ansiedad/Depresión del CBCL/6-18

Grupo		Recuperación (A/D < 65)			Mejoría (RCI > 1.96)			Cambio significativo		
		S	N	D	S	N	D	S	N	D
Fluoxetina	<i>n</i>	10	3	0	12	1	0	9	4	0
(<i>n</i> = 13)	%	77	23	0	92	8	0	69	31	0
Adolescentes	<i>n</i>	6	0	2	5	3	0	5	3	0
(<i>n</i> = 8)	%	75	0	25	63	37	0	63	37	0
Padres	<i>n</i>	5	1	0	6	0	0	5	1	0
(<i>n</i> = 6)	%	83	17	0	100	0	0	83	17	0

Claves. CBCL/6-18 = Lista de Verificación Conductual para Niños de 6 a 18 años, A/D = Ansiedad/Depresión, S = sí, N = no, D = deterioro.

6.2.3.4. Comparaciones intra-condición en la dimensión de Introversión/Depresión del CBCL/6-18

En las comparaciones por pares (con el ajuste de Bonferroni) y pruebas multivariadas del ANOVA de medidas repetidas para la dimensión Introversión/Depresión del CBCL/6-18 se obtuvo diferencias significativas estadísticamente en el puntaje de síntomas de introversión depresión a corto y mediano plazo sólo para la condición Padres, con un tamaño del efecto pequeño. La

diferencia en la puntuación de esta dimensión para la condición Adolescentes y Fluoxetina fue significativa sólo a mediano plazo, con un tamaño del efecto pequeño para ambas (Véase Tabla 30).

Como se mostró en la Tabla 24, las tres condiciones iniciaron con niveles de introversión/depresión en rango clínico (puntaje $T \geq 70$), pero la condición Adolescentes y Padres alcanzó y mantuvo puntuaciones normales para el post-test y seguimiento respectivamente. La condición Fluoxetina logró normalizarse hasta el seguimiento (Véase la Figura 7).

Al comparar los resultados de los pacientes que completaron su participación hasta el post-test ($n = 59$) la t de Student arrojó diferencias significativas estadísticamente en el corto plazo para los niveles de introversión /depresión del CBCL/6-18 para las tres condiciones experimentales. Todas las condiciones partieron de niveles de introversión/depresión en rango clínico y lograron normalizarse en el corto plazo (Véase Tabla 31).

6.2.3.5. Comparación entre-condiciones experimentales para la dimensión

Introversión/Depresión del CBCL/6-18

Las pruebas univariadas que contrastan el efecto simple del tratamiento sobre la diferencia en el puntaje de síntomas de introversión/depresión del CBCL/6-18 en las tres condiciones experimentales, para cada momento de evaluación, no arrojaron diferencias significativas estadísticamente entre ninguna de ellas, por lo que no se realizó pruebas Post Hoc (Véase la Tabla 32).

Tabla 30

Diferencias obtenidas con el ANOVA de medidas repetidas en el puntaje de Introversión/Depresión del CBCL/6-18 para las tres condiciones experimentales en el corto y mediano plazos

CBCL/6-18 (I/D) Condición	Comparaciones por pares			Pruebas multivariadas ^a		
	Diferencia entre medias	Error estándar	<i>p</i>	(<i>gl, n</i>)	<i>F</i>	<i>Eta</i> ²
Fluoxetina						
Pre-post	6.82	3.56	.192	(2, 32)	8.07***	.33
Pre-seg	10.35	2.73	.002			
Adolescentes						
Pre-post	8.00	4.01	.164	(2, 32)	7.22**	.31
Pre-seg	11.27	3.08	.003			
Padres						
Pre-post	12.00	4.01	.016	(2, 32)	7.47**	.31
Pre-seg	12.09	3.08	.001			

Claves. CBCL/6-18 = Lista de Verificación Conductual para Niños de 6 a 18 años, I/D = Introversión/Depresión, Pre = pre-test, Post = post-test, Seg = seguimiento.

A Lambda de Wilks

** $p \leq .01$

*** $p \leq .001$

6.2.3.6. Relevancia clínica de las diferencias en la dimensión

Introversión/Depresión del CBCL/6-18

Para el análisis de esta dimensión nuevamente sólo se consideró aquellos casos en que la puntuación del pre-test no estuviera ya dentro de la norma. Se

recuerda que siguiendo el método de Jacobson y Truax la recuperación equivale a obtener una puntuación inferior 65 puntos y la mejoría a obtener un RCI > 1.96.

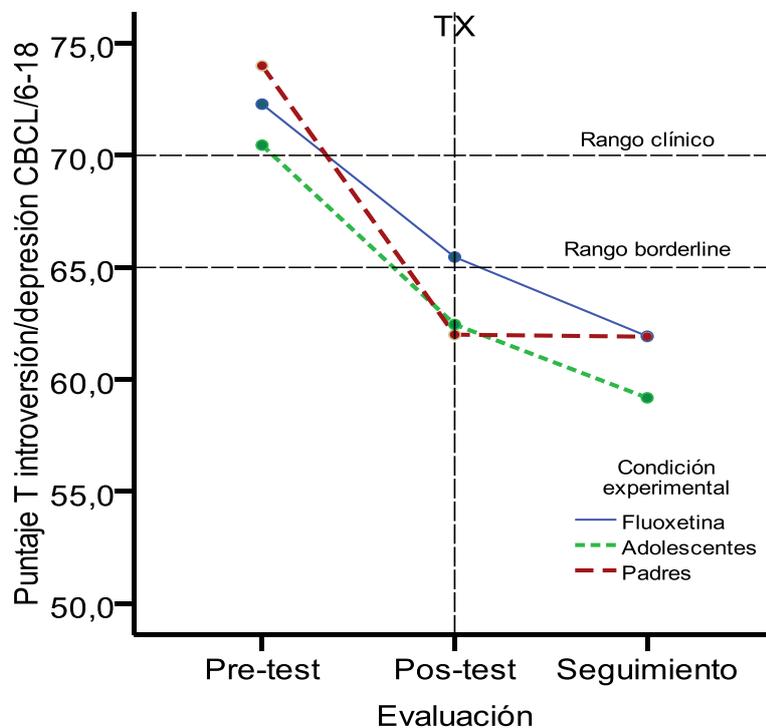


Figura 7. Diferencia en el puntaje de Introversión/Depresión del CBCL/6-18 intra y entre las condiciones experimentales por momento de evaluación.

Clave. TX = fin de la intervención terapéutica en la condición Adolescentes y Padres.

En la Tabla 33 se observa el porcentaje de casos que mostraron una reducción de síntomas de introversión/depresión informados por los padres en el post-test con relevancia clínica.

Tabla 31

Evaluación de medidas repetidas entre el puntaje de pre-test y post-test de la dimensión Introversión/Depresión del CBCL/6-18 para las tres condiciones experimentales

Condición	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>
Fluoxetina				
Pre-test	71.71	12.04	20	
Post-test	64.11	11.51		2.93**
Adolescentes				
Pre-test	70.86	7.79	14	2.93*
Post-test	62.46	10.16		
Padres				
Pre-test	75.47	13.85	22	4.26***
Post-test	63.56	9.77		

Nota. Se diagnostica patología en rango borderline con un puntaje $T \geq 65$, < 70 , en rango clínico con un puntaje ≥ 70 .

* $p \leq .05$

** $p < .01$

*** $p \leq .001$

Como se puede observar, el mayor porcentaje de casos con recuperación en el post-test para la dimensión Introversión/Depresión del CBCL/6-18 lo arrojaron en igual proporción la condición experimental Fluoxetina y Adolescentes, aunque el mayor porcentaje de mejoría se presentó en la condición Padres. Al considerar los dos criterios, la condición Adolescentes arrojó el mayor porcentaje de casos en que hubo diferencias con relevancia clínica en el nivel de síntomas de introversión/depresión. En las tres condiciones existió un caso de deterioro con relevancia clínica.

Tabla 32

Efectos univariados simples de la condición experimental sobre el puntaje de síntomas de Introversión/Depresión del CBCL/16-18 para cada momento de evaluación

Evaluación	ANOVA				
	(2, 33)				
	Suma de cuadrados	Media cuadrada	F	p	Eta ² parcial
Pre-test					
Contraste	69.16	34.58	.27	.763	.01
error	4187.58	126.89			
Post-test					
Contraste	90.70	45.35	.33	.721	.02
error	4536.03	137.45			
Seguimiento					
Contraste	57.27	28.63	.47	.626	.02
error	1989.47	60.28			

En la Tabla 34 se indica el porcentaje de casos que mostraron diferencias con relevancia clínica en el nivel de síntomas de introversión/depresión del CBCL/6-18 en el mediano plazo, el cual fue mayor para las condiciones Fluoxetina y Adolescentes que para la condición Padres, aunque sin diferencias entre las dos primeras. El mayor porcentaje de los casos con recuperación fue para la condición Adolescentes mientras que la condición Padres obtuvo el mayor porcentaje de casos con mejoría de las tres condiciones. Al mediano plazo no se encontró ya deterioro clínico en ninguna de las tres condiciones experimentales.

Tabla 33

Porcentaje de casos con recuperación, mejoría y cambio significativo a corto plazo en la dimensión Introversión/Depresión del CBCL/6-18

Condición	Recuperación (I/D < 65)			Mejoría (RCI > 1.96)			Cambio significativo		
	S	N	D	S	N	D	S	N	D
Fluoxetina (n = 10)	n 5	4	1	4	5	1	2	7	1
	% 50	40	10	40	50	10	20	70	10
Adolescentes (n = 10)	n 5	2	3	6	3	1	5	4	1
	% 50	20	30	60	30	10	50	40	10
Padres (n = 7)	n 3	3	1	6	0	1	3	3	1
	% 43	43	14	86	0	14	43	43	14

Claves. CBCL/6-18 = Lista de Verificación Conductual para Niños de 6 a 18 años, I/D = Introversión/Depresión, RCI = índice de cambio confiable, S = sí, N = no, D = deterioro.

A continuación se ofrece una serie de tablas que resumen la eficacia de las diferentes condiciones experimentales en la reducción de los síntomas depresivos de los adolescentes y la relevancia clínica de la misma. En la Tabla 35 se indica los resultados de las comparaciones entre las diferentes condiciones experimentales para cada momento de evaluación en las dimensiones utilizadas de cada instrumento para evaluar la reducción de los síntomas depresivos al corto (post-test) y mediano plazo (seguimiento a 3 meses) en los 36 participantes que concluyeron el ensayo clínico, evaluación correspondientes al factor entre-grupos del diseño experimental.

Tabla 34

Porcentaje de casos con recuperación, mejoría y cambio significativo a mediano plazo en la dimensión Introversión/Depresión del CBCL/6-18

Condición		Recuperación (I/D < 65)			Mejoría (RCI > 1.96)			Cambio significativo		
		S	N	D	S	N	D	S	N	D
Fluoxetina	<i>n</i>	5	5	0	7	3	0	5	5	0
(<i>n</i> = 10)	%	50	50	0	70	30	0	50	50	0
Adolescentes	<i>n</i>	7	2	1	6	4	0	5	5	0
(<i>n</i> = 10)	%	70	20	10	60	40	0	50	50	0
Padres	<i>n</i>	3	3	1	6	1	0	3	4	0
(<i>n</i> = 7)	%	43	43	14	86	14	0	43	57	0

Claves. CBCL/6-18 = Lista de Verificación Conductual para Niños de 6 a 18 años, I/D = Introversión/Depresión, RCI = índice de cambio confiable, S = sí, N = no, D = deterioro.

La Tabla 35 muestra que no existieron diferencias significativas estadísticamente en el efecto del tratamiento de las tres condiciones experimentales sobre la reducción de los síntomas depresivos de los adolescentes ni a corto ni a largo plazo como lo indican los valores obtenidos en las dimensiones de los instrumentos utilizados para evaluar esta variable, puntualizando que en el pre-test tampoco se encontró diferencias significativas en el nivel de severidad de los síntomas evaluados por estas dimensiones entre ninguna de las condiciones experimentales.

No obstante, en la Tabla 36 se indica las dimensiones en que se encontró diferencias significativas estadísticamente (probabilidad y tamaño del efecto asociado) en la reducción de los síntomas depresivos según los instrumentos utilizados para evaluar dicha diferencia al corto (post-test) y mediano plazos

(seguimiento a 3 meses) en los 36 participantes que concluyeron el ensayo clínico, así como de aquéllos que sólo completaron su participación hasta el seguimiento ($n = 59$). Con ello se da repuesta al componente intra-sujeto con medidas repetidas en tres tiempos que forma parte del diseño experimental utilizado.

Tabla 35

Probabilidad asociada y tamaño del efecto de las diferencias en el nivel de síntomas depresivos de los adolescentes arrojados por las dimensiones del BDI, YSR y CBCL/6-18 en el pre-test, post-test y seguimiento en las comparaciones entre condiciones experimentales

	ANOVA simple (2, 33)														
	BDI			YSR						CBCL/6-18					
		A/D	I/D												
	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>Eta</i> ²	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Eta</i> ²	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Eta</i> ²	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Eta</i> ²	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Eta</i> ²
Pre-test	.07	.92	.00	.44	.64	.02	.13	.87	.00	1.56	.22	.08	.27	.76	.01
Post-test	.01	.98	.00	.51	.60	.03	.10	.89	.00	2.21	.12	.11	.33	.72	.02
Seguimiento	.57	.57	.03	.99	.38	.05	.20	.81	.01	.22	.79	.01	.47	.62	.02

Claves. BDI = Inventario de Depresión de Beck, YSR = Auto-Informe de

Adolescentes, CBCL/6-18 = Lista de Verificación Conductual para Niños de 6 a 18 años, A/D = Ansiedad/Depresión, I/D = Introversión/Depresión, Eta^2 = eta cuadrada parcial.

La Tabla 36 también muestra como en aquellos sujetos que sólo completaron su participación hasta el post-test el efecto del tratamiento sobre la reducción de los síntomas depresivos fue igualmente eficaz en las tres condiciones experimentales, con leve desventaja de la condición Padres en que no se registraron diferencias con

significación estadística en la dimensión Introversión/Depresión evaluada desde la perspectiva de los adolescentes.

En los adolescentes que concluyeron su participación hasta el seguimiento las comparaciones intra-sujeto a corto plazo (post-test) señalan que, desde la perspectiva de los adolescentes, el efecto del tratamiento en las tres condiciones experimentales fue igualmente eficaz en la reducción de síntomas depresivos *puros* (BDI), pero sin eficacia en los aspectos de ansiedad e introversión con que se relacionan. Desde la perspectiva de los padres el efecto del tratamiento fue igualmente eficaz en las tres condiciones experimentales para reducir los síntomas de ansiedad/depresión más no para reducir los síntomas de introversión/depresión, ya que sólo en la condición Padres se encontró diferencias significativas estadísticamente para esta dimensión al corto plazo.

A largo plazo (seguimiento a 3 meses) el tratamiento en la condición experimental Fluoxetina mostró ser superior al de la condición Adolescentes y Padres en la reducción de los síntomas depresivos, ya que fue la única condición que mostró diferencias significativas estadísticamente en los puntajes de todas las dimensiones evaluadas tanto desde la perspectiva de los adolescentes como de los padres, aunado a que fue la condición experimental que arrojó el mayor tamaño del efecto del tratamiento en todas las dimensiones (de pequeño a moderado) con respecto a las otras dos. Para este momento de evaluación en la condición Adolescentes el tratamiento sólo no resultó eficaz en la reducción de síntomas de introversión/depresión desde la perspectiva de los adolescentes, mientras que en la condición Padres el tratamiento sólo no resultó eficaz en la reducción de síntomas de ansiedad/depresión e introversión/depresión desde la perspectiva de los adolescentes.

Tabla 36

Probabilidad asociada y tamaño del efecto de las diferencias en el nivel de síntomas depresivos de los adolescentes arrojados por las dimensiones del BDI, YSR y CBCL/6-18 en las tres condiciones experimentales en las comparaciones intra-sujeto

Condición	ANOVA de medidas repetidas					Prueba t de Student						
	F (2, 32)					t						
	significación					(g)						
	BDI		YSR		CBCL/6-18		BDI		YSR		CBCL/6-18	
	A/D	I/D	A/D	I/D	A/D	I/D	A/D	I/D	A/D	I/D	A/D	I/D
Fluoxetina												
Pre-pos (<i>p</i>)	.000	.085	.215	.002	.192	8.11***	5.07***	4.76***	5.84***	2.93**		
Pre-seg (<i>p</i>)	.000	.004	.006	.000	.002	(20)	(20)	(20)	(20)	(20)		
Eta ² parcial	.55	.28	.25	.41	.33							
Adolescentes												
Pre-pos	.000	.074	.131	.000	.164	4.30***	2.55*	2.98*	4.88***	2.93*		
Pre-seg	.000	.017	.067	.001	.003	(14)	(14)	(14)	(14)	(14)		
Eta ² parcial	.45	.21	.16	.38	.31							
Padres												
Pre-pos	.000	.149	.247	.005	.016	4.20***	2.35*	1.87	3.89***	4.26***		
Pre-seg	.000	.062	.103	.038	.001	(22)	(22)	(22)	(22)	(22)		
Eta ² parcial	.49	.15	.14	.26	.31							

Claves. BDI = Inventario de Depresión de Beck, YSR = Auto-Informe de

Adolescentes, CBCL/6-18 = Lista de Verificación Conductual para Niños de 6 a 18

años, A/D = Ansiedad/Depresión, I/D = Introversión/Depresión, Pre = pre-test, Post = post-test, Seg = seguimiento.

* $p \leq .05$

** $p \leq .01$

*** $p \leq .001$

Pese a los datos estadísticos que hasta aquí apoyan la eficacia del tratamiento en las diferentes condiciones experimentales, como se mencionó inicialmente, es importante considerar la relevancia clínica de las diferencias encontradas. Relevancia que como recordaremos toma en consideración la recuperación (regreso de las puntuaciones de un instrumento a la norma empírica y la mejoría (índice de cambio confiable superior a 1.96) con base en el método de Jacobson y Truax (Ogles et al., 2001). Así, la Tabla 37 resume la relevancia clínica de la diferencia en el puntaje de síntomas depresivos informada por cada uno de los participantes en el BDI, YSR y CBCL/ 6-18 a corto y mediano plazo.

Si bien las pruebas de significación estadística señalaron al tratamiento de la condición Fluoxetina como superior al de las otras dos condiciones, en la Tabla 37 se observa que en general el tratamiento de la condición Adolescentes fue superior al de las otras dos condiciones experimentales, tanto a corto como a mediano plazos, al lograr una reducción de síntomas depresivos con relevancia clínica en más del 50% de los casos en todas las dimensiones consideradas para evaluar esta variable. No obstante, la condición Padres presentó a corto plazo el mismo porcentaje de casos con diferencias en el puntaje de síntomas depresivos *puros* (BDI) con relevancia clínica que la condición Adolescentes, e incluso un porcentaje de casos superior a ésta en la reducción de síntomas de introversión/depresión desde la perspectiva de los adolescentes. Es decir, los efectos del tratamiento con relevancia clínica de la condición Adolescentes y Padres fueron superiores al de la condición Fluoxetina en el corto plazo.

Tabla 37

Porcentaje de casos que mostraron diferencias con relevancia clínica en el nivel de síntomas depresivos de los adolescentes con base en las puntuaciones del BDI, YSR y CBCL/ 6-18 a corto y mediano plazos

Evaluación	Relevancia clínica				
	(%)				
	BDI	YSR		CBCL/6-18	
	A/D	I/D	A/D	I/D	
Pre-test – Post-test					
Fluoxetina	64	43	29	31	20
Adolescentes	73	71	57	63	50
Padres	73	50	60	50	43
Pre-test – seguimiento					
Fluoxetina	71	71	0	69	50
Adolescentes	73	71	57	63	50
Padres	55	50	40	83	43

Claves. BDI = Inventario de Depresión de Beck, YSR = Auto-Informe de Adolescentes, CBCL/6-18 = Lista de Verificación conductual para niños de 6 a 18 años, A/D = Ansiedad/Depresión, I/D = Introversión/Depresión.

A largo plazo, como ya se mencionó previamente, el efecto del tratamiento de la condición Adolescentes fue el único que logro diferencias con relevancia clínica en más del 50% de los casos para todas las dimensiones consideradas para evaluar la

reducción de los síntomas depresivos. No obstante el efecto del tratamiento de la condición Fluoxetina arrojó el mismo porcentaje de casos con diferencias con relevancia clínica en las dimensiones de Ansiedad/Depresión e Introversión/Depresión desde la perspectiva de los adolescentes y padres respectivamente.

El efecto del tratamiento a largo plazo de la condición Fluoxetina se mostró superior al tratamiento de la condición Padres en el porcentaje de casos que mostraron diferencias con relevancia clínica en las dimensiones evaluadas, salvo en la Introversión/Depresión informada por los adolescentes, donde el porcentaje de casos con relevancia clínica fue nulo para la condición Fluoxetina y en la Ansiedad/Depresión informada por los padres, donde la condición Padres arrojó un porcentaje de casos con relevancia clínica superior al de las otras dos condiciones.

6.3. Eficacia del tratamiento en el funcionamiento de los adolescentes

La evaluación del éxito del tratamiento en las diferentes condiciones experimentales no sólo se basó en la significación estadística, tamaño del efecto o relevancia clínica de las diferencias obtenidas en la puntuación de los síntomas depresivos, sino que también se consideró el impacto en el funcionamiento de los adolescentes a corto y mediano plazos, medido en términos de la mejoría en la relación padres e hijos (EMBU) y en el bienestar subjetivo (EMMBSAR) de los jóvenes (Ogles et al., 2001).

Con ello se dio respuesta a la segunda hipótesis de este estudio que planteó que dicho efecto sería positivo y mayor para la condición Padres (manejo farmacológico con fluoxetina, TCC a los adolescentes e intervención cognitivo conductual a los padres) tanto en el corto (post-test) como en el mediano plazo

(seguimiento a tres meses) por poseer el mayor número de componentes terapéuticos. A continuación se muestra los datos a favor y en contra de esta hipótesis.

En la Tabla 38 se observa el comportamiento de las dos variables señaladas en cada condición experimental según el puntaje arrojado en las dimensiones de los instrumentos utilizados para evaluarlas al corto y mediano plazos.

6.3.1. Relación padres-hijos. Egna Minnen Beträffande Uppfostran, del sueco “Mis memorias de crianza” (EMBU)

Para evaluar el impacto del tratamiento en relación padres-hijos se analizaron las diferencias en las puntuaciones obtenidas con el EMBU en las dimensiones de calidez y rechazo, materno y paterno, percibido por los adolescentes. Como lo muestra la Tabla 36, los participantes en las tres condiciones experimentales iniciaron en el pre-test con niveles de calidez y rechazo materno y paterno dentro de la norma (puntajes T de 50 ± 10), mismos que se mantuvieron en el post-test y seguimiento a tres meses dentro de las tres condiciones.

6.3.1.1. Comparaciones intra-condición de la relación padres-hijos

Las pruebas multivariadas del ANOVA de medidas repetidas corroboró la ausencia de diferencias significativas estadísticamente intra-sujeto en la relación padres-hijos en las tres condiciones experimentales a corto y mediano plazos (Véase Tabla 39).

Tabla 38

Puntajes promedio y desviación estándar obtenidos por los adolescentes de las tres condiciones experimentales en las dimensiones consideradas para evaluar el impacto del tratamiento en el funcionamiento de los adolescentes, a corto y mediano plazos

Instrumento y dimensión	Momento de evaluación y condición experimental								
	Pre-test			Post-test			Seguimiento		
	<i>M</i> (<i>DE</i>)			<i>M</i> (<i>DE</i>)			<i>M</i> (<i>DE</i>)		
	Flx	Adol	Pad	Flx	Adol	Pad	Flx	Adol	Pad
EMBU									
Calmat	49.18 (7.06)	52.46 (11.97)	48.58 (11.50)	49.51 (7.24)	50.41 (12.91)	50.20 (10.70)	51.50 (8.57)	53.01 (8.48)	45.07 (11.94)
Calpat	47.31 (7.90)	47.45 (10.29)	54.73 (10.80)	46.03 (10.00)	49.43 (10.47)	54.41 (8.67)	47.95 (10.24)	48.63 (10.68)	53.16 (9.44)
Remat	49.96 (8.30)	45.89 (8.10)	54.20 (12.56)	47.53 (7.65)	50.07 (12.76)	53.09 (9.63)	46.72 (7.30)	48.73 (11.57)	55.48 (9.88)
Repat	53.28 (8.04)	49.75 (12.13)	48.15 (11.16)	53.39 (11.03)	46.81 (7.36)	49.21 (10.70)	49.17 (10.84)	50.46 (11.47)	50.46 (8.95)
EMMBSAR									
CV	51.16 (8.52)	50.17 (11.14)	48.43 (11.30)	50.17 (8.45)	48.44 (10.60)	51.32 (11.83)	53.00 (8.20)	47.35 (12.37)	48.86 (9.40)
CF	50.67 (8.09)	50.50 (10.15)	48.63 (12.59)	51.65 (9.10)	48.73 (11.88)	49.18 (9.74)	53.54 (7.91)	48.60 (12.55)	46.89 (8.99)
LOG	51.00 (10.33)	49.31 (10.31)	49.42 (10.12)	51.72 (9.38)	48.30 (10.50)	49.52 (10.86)	51.20 (9.89)	49.82 (10.05)	48.68 (10.88)
ISE	50.43 (10.37)	45.70 (10.39)	53.74 (8.15)	46.83 (11.61)	49.61 (10.90)	54.46 (4.52)	53.00 (9.12)	46.91 (11.23)	49.26 (9.66)
ISR	50.32 (11.04)	48.62 (11.12)	51.03 (8.08)	50.15 (10.44)	50.80 (11.18)	49.09 (9.05)	52.96 (9.47)	47.74 (10.86)	48.57 (9.81)

Claves. Flx = condición Fluoxetina ($n = 14$), Adol = condición Adolescentes ($n = 11$), Pad = condición Padres ($n = 11$), *EMBU* = *Egna Minnen Beträffande Uppfostran, del sueco "Mis memorias de crianza"*, *EMMBSAR* = Escala Multidimensional para la Medición del Bienestar Subjetivo de Anguas y Reyes, Calmat = Calidez Materna, Calpat = Calidez Paterna, Remat = Rechazo Materno, Repat = Rechazo Paterno, CV = Calidad de Vida, CF = Clima Familiar, Log = Logro, ISE = Interacción Social Expresada, ISR = Interacción Social Recibida.

Nota. Para Calpat y Repat la n en los grupos fue Flx = 10, Adol = 8 y Pad = 10.

Tabla 39

Diferencias obtenidas en las comparaciones intra-condición en las dimensiones de calidez y rechazo materno y paterno del EMBU para las tres condiciones experimentales en el corto y mediano plazos

Condición	ANOVA de medidas repetidas			
	EMBU			
	Calmat	Remat	Calpat	Repat
	<i>F</i> (2, 32)	<i>F</i> (2, 32)	<i>F</i> (2, 25)	<i>F</i> (2, 25)
Fluoxetina				
<i>p</i> pre-post	1.00	1.00	1.00	1.00
<i>p</i> pre-seg	1.00	.657	1.00	.881
<i>F</i> ^a	.430	.867	.33	.606
<i>p</i> total	.654	.430	.717	.553
<i>Eta</i> ² parcial	.02	.05	.02	.04
Adolescentes				
<i>p</i> pre-pos	1.00	.483	1.00	.765
<i>p</i> pre-seg	1.00	1.00	1.00	1.00
<i>F</i> ^a	.652	1.08	.21	1.25
<i>p</i> total	.528	.350	.806	.304
<i>Eta</i> ² parcial	.03	.06	.01	.09
Padres				
<i>p</i> pre-pos	1.00	1.00	1.00	1.00
<i>p</i> pre-seg	.679	1.00	1.00	1.00
<i>F</i> ^a	1.654	.278	.18	.366
<i>p</i> total	.207	.759	.83	.697
<i>Eta</i> ² parcial	.09	.01	.01	.03

Claves. EMBU = *Egna Minnen Beträffande Uppfostran*, del sueco "Mis memorias de crianza", Pre = pre-test, Post = post-test, Seg = seguimiento, Calmat = Calidez Materna, Calpat = Calidez Paterna, Remat = Rechazo Materno, Repat = Rechazo Paterno.

Para aquellos participantes que completaron su participación sólo hasta el post-test ($n = 59$) se aplicó como prueba de medidas repetidas la t de Student para muestras relacionadas. Los resultados en esta prueba tampoco mostraron diferencias significativas estadísticamente en la relación padres-hijos informada por los adolescentes en el EMBU para las tres condiciones experimentales a corto plazo. La n de las dimensiones que evalúan calidez y rechazo paterno es menor ya que no todos los jóvenes vivían o tenían relación con su padre (Ver la Tabla 40).

6.3.1.2. Comparación entre-condiciones de la relación padres-hijos

Las pruebas univariadas que contrastaron el efecto simple del tratamiento en las tres condiciones experimentales sobre la diferencia en el puntaje de calidez y rechazo paterno y materno para cada momento de evaluación no arrojaron diferencias significativas estadísticamente entre ninguna de ellas, por lo que no fue necesario realizar pruebas Post Hoc (Véase la Tabla 41).

Al partir todas las condiciones experimentales de niveles de normalidad en el pre-test en las dimensiones de calidez y rechazo tanto materno como paterno, no fue necesario realizar análisis para evaluar la relevancia clínica. No obstante al analizar los casos individuales se detectó algunos casos con niveles de calidez materna y paterna por debajo de la norma (puntaje $T = 50, \pm 10$) y rechazo materno y paterno por arriba de la norma, algunos de los cuales alcanzaron la recuperación (regreso a valores normativos) en el seguimiento (Ver la tabla 42).

Tabla 40

Evaluación de medidas repetidas entre el puntaje de pre-test y post-test del EMBU para las tres condiciones experimentales

Condición y Estadísticos	<i>t de Student</i>			
	Calmat	Calpat	Remat	Repat
Flx				
<i>M (DE) Pre</i>	47.12 (8.51)	46.73 (7.41)	49.30 (10.41)	50.07 (8.29)
<i>M (DE) Pos</i>	48.64 (6.87)	45.66 (8.73)	46.56 (6.95)	51.18 (10.10)
<i>gl</i>	20	15	20	15
<i>t</i>	-1.095	.603	1.561	-.515
<i>P</i>	.287	.556	.134	.614
Adolescentes				
<i>M (DE) Pre</i>	49.40 (12.30)	47.35 (8.49)	47.32 (8.54)	48.58 (10.50)
<i>M (DE) Pos</i>	47.51 (12.23)	47.14 (9.10)	49.38 (11.23)	47.06(8.23)
<i>gl</i>	14	11	14	11
<i>t</i>	1.023	.098	-.853	.418
<i>P</i>	.324	.924	.425	.684
Padres				
<i>M (DE) Pre</i>	46.20 (11.03)	51.32 (9.73)	53.14 (12.29)	50.77 (11.25)
<i>M (DE) Pos</i>	45.51 (10.88)	51.99 (9.62)	51.68 (8.35)	50.77 (10.93)
<i>gl</i>	22	20	22	20
<i>t</i>	.429	-.397	.601	.001
<i>P</i>	.672	.695	.554	.999

Claves. EMBU = Eгна Minnen Beträffande Uppfostran, del sueco "Mis memorias de crianza", Pre = pre-test, Post = post-test, Calmat =Calidez materna, Calpat = Calidez Paterna, Remat = Rechazo Materno, Repat = Rechazo Paterno.

Tabla 41

Comparaciones entre condiciones experimentales del efecto del tratamiento sobre la relación padres-hijos al corto y mediano plazos

Evaluación	Dimensión		ANOVA simple EMBU					
			Suma de cuadrados	Media cuadrada	(n, gl)	F	p	η^2 parcial
Pre-test	Calmat	Contraste	98.14	49.07	(2, 33)	.475	.626	.02
		Error	34.07	103.25				
	Calpat	Contraste	347.90	173.95	(2, 25)	1.84	.179	.12
		Error	2355.00	94.20				
	Remat	Contraste	379.90	189.95	(2, 33)	2.00	.151	.10
		Error	3131.72	94.90				
	Repat	Contraste	136.77	68.38	(2, 25)	.625	.543	.04
		Error	27.34	109.36				
Post-test	Calmat	Contraste	5.57	2.78	(2, 33)	.026	.974	.00
		Error	3497.81	105.99				
	Calpat	Contraste	354.53	177.26	(2, 25)	.172	.172	.13
		Error	2345.73	93.82				
	Remat	Contraste	190.28	95.14	(2, 33)	.946	.399	.05
		Error	3320.34	100.61				
	Repat	Contraste	205.14	102.57	(2, 25)	1.00	.379	.07
		Error	2544.94	101.79				
Seguimiento	Calmat	Contraste	397.95	198.97	(2, 33)	2.11	.137	.11
		Error	3102.45	94.01				
	Calpat	Contraste	156.92	78.46	(2, 25)	.770	.474	.05
		Error	2546.99	101.88				
	Remat	Contraste	499.02	249.51	(2, 33)	2.73	.080	.14
		Error	3010.21	91.21				
	Repat	Contraste	10.73	5.36	(2, 25)	.050	.952	.00
		Error	2700.82	108.03				

Claves. EMBU = *Egna Minnen Beträffande Uppfostran, del sueco "Mis memorias de crianza"*, Calmat = Calidez Materna, Calpat = Calidez Paterna, Remat = Rechazo Materno, Repat = Rechazo Paterno.

Tabla 42

Número de casos detectados en el pre-test del EMBU con niveles de relación padres-hijos fuera de la norma y recuperados en el seguimiento

Dimensión	EMBU			
	Calmat <40	Calpat <40	Remat >60	Repat >60
Fluoxetina				
<i>Detectados</i>	0	1	2	2
<i>Recuperación</i>	0	0	2	1
Adolescentes				
<i>Detectados</i>	1	2	0	2
<i>Recuperación</i>	1	1	0	1
Padres				
<i>Detectados</i>	1	1	4	2
<i>Recuperación</i>	0	1	2	2

Claves. EMBU = *Egna Minnen Beträffande*

Uppfostran, del sueco "Mis memorias de crianza",

Calmat = Calidez Materna, Calpat = Calidez

Paterna, Remat = Rechazo Materno, Repat =

Rechazo Paterno.

6.3.2. Bienestar subjetivo. Escala Multidimensional para la Medición del Bienestar Subjetivo de Anguas y Reyes (EMMBSAR)

Para evaluar el impacto del tratamiento en el bienestar subjetivo de los adolescentes se analizaron las diferencias en las puntuaciones obtenidas con el EMMBSAR en las dimensiones de clima familiar, logro, interacción social expresada, interacción social recibida y calidad de vida percibida por los adolescentes. Como lo

muestra la Tabla 43 los participantes en las tres condiciones experimentales iniciaron en el pre-test con niveles dentro de la norma (puntajes T de 50 ± 10) para todas las dimensiones evaluadas, mismos que se mantuvieron en el post-test y seguimiento a tres meses dentro de las tres condiciones.

6.3.2.1. Comparaciones intra-condición del bienestar subjetivo de los adolescentes

Las pruebas multivariadas del ANOVA de medidas repetidas corroboró la ausencia de diferencias intra-sujeto significativas estadísticamente en la percepción del bienestar subjetivo de los adolescentes en las tres condiciones experimentales a corto y mediano plazos (Véase Tabla44).

Para aquellos participantes que completaron su participación sólo hasta el post-test ($n = 59$) la *t* de Student para muestras relacionadas tampoco arrojó diferencias significativas estadísticamente en la percepción del bienestar subjetivo de los adolescentes en las tres condiciones experimentales a corto plazo (Véase Tabla 45).

6.3.2.2. Comparación entre-condiciones del bienestar subjetivo de los adolescentes

Las pruebas univariadas no arrojaron diferencias significativas estadísticamente entre el efecto del tratamiento de cada una de las condiciones experimentales sobre el bienestar subjetivo de los adolescentes ni a corto ni a mediano plazo, por lo que no se realizaron pruebas Post Hoc (Véase la Tabla 46).

Tabla 43

Puntajes promedio y desviación estándar obtenidos por los adolescentes de las tres condiciones experimentales en las dimensiones del EMMBSAR consideradas para evaluar el impacto del tratamiento en el bienestar subjetivo de los adolescentes a corto y mediano plazos.

Instrumento y dimensión	Momento de evaluación y condición experimental								
	Pre-test			Post-test			Seguimiento		
	<i>M</i>			<i>M</i>			<i>M</i>		
	<i>(DE)</i>			<i>(DE)</i>			<i>(DE)</i>		
	Flx	Adol	Pad	Flx	Adol	Pad	Flx	Adol	Pad
EMMBSAR									
CV	51.16 (8.52)	50.17 (11.14)	48.43 (11.30)	50.17 (8.45)	48.44 (10.60)	51.32 (11.83)	53.00 (8.20)	47.35 (12.37)	48.86 (9.40)
CF	50.67 (8.09)	50.50 (10.15)	48.63 (12.59)	51.65 (9.10)	48.73 (11.88)	49.18 (9.74)	53.54 (7.91)	48.60 (12.55)	46.89 (8.99)
LOG	51.00 (10.33)	49.31 (10.31)	49.42 (10.12)	51.72 (9.38)	48.30 (10.50)	49.52 (10.86)	51.20 (9.89)	49.82 (10.05)	48.68 (10.88)
ISE	50.43 (10.37)	45.70 (10.39)	53.74 (8.15)	46.83 (11.61)	49.61 (10.90)	54.46 (4.52)	53.00 (9.12)	46.91 (11.23)	49.26 (9.66)
ISR	50.32 (11.04)	48.62 (11.12)	51.03 (8.08)	50.15 (10.44)	50.80 (11.18)	49.09 (9.05)	52.96 (9.47)	47.74 (10.86)	48.57 (9.81)

Claves. Flx = condición Fluoxetina ($n = 14$), Adol = condición Adolescentes ($n = 11$), Pad = condición Padres ($n = 11$), EMMBSAR = Escala Multidimensional para la Medición del Bienestar Subjetivo de Anguas y Reyes, CV = Calidad de Vida, CF = Clima Familiar, Log = Logro, ISE = Interacción Social Expresada, ISR = Interacción Social Recibida.

Nota. Para Calpat y Repat la n de los grupos fue Flx = 10, Adol = 8 y Pad = 10.

Tabla 44

Diferencias obtenidas en las comparaciones intra-condición en las dimensiones de bienestar subjetivo del EMMBSAR para las tres condiciones experimentales en el corto y mediano plazos

Condición	ANOVA de medidas repetidas				
	EMMSAR <i>F</i> (2, 32)				
	CF	Log	ISE	ISR	CV
Fluoxetina					
<i>p</i> pre-post	1.00	1.00	.871	1.00	1.00
<i>p</i> pre-seg	.985	1.00	1.00	1.00	1.00
<i>F</i> ^a	.478	.036	2.83	.739	.427
<i>p</i> total	.625	.965	.074	.486	.656
<i>Eta</i> ² parcial	.02	.00	.15	.04	.02
Adolescentes					
<i>p</i> pre-pos	1.00	1.00	.929	1.00	1.00
<i>p</i> pre-seg	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
<i>F</i> ^a	.243	.126	.615	.652	.485
<i>p</i> total	.786	.882	.547	.528	.620
<i>Eta</i> ² parcial	.01	.00	.03	.03	.02
Padres					
<i>p</i> pre-pos	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
<i>p</i> pre-seg	1.00	1.00	.557	1.00	1.00
<i>F</i> ^a	.230	.036	1.96	.225	.412
<i>p</i> total	.796	.965	.157	.799	.666
<i>Eta</i> ² parcial	.01	.00	.10	.01	.02

Claves. EMMBSAR = Escala Multidimensional para la Medición del Bienestar Subjetivo de Anguas y Reyes, CF = Clima Familiar, Log = Logro, ISE = Interacción Social Expresada, ISR = Interacción Social Recibida, CV = Calidad de Vida, Pre = pre-test, Post = post-test, Seg = seguimiento.

A Lambda de Wilks

Tabla 45

Evaluación de medidas repetidas entre el puntaje de pre-test y post-test del EMMBSAR para las tres condiciones experimentales a corto plazo

Condición	t Student EMMBSAR				
	CF	Log	ISE	ISR	CV
Fluoxetina					
<i>M (DE) Pre</i>	46.66 (10.12)	48.03 (10.67)	49.73 (12.34)	48.05 (11.06)	47.28(9.79)
<i>M (DE) Pos</i>	49.02 (10.54)	48.53 (11.79)	46.06 (12.29)	50.64 (10.77)	46.44 (11.14)
<i>gl</i>	20	20	20	20	20
<i>t</i>	-1.069	-.189	1.029	-1.038	.502
<i>p</i>	.298	.852	.316	.312	.621
Adolescentes					
<i>M (DE) Pre</i>	48.69 (10.44)	46.82 (10.47)	44.06 (10.39)	50.48 (11.20)	46.58 (13.04)
<i>M (DE) Pos</i>	46.19 (12.34)	44.92 (12.16)	48.56 (10.49)	48.79 (10.48)	46.41 (10.90)
<i>gl</i>	14	14	14	14	14
<i>t</i>	1.326	.591	-1.447	.569	.085
<i>p</i>	.206	.564	.170	.578	.933
Padres					
<i>M (DE) Pre</i>	48.05 (13.15)	48.67 (11.37)	50.72 (13.81)	46.36 (16.22)	46.02 (14.15)
<i>M (DE) Pos</i>	46.44 (13.57)	47.86 (16.75)	50.51 (11.61)	51.38 (9.20)	47.88 (15.10)
<i>gl</i>	22	22	22	22	22
<i>t</i>	.614	.290	.094	-1.714	-.737
<i>p</i>	.546	.775	.926	.101	.469

Claves. EMMBSAR = Escala Multidimensional para la Medición del Bienestar

Subjetivo de Anguas y Reyes, CF = Clima Familiar, Log = Logro, ISE =

Interacción Social Expresada, ISR = Interacción Social Recibida, CV = Calidad

de Vida, Pre = pre-test, Post = post-test.

Tabla 46

Comparaciones entre condiciones experimentales del efecto del tratamiento sobre el bienestar subjetivo al corto y mediano plazos

Evaluación	Dimensión		ANOVA simple EMMBSAR (2, 33)				
			Suma de cuadrados	Media cuadrada	F	p	<i>Eta</i> ² _{parcial}
Pre-test	CF	Contraste	29.94	14.97	.142	.868	.00
		Error	3470.78	105.17			
	Log	Contraste	22.98	11.49	.109	.897	.00
		Error	3477.58	105.38			
	ISE	Contraste	359.70	179.85	1.88	.167	.10
		Error	3142.67	95.23			
	ISR	Contraste	34.11	17.05	.162	.851	.01
		Error	3476.58	105.35			
	CV	Contraste	46.18	23.09	.220	.804	.01
		Error	3464.47	104.98			
Post-test	CF	Contraste	63.40	31.70	.304	.740	.01
		Error	3442.09	104.30			
	Log	Contraste	75.80	37.90	.365	.697	.02
		Error	3429.08	103.91			
	ISE	Contraste	361.27	180.63	1.89	.166	.10
		Error	3147.01	95.36			
	ISR	Contraste	16.53	8.26	.078	.925	.00
		Error	3489.60	105.74			
	CV	Contraste	46.46	23.23	.222	.802	.01
		Error	3456.17	104.73			
Seguimiento	CF	Contraste	303.61	151.80	1.56	.224	.08
		Error	3200.58	96.98			
	Log	Contraste	39.72	19.96	.189	.829	.01
		Error	3468.27	105.09			
	ISE	Contraste	236.83	118.41	1.19	.316	.06
		Error	3278.09	99.33			
	ISR	Contraste	200.98	100.49	1.00	.378	.05
		Error	3311.92	100.36			
	CV	Contraste	217.75	108.87	1.09	.347	.06
		Error	3291.18	99.73			

Claves. CF = Clima Familiar, Log = Logro, ISE = Interacción Social

Expresada, ISR = Interacción Social Recibida, CV = Calidad de Vida.

Al partir nuevamente todas las condiciones experimentales de niveles de normalidad en el pre-test en las dimensiones del EMMBSAR, no fue necesario realizar análisis para evaluar la relevancia clínica. No obstante al analizar los casos individuales se detectaron varios casos con niveles de bienestar subjetivo por debajo de la norma (puntaje T = 50, ± 10) en diferentes dimensiones. En la Tabla 47 se

resume el número de casos detectados en el pre-test y aquéllos que lograron una recuperación (regreso a la norma) en el seguimiento, en la que se puede observar como en la condición Fluoxetina hubo recuperación en el 100% de casos en tres de las cinco dimensiones evaluadas, en la condición Padres en dos de cinco y en la condición Adolescentes en sólo una de cinco.

Tabla 47

Número de casos detectados en el pre-test del EMMBSAR con niveles de bienestar subjetivo debajo de la norma y recuperados en el seguimiento

Dimensión	EMMBSAR				
	CF	Log	ISE	ISR	CV
Fluoxetina					
<i>Detectados</i>	1	3	2	3	2
<i>Recuperación</i>	1	2	2	2	2
Adolescentes					
<i>Detectados</i>	1	2	4	1	3
<i>Recuperación</i>	0	2	2	0	1
Padres					
<i>Detectados</i>	3	3	1	0	3
<i>Recuperación</i>	2	3	1	0	1

Claves. CF = Clima Familiar, Log = Logro, ISE = Interacción Social Expresada, ISR= Interacción Social Recibida, CV = Calidad de Vida.

6.4. Adherencia terapéutica

Si bien el impacto de la intervención con los padres de adolescentes tratados por depresión sobre la adherencia terapéutica no fue un foco central de interés en este estudio a continuación se informa de los hallazgos en esta variable.

En la Tabla 48 se resume el porcentaje de pacientes captados y asignados a las tres condiciones experimentales y el porcentaje de ellos que iniciaron las intervenciones y de los que concluyeron hasta cada fase del proyecto. Si bien se otorgó seis citas a los adolescentes de cada condición, también se señala en la Tabla 48 el número de sesiones a que asistieron realmente en cada condición por así requerirlo el caso. Dicha tabla igualmente indica el porcentaje de casos que recibieron un tratamiento farmacológico mínimamente adecuado (toma de cualquier fármaco por mínimo 30 días y asistencia a consulta externa en cuatro o más ocasiones) y un tratamiento psicoterapéutico mínimamente adecuado (asistencia a ocho o más sesiones de intervención psicoterapéutica) según los criterios adoptados por Borges et al. (2008) en el estudio epidemiológico sobre la atención de los trastornos mentales en población adolescente mexicana. Así podemos observar que en el post-test la condición Padres mostro un mayor porcentaje de casos con adherencia al tratamiento, seguido de la condición Fluoxetina y finalmente de la condición Adolescentes. Para el seguimiento la mayor adherencia se observó en la condición Fluoxetina, sin diferencias entre las otras dos, no obstante las tres condiciones asistieron a un número de consultas suficiente para considerar que recibieron un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico mínimamente adecuado, aunque los adolescentes de la condición Padres asistieron a un mayor número de sesiones (11 a14) que los de la condición Adolescentes (8 a 14).

Tabla 48

Adherencia terapéutica de los participantes a cada fase del proyecto e intervenciones programadas por condición experimental

Condición Experimental (n)	Iniciaron % / f	Concluyeron al post-test % / f	Concluyeron al seguimiento % / f	Consultas	TFMA % / f	TPMA	
						TCC-A % / f	ICC-P % / f
Fluoxetina (44)	91/40	53/21	35/14	3 a 7	93/13	-----	-----
Adolescentes (44)	86/38	39/15	29/11	4 a 10	100/11	100/11	-----
Padres (44)	86/38	61/23	29/11	5 a 9	100/11	100/11	91/10
Total (132)	88/116	51/59	31/36	-----	-----	-----	-----

Claves. TFMA = terapia farmacológica mínimamente adecuada; TPMA = psicoterapia mínimamente adecuada, TCC-A = terapia cognitivo conductual a los adolescentes, ICC-P = intervención cognitivo conductual a los padres

6.5 Fidelidad del tratamiento

La Terapia Cognitivo-Conductual Grupal para adolescentes deprimidos (TCC-G) se desarrolló con seis grupos de adolescentes, de lo cual se obtuvo 125 observaciones recolectados en las listas de verificación (Apéndice A) mediante la participación de 15 observadores (estudiantes o pasantes de psicología). De acuerdo con estos observadores, las seis aplicaciones de la TCC-G se apegaron a la Guía de intervención cognitivo conductual para adolescentes (Beltrán y Martínez, 2009, en CD anexo) en una proporción de .66 ($\pm .09$ que no fue observado; $\kappa = .14$, $p = .00$). En la tabla 49 se muestra la proporción efectuada en cada técnica de intervención, donde el grado de concordancia entre los evaluadores esta expresado mediante el índice κ de Fleiss (1971).

Tabla 49

Grado de concordancia entre los observadores respecto de la proporción en que los terapeutas se apegaron a la especificación de las guías de intervención cognitivo-conductual dirigidas a los adolescentes con depresión

Técnica de intervención (guía para adolescentes)	Proporción de la guía observado			κ de Fleiss
	Realizado	No realizado	No observado	
Psicoeducación	0.62	0.27	0.10	.14
Entrenamiento en relajación	0.61	0.30	0.08	.16
Reestructuración cognitiva	0.74	0.20	0.06	.12
Entrenamiento en solución de problemas y negociación	0.69	0.21	0.11	.05
Entrenamiento en habilidades sociales	0.70	0.22	0.08	.13
Mantenimiento de los cambios y prevención de recaídas	0.64	0.31	0.05	.14

Nota: Todos los índices κ fueron significativos ($p = .00$)

Por otra parte, la Intervención Cognitivo-Conductual para Padres de adolescentes deprimidos (ICC-P) se desarrolló con cuatro grupos de cuidadores principales, de lo cual se obtuvo 87 observaciones. De acuerdo con éstas, las cuatro aplicaciones de la ICC-P se apegaron a la Guía de intervención cognitivo conductual para padres de adolescentes con depresión (Beltrán y Martínez, 2009, en CD anexo) en una proporción de .75 ($\pm .06$ que no fue observado; $\kappa = .18$, $p = .00$). La proporción en que cada una de las seis técnicas de intervención reflejó dicha guía se muestra en la tabla 50, donde el grado de concordancia entre los evaluadores se expresa mediante el índice κ de Fleiss (Fleiss, 1971).

Tabla 50

Grado de concordancia entre los observadores respecto de la proporción en que los terapeutas se apegaron a la especificación de las guías de intervención cognitivo-conductual dirigida a padres de adolescentes con depresión

Técnica de intervención (guía para padres)	Proporción de la guía observado			κ de Fleiss
	Realizado	No realizado	No observado	
Psicoeducación	.73	.22	.05	.17
Entrenamiento en relajación	.72	.21	.07	.23
Reestructuración cognitiva	.78	.18	.04	.31
Entrenamiento en solución de problemas y negociación	.75	.22	.02	.20
Entrenamiento en habilidades sociales	.76	.14	.10	.15
Mantenimiento de los cambios y prevención de recaídas	.85	.09	.06	.23

Nota: Todos los índices κ fueron significativos ($p = .00$).

Capítulo 7. Discusión y conclusiones

Este estudio es uno de los primeros realizados en México para indagar sobre la eficacia de la intervención cognitivo conductual dirigida a adolescentes con depresión y a sus padres en un centro hospitalario orientado a la asistencia clínica y no exclusivamente a la investigación. Refiriéndonos a la eficacia en este estudio en términos de la capacidad que tuvo el tratamiento para reducir los síntomas depresivos de los adolescentes en condiciones ideales (ECCA) y al efecto de dicho tratamiento en la funcionalidad de los adolescentes en su vida diaria (Conde, 2002).

Un primer propósito de este estudio fue investigar si, como se sugirió en la primera hipótesis, el brindar a los padres una intervención cognitivo conductual que les proporcionara psicoeducación sobre la depresión, habilidades de relajación y de identificación y modificación de alteraciones cognitivas así como habilidades para lograr una comunicación más asertiva con los hijos, habilidades para resolver los problemas en la interacción padres-hijos de una manera más eficaz y para prevenir las recaídas, en combinación con el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de sus hijos (TCC), resultaba más eficaz que la intervención dirigida sólo a los adolescentes ya sea con manejo farmacológico o en combinación con TCC. Un propósito secundario a este fue averiguar si en caso de observarse un efecto del tratamiento éste se mantenía al concluir las intervenciones y a tres meses de seguimiento.

Con respecto a los dos primeros propósitos del estudio los análisis de varianza de medidas repetidas mostraron que el tratamiento en las tres condiciones experimentales fue igualmente eficaz a corto plazo, ya que se observó una disminución significativa de los síntomas depresivos en el BDI desde el pos-test en las tres condiciones, el cual se mantuvo hasta la evaluación de seguimiento tres

meses después del tratamiento, aunque con un tamaño del efecto moderado para la condición Fluoxetina y pequeño para las otras dos.

El tamaño del efecto encontrado en las condiciones experimentales que incluyeron una intervención psicoterapéutica coincide con los hallazgos de McCarty y Weisz (2007) en un meta-análisis sobre el tamaño del efecto de las psicoterapias para el tratamiento de la depresión en adolescentes, el cual se considera positivo, pero en general pequeño (.34), aunque en este estudio no se manejaron intervenciones psicoterapéuticas puras, lo que puede representar un sesgo en la interpretación de estos datos. Por otra parte, estos mismos autores advierten que cuando se realizan comparaciones del tamaño del efecto entre tratamientos activos el tamaño del efecto de las psicoterapias tiende a ser más pequeño aún.

La eficacia del tratamiento en las tres condiciones experimentales no fue consistente y no se apreció al mismo tiempo en las dos medidas de auto-informe que fueron cumplimentadas por los adolescentes para la evaluación de los síntomas depresivos, pues mientras que en el BDI se observó una disminución significativa de los síntomas depresivos en las tres condiciones ya desde el pos-test, en el YSR el efecto benéfico del tratamiento sobre los síntomas de ansiedad/depresión no alcanzó la significación estadística hasta la medida de seguimiento realizada a los 3 meses sólo para la condición Fluoxetina y Adolescentes, con un tamaño del efecto pequeño en ambas. Por otro lado, el efecto benéfico del tratamiento sobre los síntomas de introversión/depresión alcanzó la significación estadística hasta la medida de seguimiento sólo para la condición Fluoxetina, con un tamaño del efecto pequeño, mientras que los participantes en la condición Adolescentes y Padres no mostraron diferencias significativas estadísticamente con el paso del tiempo.

Los resultados tampoco fueron consistentes entre los informantes, ya que de acuerdo con la percepción de los padres (CBCL/6-18) de las tres condiciones experimentales sí se logró al término del tratamiento (corto plazo) una reducción significativa de los síntomas de ansiedad/depresión en los adolescentes, misma que se mantuvo en el seguimiento, mientras que la reducción significativa de los síntomas de introversión/depresión para la condición Fluoxetina y Adolescentes se logró hasta el seguimiento a tres meses, en tanto que los padres que fueron integrados en el tratamiento percibieron diferencias significativas en los niveles de introversión/depresión de sus hijos desde el término del tratamiento y hasta el seguimiento, con un tamaño del efecto pequeño en todos los casos.

Es importante señalar que a pesar de que las tres escalas permiten evaluar los síntomas depresivos, el YSR y el CBCL/6-18 evalúan la depresión desde un aspecto más dimensional, por lo que una posible explicación de la diferencia en el curso de las mejoras alcanzadas en cada uno de los instrumentos de medida puede hallarse en el hecho de que el dominio de las habilidades sociales adquiridas durante el entrenamiento requieren de la práctica reiterada en distintas situaciones sociales, por lo que el cambio no ocurre de inmediato. Así, dado que el YSR y CBCL/6-18 recogen un abanico más amplio y extenso de síntomas componentes de la depresión, la disminución de las puntuaciones en la escala de Beck que explora síntomas más categóricos de la depresión requiere menos esfuerzo y tiempo.

Esta falta de concordancia entre los instrumentos de la batería de Achenbach coinciden con los hallazgos de Medina et al. (2007) en una muestra no clínica de adolescentes mexicanos, quienes encontraron una baja concordancia (coeficiente de correlación intra-clase de 0.23) en las escalas internalizantes (A/D e I/D) del YSR y CBCL/6-18, ya que los padres generalmente comunican más alteraciones de

retramiento que los adolescentes. Esto se explica por el mayor nivel de deseabilidad social de los jóvenes que les hace puntuar bajo en conductas percibidas como no aceptables por sus pares. Por otra parte, los autores encontraron que los adolescentes informan de más problemas en la sub-escala de ansiedad/depresión, no obstante que Achenbach señala a los padres como los mejores informantes para los problemas de ansiedad y depresión y enfatiza que las diferencias podrían no reflejar necesariamente una baja de concordancia de los informantes sino una diferencia real del comportamiento de los adolescentes en diferentes contextos.

Otra posible explicación a una menor percepción de diferencias significativas en la sintomatología de ansiedad/depresión e introversión/depresión por parte de los adolescentes podría estar relacionada con el hallazgo de Weersing et al. (2006) quienes mencionan que cuando se trabaja con población clínica referida que acude a un centro en busca de tratamiento existe una mayor probabilidad de presentar síntomas de desesperanza que median la percepción en el resultado del tratamiento.

Independientemente de las diferencia estadísticas encontradas en la eficacia del tratamiento dentro de cada condición experimental a lo largo del tiempo, y contrario a lo esperado teóricamente, las comparaciones entre-condiciones experimentales del análisis de varianza no revelaron diferencias significativas estadísticamente en la eficacia del tratamiento en la reducción de los síntomas depresivos informados por los adolescentes en el BDI y por éstos y sus padres en las dimensiones de ansiedad/depresión e introversión/depresión del YSR y CBCL/6-18 respectivamente, entre ninguna de las condiciones experimentales ni a corto ni a mediano plazo. Estos resultados no permitieron corroborar el hallazgo previamente informado por March et al. (2006) con respecto a la superioridad del impacto a 12 semanas del tratamiento combinado de fluoxetina y TCC en la mejoría de los

síntomas depresivos (respuesta en el 71% de los casos) con respecto al manejo solo con fluoxetina (60.6% de respuesta), ni el tamaño del efecto señalado por estos autores para los dos esquemas de tratamiento (0.98 para el tratamiento combinado y 0.68 para el manejo con fluoxetina).

Se corroboró la eficacia del tratamiento con fluoxetina como monoterapia en la reducción de síntomas de adolescentes con depresión de moderada a severa informada en el meta-análisis de Cheung et al. (2006). No obstante, la falta de diferencias significativas informada por los adolescentes al corto plazo, desde una visión más dimensional de los síntomas depresivos, coincide con los hallazgos de Serretti (2007) quien informa que de un 30-40% de los pacientes pueden no mostrar una respuesta significativa después de administrar dosis terapéuticas de antidepresivos durante 6 a 8 semanas, así como que entre 60% y 70% no lograran la remisión completa de los síntomas, aspectos que pueden contribuir a un abandono temprano del tratamiento, a un mayor deterioro funcional y a una recurrencia más alta.

El segundo propósito de este estudio fue indagar si la relevancia clínica del efecto del tratamiento dirigido a adolescentes con depresión y a sus padres era también mayor a aquélla arrojada por el tratamiento dirigido sólo a los adolescentes con sólo manejo farmacológico o combinado con TCC. El interés en esta característica del tratamiento derivó de la revisión de la literatura en la que diversos investigadores enfatizan la importancia de evaluar el éxito del tratamiento no sólo en función de la significación estadísticas o del tamaño del efecto, sino también con base en la relevancia clínica o práctica de los resultados (Jacobson & Truax, 1998; Mc Cracken, MacKichan & Eccleston, 2006; Ogles et al., 2001).

Una primera estrategia para cubrir este propósito fue evaluar la relevancia clínica o cambio clínicamente significativo con base en los parámetros de recuperación (regreso de las puntuaciones de un instrumento a la norma empírica) y mejoría (índice de cambio confiable mayor a 1.96) desarrollados por Jacobson y Truax, los cuales deben ser cubiertos de manera conjunta para considerar que existió un cambio clínicamente relevante (Jacobson & Truax, 1998; Ogles et al., 2001). Este análisis permite además dar cuenta de los beneficios o retrocesos presentados por cada uno de los participantes, en contraste con el carácter global de las pruebas de significación estadística.

Así, se observó que la eficacia arrojada por las pruebas estadísticas no necesariamente se relacionó con el porcentaje de casos recuperados, con mejoría o con diferencias clínicamente relevante en el nivel de síntomas depresivos. En el BDI por ejemplo, se encontró que los adolescentes incluidos en la condición experimental Adolescentes y Padres presentaron al término del tratamiento (12 semanas) un porcentaje de casos con diferencias clínicamente relevantes (73% en ambos casos) superior a aquéllos incluidos en la condición Fluoxetina (64%), pese a que en esta última se encontró un 100% de casos con mejoría, y a que en la condición Padres se presentó el mayor porcentaje de casos con recuperación (82%).

Resulta difícil contrastar los resultados del presente ensayo clínico con otros realizados previamente en población adolescente, ya que como Kennard et al. (2006) señalan, el criterio de eficacia más ampliamente utilizado hasta la fecha en los ensayos clínicos, tanto de adultos como en los pocos realizados con adolescentes, es la respuesta clínica, definida como una reducción en el 50% del puntaje obtenido en una escala de evaluación clínica, y no la remisión (ausencia de síntomas con base en los puntos de corte de una escala) que sería el ideal. Aunado

a ello prácticamente no existen estudios en adolescentes que evalúen la eficacia del tratamiento en términos de relevancia clínica. No obstante estas dificultades, los porcentajes de remisión o recuperación aquí obtenidos (64% con fluoxetina y 73% en el tratamiento combinado con TCC a 12 semanas de tratamiento) son superiores a los encontrados por Emslie et al. (1997) quienes informan de un 31% de remisión en adolescentes tratados con fluoxetina después de 8 semanas, y a los obtenidos en el estudio TADS (Kennard et al., 2006) en el que se informa de una remisión en el 23% de los adolescentes tratados con fluoxetina después de 12 semanas y del 37% en el tratamiento combinado de fluoxetina con TCC. Un aspecto no abordado por ambos estudios fue el efecto de la inclusión de los padres en el tratamiento, el cual en este estudio parece haber contribuido a obtener un mayor porcentaje de casos con remisión (recuperación del 82%) superior al ya señalado para las otras dos condiciones experimentales.

La superioridad en el porcentaje de casos recuperados según el BDI en la condición experimental en que participaron los padres, con respecto a aquella en la que los adolescentes sólo recibieron manejo farmacológico y TCC, fue contraria a los resultados obtenidos previamente por Lewinsohn et al. (1990) y Clarke et al. (1999) quienes en dos estudios separados en adolescentes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor y distimia, asignados aleatoriamente a tres condiciones experimentales (de adolescentes, de adolescentes con un grupo separado para padres y lista de espera) y evaluados con el BDI, encontraron que los dos tratamientos activos fueron superiores a la lista de espera ($d = 0.39$), pero sin diferencias significativas entre ellos, con un porcentajes de recuperación para el post-tratamiento del 46% y 66.7%, para el primer y segundo estudio respectivamente. Diferencia que debe tomarse con reserva ya que en este estudio

los adolescentes en quienes participaron o no sus padres, recibieron de manera adicional el manejo farmacológico con fluoxetina.

Según Kennard et al. en el estudio TADS la única variable asociada con los porcentajes de recuperación con el tratamiento se relacionan con el nivel de severidad inicial de los síntomas, lo que no se corroboró en este estudio ya que los análisis de varianza no arrojaron diferencias significativas en el pre-test para este rubro que pudieran explicar la diferencia en los resultados. No obstante, es importante considerar la relevancia de estos hallazgos ya que la persistencia de síntomas residuales predice una peor respuesta tanto al manejo farmacológico como psicoterapéutico así como un mayor riesgo de recaída (Kennard et al., 2006).

Una contribución extra de este estudio, aparte de evaluar el efecto de la inclusión de los padres en el tratamiento, fue el realizar un seguimiento de la evolución de los síntomas depresivos a tres meses de concluido el tratamiento, donde se observó que la condición Fluoxetina mantuvo la superioridad en el porcentaje de casos con mejoría (100%), mientras que la condición Adolescentes mantuvo la superioridad en el porcentaje de casos recuperados (73%) y con diferencias clínicamente relevantes (73%), a diferencia de la condición Padres que mostro incluso un menor porcentaje de casos recuperados (64%) y con diferencias clínicamente relevantes (55%) que la condición Fluoxetina.

Los hallazgos sobre la relevancia clínica informada por los adolescentes con el BDI no fueron consistentes con los resultados de los análisis estadísticos, ya que estos últimos no mostraron las diferencias en los efectos benéficos de las distintas condiciones experimentales a lo largo del tiempo, considerándolos como igualmente eficaces, por lo que se refuerza la importancia de realizar este análisis ya señalada por Jacobson y Truax (1988).

Otro aporte de este estudio fue evaluar el efecto del tratamiento considerando el carácter dimensional de la depresión con los datos brindados por diferentes fuentes de información (pacientes y cuidadores) al utilizar instrumentos de evaluación dimensional como el YSR y CBCL/6-18.

Con respecto a la relevancia clínica los resultados obtenidos con estos instrumentos no fueron consistentes con los arrojados con las pruebas estadísticas, ya que mientras estas últimas no arrojaron diferencias significativas en el pos-test para los síntomas de ansiedad/depresión informados por los adolescentes en ninguna de las tres condiciones experimentales, las pruebas de relevancia clínica si arrojaron un mayor porcentaje de casos con diferencias clínicamente relevantes (71%) en la condición Adolescentes con respecto a las otras dos (43 y 50% respectivamente). No obstante, en el seguimiento se igualo el porcentaje de casos con diferencias clínicamente relevantes entre la condición Adolescentes y la condición Fluoxetina (71%), ambas superiores a la condición Padres. Para la dimensión introversión/depresión los datos de significación estadística si fueron congruentes con aquellos de la relevancia clínica, ya que los adolescentes de la condición Padres presentaron un resultado superior en el pos-test (60%) a las otras dos condiciones, no obstante para el seguimiento la condición adolescentes fue la que mostró mayor superioridad (57%), con ningún caso en la condición Fluoxetina y una reducción en la condición padres al 50%, pese a que las pruebas estadísticas señalaban diferencias significativas para las tres condiciones en este momento de evaluación.

La segunda estrategia utilizada en este estudio para indagar sobre la relevancia clínica de los resultados fue comparando el impacto del efecto del tratamiento sobre la funcionalidad diaria de los adolescentes, medida en términos de

la relación padres-hijos y del bienestar subjetivo de los adolescentes. La segunda hipótesis de investigación de este proyecto sugirió al respecto que aquella condición en la que se brindó a los padres una intervención cognitivo conductual en combinación con el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de sus hijos (TCC) resultaría más eficaz que la intervención dirigida sólo a los adolescentes ya sea con manejo farmacológico o en combinación con TCC.

Contrario a lo esperado teóricamente, los datos del EMBU no arrojaron diferencias significativas estadísticamente en la relación padres-hijos reflejada en los niveles de calidez o rechazo paterno y materno desde el pos-test, ni a corto ni a largo plazo, independientemente del nivel de severidad inicial de los síntomas o de la mejora de los mismos a lo largo del tiempo. Datos que no concuerdan con los hallazgos de Gil-Rivas et al. (2003) quienes en un estudio con adolescentes informan de la asociación entre un alto nivel de conflicto padres-adolescentes ($r = .29, p < .001$) con niveles altos de depresión, mientras que la aceptación y la calidez ($r = -.54, p < .001$) así como el monitoreo parental ($r = -.43, p < .001$) se asociaron significativamente con un nivel más bajo de síntomas depresivos.

En este estudio no se encontraron efectos benéficos particular del tratamiento sobre la interacción padres hijos en las diferentes condiciones experimentales, no obstante estudios previos en otros trastornos internalizados como la fobia social sí informan de un efecto benéfico de la inclusión de los padres en el tratamiento al favorecer el aumento en las interacciones positivas y disminución en las negativas (Gil, 2009).

Los datos arrojados por el EMMBSAR tampoco arrojaron diferencias significativas estadísticamente en el nivel de bienestar subjetivo de los adolescentes en las dimensiones de clima familiar, logro, calidad de vida e interacción social

expresada y recibida, ni a corto ni a largo plazos, independientemente de la mejora sintomática en los adolescentes.

El resultado en los dos parámetros de funcionalidad evaluados en este estudio se contraponen con los hallazgos del grupo TADS, quienes informan de un mayor efecto benéfico del tratamiento combinado de fluoxetina y TCC sobre el funcionamiento global, salud general y calidad de vida de los adolescentes, con respecto al tratamiento con sólo fluoxetina. Resultado que a decir de los autores estuvo mediado únicamente por la mejoría de los síntomas depresivos, sin efecto de la edad o el sexo de los adolescentes (March et al., 2006; Vitiello, et al., 2006). Es importante resaltar que el nivel de funcionamiento inicial de los adolescentes en el estudio TADS fluctuó en un rango de moderado a severo a diferencia de este estudio en el que las puntuaciones promedio de todas las dimensiones evaluadas de funcionalidad en la interacción padres-hijos y bienestar subjetivo de los adolescentes se encontraban ya dentro de la norma desde el pre-test en las tres condiciones experimentales, nivel que se conservó en el pos-test y seguimiento a tres meses.

Una posible explicación a las diferencias encontradas en casos particulares, que sí iniciaron con alteraciones, puede estar en función de factores no medidos en este estudio como el efecto de los genotipos parentales sobre patrones específicos de interacción padres hijos (Collins et al., 2000), el efecto de factores sociales a mayor escala sobre la conducta parental (Repetti et al., 2002) y el neuroticismo como rasgo de personalidad que influye sobre la percepción del funcionamiento familiar y que genera atribuciones más negativas del mismo (Millikan et al., 2002), Las diferencias con el estudio TADS también podrían ser atribuidas al nivel de habilidades de organización, motivación y apoyo a los hijos durante el tratamiento, el cual suele ser mayor en padres reclutados para un ensayo clínico, como el estudio

TADS, que en aquéllos padres que acudieron en búsqueda de atención para sus hijos.

Si bien Repetti et al. (2002) señalan que las deficiencias en la crianza, manifestadas por falta de calidez, negligencia, rechazo, poco soporte y falta de disponibilidad y aceptación hacia los hijos, conforman un perfil de riesgo familiar que se asocia con trastornos de salud mental internalizados y externalizados como agresividad, trastornos de conducta, delincuencia, conducta antisocial, ansiedad, depresión y suicidio, en este estudio no se encontró evidencia empírica de esta asociación dada la ausencia de alteraciones en la relación padres-hijos informada por los adolescentes en el pre-test y a lo largo del tiempo, independientemente del nivel de severidad del trastorno depresivo de los adolescentes.

La ausencia de alteraciones funcionales en los adolescentes a nivel inicial concuerda con los hallazgos de McLeod et al. (2007), quienes en un estudio de meta-análisis informan que la parentalidad negativa en general sólo contribuye a explicar el 8% de la varianza de la depresión infantil, con una magnitud del efecto de .28, en contraste con el 40% de contribución de la heredabilidad.

El que no haya habido alteraciones funcionales en el inicio del proyecto ni beneficios específicos en las dimensiones evaluadas dentro de las tres condiciones experimentales, no significa que estas alteraciones o beneficios no existieran en otras variables no evaluadas en esta investigación, ya que a nivel anecdótico por ejemplo, tanto los adolescentes como los cuidadores refirieron cambios en su estilo de relación, comunicación, motivación, interacción social y de pareja, así como sobre la preocupación y atención a su salud.

Los datos hasta aquí presentados dan cuenta también de la complejidad de los factores determinantes del funcionamiento normal y psicopatológico de una

persona (procesos causales multinivel) y del carácter dimensional de la psicopatología, como en el caso de la depresión, los cuales están relacionados con la amplificación o atenuación de las diferencias biológicas y temperamentales en el sistema emocional (diátesis o predisposición) por las experiencias ambientales, el aprendizaje conductual y social y los procesos cognitivos (Izard, Youngstrom, Fine, Mostow, & Trentacosta, 2006).

Este estudio se evaluó la presencia inicial y a lo largo del tiempo de psicopatología en los padres, factor que la literatura señala está potencialmente asociado al desarrollo normal de los hijos y al inicio y/o mantenimiento de trastornos psiquiátricos en los hijos (Newport et al., 2002), por lo que podría mediar el resultado del tratamiento. Se evaluó también este aspecto ya que podía limitar el llenado de los instrumentos y el aprendizaje y aplicación de las estrategias cognitivas y conductuales enseñadas a los padres y el reforzamiento de las enseñadas a los hijos. Para ello se aplicó a los cuidadores participantes un instrumento que evaluó nueve dimensiones de psicopatología en rango de riesgo o como psicopatología severa presente. Los resultados en el pre-test y a lo largo del tiempo no evidenciaron la existencia de psicopatología dentro de ninguna de las dimensiones evaluadas, lo que se contrapone a hallazgos previamente informados en la literatura por investigadores como Marmorstein y Iacono (2004) que asocian la presencia de depresión en los hijos con la presencia de depresión materna (46%). La ausencia de psicopatología en los cuidadores dentro de este estudio apoya el señalamiento de Martin et al. (2004) sobre que no se pueden establecer inferencias causales, ya que la conducta y el estado de ánimo del adolescente puede influir la conducta parental y viceversa. Otro dato que no permite establecer una asociación directa y mucho menos causal de la influencia de la psicopatología en los padres fueron dos casos

encontrados en este estudio. En el primero de ellos (condición Fluoxetina) se registró en el pre-test un nivel severo de hostilidad materna que se mantuvo en el pos-test y seguimiento, con la aparición en el pos-test de ansiedad y depresión severas que se redujeron a niveles de riesgo en el seguimiento, no obstante este nivel de psicopatología en la madre no se relacionó con la evolución del nivel de severidad de los síntomas depresivos en su hijo, los cuales pasaron de un nivel de depresión severa a puntajes normales en el pos-test y seguimiento. En el segundo caso (condición Padres) donde el cuidador recibió una intervención cognitivo conductual en paralelo con el adolescente, se registraron en el pre-test niveles severos de depresión y ansiedad materna, y hostilidad materna en niveles de riesgo, los cuales se redujeron en el pos-test y se normalizaron totalmente en el seguimiento, no obstante en este caso los puntajes del adolescente en el BDI para los tres momentos de evaluación permanecieron por arriba de los puntos de corte. Resultados que muestran por una parte, como dentro de un grupo pueden existir casos extremos, y por otra, que la evolución sintomática de los hijos no siempre está asociada al nivel de severidad de la psicopatología de los padres.

Un último punto que se revisó en este estudio sin haber sido un propósito de investigación fue el efecto que cada una de las intervenciones experimentales mostró en la adherencia terapéutica de los participantes. A este respecto observamos que de los participantes que iniciaron el tratamiento en cada condición experimental, para el pos-test la condición experimental con menor porcentaje de deserción fue aquella donde se incluyó a los padres al tratamiento (39%) seguida de la condición Fluoxetina (47%) y Adolescentes (61%), no obstante para el seguimiento se incrementó e igualó el porcentaje de casos de deserción en la condición Padres y Adolescentes (71%) superando a los de la condición Fluoxetina

(65%). Sin embargo, más del 91% de los casos de aquellos que concluyeron su participación hasta el seguimiento a tres meses, en las tres condiciones experimentales, recibieron lo que Borges et al. (2008) denomina como un tratamiento farmacológico mínimamente adecuado (toma de cualquier fármaco por mínimo 30 días y asistencia a consulta externa en cuatro o más ocasiones) y un tratamiento psicoterapéutico mínimamente adecuado (asistencia a ocho o más sesiones de intervención psicoterapéutica), superando levemente la condición Padres a la condición Adolescentes en el número de sesiones que asistieron los adolescentes a sus sesiones de TCC (11 de 14 sesiones mínimo y 8 de 14 sesiones mínimo respectivamente). El porcentaje de adolescentes y padres que en este estudio recibió una atención mínimamente adecuada (91 a 100%) fue muy superior al 36.8% de adolescentes con trastornos afectivos que reciben este tipo de atención a nivel nacional según la encuesta nacional de salud mental realizada en México en el 2005 (Borges et al., 2008).

Por otra parte, las cifras de abandono del tratamiento para el pos-test en este estudio se encuentra dentro del rango de abandono del tratamiento en pacientes de la consulta externa de psiquiatría que a decir de Reneses et al. (2009) va del 20 al 60% en adultos y llega a ser superior en adolescentes, por lo que no lo podemos atribuir a una característica inherente al contenido de las intervenciones terapéuticas propias de este proyecto. Estos mismos autores encontraron que en adultos los principales factores asociados al abandono son el pertenecer a un nivel socio-económico bajo, el ser soltero, viudo o divorciado; el estar desempleado o ser estudiante, tener un bajo nivel educativo, la elevada severidad de los síntomas depresivos, la coexistencia de trastornos de personalidad, así como el nivel de satisfacción del paciente con el tratamiento. Sin encontrar alguna característica

profesional específica predictiva del abandono. Los autores informan también de un porcentaje de abandono más bajo cuando se recibe tratamiento farmacológico o en combinación con psicoterapia que cuando sólo se recibe psicoterapia, por lo que dadas las características de este estudio no pueden ser comparables totalmente los resultados, pero podemos plantear como hipótesis que algunas de estas características, que también son propias de los adolescentes o de los cuidadores encargados de llevar a tratamiento a los participantes de este estudio, pudieron tener un papel en el abandono del mismo.

Si bien el abandono de las intervenciones psicoterapéuticas no puede ser atribuido de una manera lineal al contenido o falta de respuesta ante las mismas, si es importante destacar que en este estudio el porcentaje de apego a las intervenciones terapéuticas indicadas en las guías de intervención utilizadas fluctuaron alrededor del 70%, pero con un nivel de concordancia entre observadores, respecto a este dato, muy bajo y por ende poco significativo. Nivel de concordancia que por otra parte puede atribuirse a la falta de validación de los instrumentos de verificación de la validez del tratamiento, o al pobre entrenamiento teórico y práctico de los observadores, dado su nivel académico y falta de pericia en el área, que pudo incidir en la calidad de sus observaciones.

7.1. Conclusiones

De los datos hasta aquí revisados podemos concluir que no es posible realizar una evaluación global, simplista o reduccionista del éxito de un tratamiento con base en criterios estadísticos, clínicos o sociales aislados. Se requiere más bien de conjuntar todos estos parámetros para lograr visualizar de una manera más integral el impacto de los diferentes esquemas de tratamiento en las diferentes

vertientes que caracterizan a una patología tan compleja como lo es la depresión. Dicho impacto estará así definido en términos del abordaje que hagamos para evaluar los síntomas (de manera aislada o dimensional), del tiempo de medición de los resultados, de la evaluación grupal o individual de los sujetos, de la conceptualización de la respuesta clínica en términos de significación estadística o de relevancia clínica según los parámetros de recuperación, mejoría o cambio con relevancia clínica, y por supuesto de la metodología y diseño de investigación utilizado para dar respuesta a las preguntas de investigación. Así lo sugieren los resultados de este estudio, donde pese a que las pruebas de significación estadística no arrojaron diferencias significativas estadísticamente entre las tres condiciones experimentales sobre la reducción de los síntomas tanto categóricos como dimensionales de la depresión a lo largo del tiempo, al evaluar las diferencias de los resultados dentro de cada una de ellas se observó una superioridad del efecto del tratamiento en la condición Padres a corto plazo, misma que no logró mantenerse con el paso del tiempo ya que fue rebasada por la condición Fluoxetina (en primer lugar) y Adolescentes (en segundo lugar) en el seguimiento. Así mismo, al realizar un análisis todavía más fino de los resultados considerando la relevancia clínica del efecto del tratamiento sobre cada sujeto en particular, la condición Adolescentes mostró tener un efecto terapéutico benéfico sobre una mayor cantidad de dimensiones evaluadas y de una manera más inmediata y consistente a lo largo del tiempo que la condición Fluoxetina y Padres. No obstante ninguna de las condiciones experimentales mostró un efecto benéfico específico sobre las variables consideradas para evaluar la mejoría en el nivel de funcionalidad del adolescente. Hallazgos que concuerdan con los resultados de estudios anteriores sobre la eficacia del tratamiento independientemente de la modalidad terapéutica utilizada, y

respecto a la superioridad del tratamiento combinado de TCC y fluoxetina sobre el sólo manejo farmacológico.

Por otra parte, si bien la importancia de la intervención con los padres en este grupo de edad fue poco contundente en su efecto sobre la mejoría sintomática y en la funcionalidad y bienestar subjetivo en la vida diaria del adolescente en los parámetros evaluados, no podemos considerar como despreciable su impacto en el logro de un mayor apego farmacológico y psicoterapéutico, apego que contribuye a garantizar el éxito de estas intervenciones, por separado o de manera conjunta, en las etapas iniciales y más críticas del tratamiento de los adolescentes con depresión.

El efecto inmediato y superior que tuvo también la condición en que participaron los padres, con respecto a las otras dos condiciones para alcanzar la recuperación de los síntomas es digno de destacar, ya que como mencionan Serretti (2007) y Kennard et al. (2006) la ausencia de una remisión completa de los síntomas a las 8 semanas de tratamiento puede contribuir a un mayor porcentaje de recurrencia, deterioro funcional, pobre respuesta al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico y abandono del tratamiento.

7.2. Implicaciones

Una de las pretensiones centrales de este estudio, como de todos aquellos dirigidos al estudio de la eficacia de los tratamientos, fue que los resultados aquí obtenidos mediante la investigación empírica y sistemática (ECCA) puedan contribuir al cuerpo de conocimientos o pruebas disponibles de primer nivel con que cuenten los clínicos (médicos o psicólogos) al momento de elegir el plan de tratamiento más adecuado para sus pacientes. Elección que debe basarse en la evaluación crítica de la validez y utilidad de estos conocimientos y en la aplicación de la experiencia y

juicio clínico. Igualmente es recomendable tomar en consideración la aplicación práctica de dichos conocimientos al ámbito clínico donde se desempeñan, las características particulares de cada caso (severidad de los síntomas, comorbilidad presente, respuesta farmacológica previa, deterioro funcional, funcionamiento familiar, etc.), la disponibilidad de recursos (médicos y/o psicólogos calificados en la aplicación de las intervenciones), la accesibilidad del paciente a los servicios (por distancia, tiempo o economía) y el análisis costo-beneficio del tratamiento (costo de las intervenciones y/o efectos secundarios de las mismas vs beneficios físicos, emocionales, conductuales o funcionales). Todas estas consideraciones también estarán basadas en las preferencias y expectativas individuales de los adolescentes deprimidos y su familia, de tal forma que el quehacer clínico cumpla con las sugerencias de las llamadas medicina basada en evidencia y/o psicología clínica basada en pruebas (Frías & Pascual, 2003).

Con los resultados vertidos en este estudio, si bien la terapia farmacológica con fluoxetina se ofrece como una monoterapia eficaz y por ende más económica que la que requiere de la adición de otro tipo de intervenciones, es importante resaltar el plus de efectividad con el que contribuye la TCC al manejo farmacológico (fluoxetina) en el tratamiento de adolescentes con depresión, al incidir de una manera más inmediata y más duradera en los cambios clínicamente relevantes en un mayor espectro de síntomas y en un mayor porcentaje de pacientes, motivos por los que vale la pena la inversión en un tratamiento combinado.

Respecto al plus que agrega la intervención con los padres tampoco puede considerarse como despreciables los efectos que ésta tiene en el logro de mayores porcentajes de casos con recuperación a corto plazo, así como sobre el logro de una mayor adherencia psicoterapéutica y farmacológicas, ya que como se señaló esto

influye sobre la evolución del trastorno y la respuesta terapéutica, aunado al hecho de que, como mencionan Logan y King (2002), el principal predictor asociado a la búsqueda de tratamiento es la sobrecarga que ocasiona la patología de los hijos en los padres, por lo que podemos hipotetizar que el no brindar un foro y apoyo a éstos para el manejo de la misma puede repercutir en el abandono del tratamiento. Por tales razones también vale la pena la inversión en este manejo integral en los casos que así se considere necesario.

Es necesario realizar réplicas que permitan corroborar los hallazgos de este estudio y ofrecer mayor evidencia respecto al papel de los padres y sobre la eficacia de las diferentes modalidades terapéuticas. Será pertinente también indagar sobre otras variables no consideradas en este estudio como las relacionadas con la influencia de los pares o el ambiente escolar que pueden tener un mayor impacto sobre la funcionalidad de los adolescentes que la sola interacción padres-hijos o el bienestar subjetivo relacionado con ésta.

7.3. Limitaciones

Una primer limitación de este estudio que reduce la validez externa de los resultados es el pequeño tamaño de la muestra, el cual no permitió tener un mayor poder estadístico de momento, aunque los datos obtenidos pueden servir de base para futuros meta-análisis.

La segunda limitación derivó de manejar pacientes con trastorno depresivo, entre moderado y severo en su mayoría, los cuales asistieron a la institución en busca de servicio, y no como sujetos voluntarios para una investigación, por lo que se dio respuesta a su demanda de atención y no fue posible contar con un grupo control en lista de espera o sin manejo farmacológico. Además, por políticas

institucionales basadas en las guías internacionales para la práctica clínica, tampoco fue posible suspender el manejo farmacológico al concluir las intervenciones psicoterapéuticas para valorar el efecto aislado de la TCC, ya que como indican dichas guías, el tratamiento farmacológico no se suspende hasta 6 meses después de la desaparición de los síntomas para evitar recaídas o la recurrencia del trastorno.

La tercera limitación se relaciona con los instrumentos de medición utilizados, ya que los auto-informes de adolescentes y los informes completados por los padres no permiten verificar directamente la reducción de los síntomas depresivos, y no permiten descartar el efecto de la discapacidad social sobre los resultados. Los auto-informes tampoco dan cuenta de la cantidad y calidad de las habilidades enseñadas ni de la eficiencia en la implementación en los diferentes contextos de desarrollo del adolescente (individual, familiar, escolar y social).

Otra limitante importante fue la falta de validación de los instrumentos utilizados para evaluar la fidelidad del tratamiento, la falta de validación de las guías de tratamiento utilizadas (las cuales requieren de reproducirse por otros investigadores y en diferentes escenarios para poderse constituir como verdaderos manuales de tratamiento) y la falta de terapeutas y observadores más experimentados y capacitados en la realización de las intervenciones dada la falta de presupuesto para el proyecto y de la disponibilidad en el campo real de aplicación de este tipo de profesionales (Carroll & Rounsaville, 2008).

7.4. Fortalezas del estudio

Entre las fortalezas de este estudio cabe destacar a) la evaluación de la eficacia del tratamiento bajo condiciones experimentales (ECCA) en población clínica de adolescentes mexicanos, b) la comparación de los resultados de la intervención entre condiciones activas de tratamiento, lo que nos acerca a un escenario más real en su implementación que la comparación con grupos sin tratamiento o con uso de placebo, c) la selección de una muestra clínica dentro de una institución orientada al servicio y no sólo a la investigación, lo que permite enfrentarnos a las vicisitudes de atención que este tipo de población demanda en la práctica clínica cotidiana, d) el uso de múltiples informantes en la evaluación de la sintomatología depresiva (paidopsiquiatra, adolescente y padres), lo que añade solidez al estudio, da validez social a los resultados y minimiza los sesgos del auto-informe), e) la evaluación de los resultados de una manera integral que contempló el uso de criterios estadísticos (significación estadística y tamaño del efecto) y de relevancia clínica al contrastar los efectos del tratamiento en la reducción de los síntomas y en el funcionamiento cotidiano de los adolescentes (bienestar subjetivo e interacción padres-hijos), f) el uso de un diseño de investigación mixto, lo cual permitió comparar la eficacia del tratamiento entre las diferentes condiciones experimentales al corto y mediano plazos, g) la supervisión en la aplicación de la variable independiente (evaluación de la fidelidad del tratamiento), y h) la inclusión de la evaluación (psicopatología) e intervención con los padres en el proceso de tratamiento, así como la valoración del impacto de su participación en los resultados del tratamiento.

7.5. Propuestas para investigaciones futuras

Un reto a futuro es ampliar el tamaño de la muestra utilizada en este tipo de estudios de evaluación de la eficacia del tratamiento para obtener el poder estadístico necesario que de validez externa a los resultados. De momento sería conveniente la búsqueda de estudios con metodología similar al presente para la integración de los resultados a un meta-análisis que permita rescatar el valor de los mismos.

Otro reto de investigación que se propone explorar a futuro es la comparación de los resultados del tratamiento entre estudios que utilicen muestras de instituciones orientadas a la investigación y aquellas orientadas al servicio, así como la comparación de resultados derivados de ECCA y aquéllos de corte naturalístico que permitan fundamentar el mayor impacto de las estrategias de tratamiento utilizadas con los primeros. La replica de las estrategias terapéuticas exitosas documentadas por los estudios empíricos en los diferentes escenarios clínicos constituye otra propuesta de investigación a futuro que permita la integración de los datos de investigación en la práctica clínica cotidiana.

Pese al avance logrado en la construcción y validación de pruebas psicométricas, sigue siendo una propuesta de investigación a futuro la construcción de instrumentos de medición adecuados para la población adolescente, que cuenten con las propiedades psicométricas suficientes que permitan captar de una manera válida y confiable la complejidad y dimensionalidad de los trastornos que evalúan y que por ende reflejen el carácter multidimensional del efecto de las intervenciones psicoterapéuticas en el funcionamiento individual, familiar y social de los adolescentes y cuidadores que les acompañan en el proceso terapéutico, así como de aquellas variables biológicas, psicológicas, sociales y contextuales del adolescente que determinan el éxito del tratamiento.

A futuro se sugiere también indagar sobre el mecanismo de cambio específico de los diferentes componentes de la terapia cognitivo conductual y la eficacia de cada uno de ellos en la reducción sintomática, relevancia clínica y funcionalidad de los adolescentes, lo que no fue objetivo de este estudio.

Finalmente, se sugiere a futuro trabajar más en la validación de los instrumentos que se utilicen para verificar la fidelidad del tratamiento, en la réplica y validación de las guías de intervención propuestas, así como en la búsqueda de fuentes de financiamiento que permitan una selección más rigurosa de los clínicos y observadores participantes, al igual que su retribución económica.

Será necesario también construir y someter a prueba nuevos modelos explicativos de la depresión adolescente que permitan explicar y predecir el surgimiento de la depresión adolescente y el papel de los padres en ello así como el efecto de su participación en la resolución del trastorno desde diferentes esquemas de abordaje terapéutico.

Referencias

- Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Poikolainen, K., & Lönnqvist, J. (2002). Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *The American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1235-1237.
- Aberastury, A., & Knobel, M. (1990). *La adolescencia normal: Un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós.
- Achenbach, T. M., & McConaughy, S. H. (2003). The Achenbach System of Empirically Based Assessment. En C. R. Reynolds, & R. W. Kawphaus (Eds.), *Handbook of psychological and educational assessment of children* (pp. 406-430). New York: The Guilford Press.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, V.T.: University of Vermont, research Center for Children, Youth, & Families.
- Agudelo, D. (2007). La depresión: ¿Un trastorno dimensional o categorial? *Salud Mental*, 30(3), 20-28.
- Akiskal, H. (2005). Mood disorders: Clinical features. En B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (pp.1611-1652). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Albano, Krain, Podniesinski, & D itkowsky (2004). Cognitive-behavioral psychoterapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence based medicine review. *Journal of American Academic of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 930-959.

- Albores, L., Lara, C., Esperón, C., Cárdenas, J. A., Pérez, A. M., & Villanueva, G. (2007). Validez y fiabilidad del CBCL/6-18. Incluye las escalas del DSM. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(6), 393-399.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., Panzarella, C., & Rose, D. T. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 145-156.
- Amaro, J. R., & González, M. E. (1998). El consentimiento informado en la realización de ensayos clínicos. *Revista Cubana Médico Militar*, 27(1), 54-61.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1503-1526.
- American Psychiatry Association (1995). *DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatry Association (2002). *DSM-IV-TR. Criterios diagnósticos* (1ª ed.). Barcelona: Masson.
- Angold, A., & Worthman, C. W. (1993). Puberty onset of gender differences in rates of depression: A developmental, epidemiologic and neuroendocrine perspective. *Journal of Affective Disorders*, 29, 145-158.
- Anguas, A. M. (2000). El bienestar subjetivo en la cultura mexicana. Tesis de Doctorado no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Anguas, A. M. (2001). Identificación y validación del significado del bienestar subjetivo en México: Fundamentos para el desarrollo de un instrumento de medición. *Interamerican Journal of Psychology*, 35(1), 163-183.
- Anguas, A. M., & Reyes, I. (1999). Conformación estructural del bienestar subjetivo: El caso específico de los yucatecos. *Revista Sonorense de Psicología*, 13(2), 15-22.
- Apiquían, R., Fresán, A., & Nicolini, H. (2000). *Evaluación de la psicopatología: Escalas en español* (1ª ed.). México: JGH.
- Arita, B. Y., Romano, S., García, N., & Felix, M. R. (2005). Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(1), 93-102.
- Asenlöf, P., Denison, E., & Lindberg, P. (2006). Ideographic outcome analyses of clinical significance of two interventions for patient with musculoskeletal pain. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 947-965.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Beardslee, W. R., Salt, P., Porterfield, K., Rothberg, P. C., Velde, P., Swatling, S., et al. (1993). Comparison of preventive interventions for families with parental affective disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(2), 254-263.
- Beardslee, W. R., Salt, P., Versage, E. M., Gladstone, T. R., Wright, E. J., & Rothberg, P. C. (1997). Sustained change in parents receiving preventive interventions for families with depression. *The American Journal of Psychiatry*, 154(4), 510-515.

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., & Zambrano, J. (2004). La depresión con inicio temprano: Prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 386-395.
- Benjet, C., & Hernández, L. (1999). Validez y confiabilidad de la CES-D en peripúberes. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 175-185.
- Berrios, G. E. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México, D.F.: FCE.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Kolko, D., Baugher, M., Bridge, J., Holder, D., et al. (2000). Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Archives General of Psychiatry*, 57, 29-36.
- Blackburn, I. M., & Moorhead, S. (2002). Depresión. En W. J. Lyddon, & J. V. Jones (Eds.), *Terapias cognitivas con fundamento empírico. Aplicaciones actuales y futuras* (pp. 15-46). México: Manual Moderno.
- Bond, G. (2005). Individual, family, school, and community risk and protective factors for depressive symptoms in adolescents: A comparison of risk profiles for substance use and depressive symptoms. *Prevention Science*, 6(2), 73-88.

- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., & Wang, P. S. (2008). Treatment of mental disorders for adolescents in Mexico City. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 757-764.
- Boyd, R. C., Diamond, G. S., & Bourjolly, J. N. (2006). Developing a family-based depression prevention program in urban community mental health clinics: A qualitative investigation. *Family Process*, 45(2), 187-203.
- Brennan, P. A., Brocque, R., & Hammen, C. (2003). Maternal depression, parent-child relationships, and resilient outcomes in adolescence. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1469-1477.
- Brennan, P. A., Hammen, C., Katz, A. R., & Brocque, R. M. (2002). Maternal depression, paternal psychopathology, and adolescent diagnostic outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1075-1085.
- Briesmeister, J., & Schaefer, E. (Eds.). (2007). *Handbook of parent training: Helping parents prevent and solve problem behaviors* (3^a ed.). U.S.A.: John Wiley & Sons.
- Burns, D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: William Morrow & Co.
- Caballo, V. E., & Simón, M. A. (1995). La terapia de conducta en la actualidad: Una entrevista con Joseph Wolpe. *Psicología Conductual*, 3(2), 251-256.
- Caraveo-Anduaga, J. L., Martínez, N. A., Saldivar, G., López, J. L., & Saltijeral, M. T. (1988). Performance of the GHQ-12 in relation to current and lifetime CIDI Psychiatric diagnoses. *Salud Mental*, 21(4), 1-11.
- Caraveo, J. J. (2006). Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: Confiabilidad, estandarización y validez de construcción. Primera parte. *Salud Mental*, 29(6), 54-72.

- Caraveo, J. J., Colmenares, E., & Martínez, N. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, *44*(6), 492-498.
- Carroll, K. M., & Rounsaville, B. (2008). Efficacy and effectiveness in developing treatment manuals. En A. M. Nezu, & C. M. Nezu (Eds.), *Evidence-based outcome research*, (pp. 219-243). New York: Oxford.
- Casullo, M. M. (2004). *Síntomas psicopatológicos en adolescentes y adultos. El SCL-90-R y los estudios epidemiológicos*. Documento de trabajo. Argentina: UBA. CONICET.
- Celis, A. (2003). La salud de adolescentes en cifras. *Salud Pública de México*, *45*(1), s153-s156.
- Chasson, G., Vincent, J. P., & Harris, G. E. (2008). The use of symptom severity measured just before termination to predict child treatment dropout. *Journal of Clinical Psychology*, *64*(7), 891-904.
- Cheung, A. H., Emslie, G. J., & Mayes, T. L. (2006). The use of antidepressant to treat depression in children and adolescents. *Canadian Medical Association Journal*, *174*(2), 193-200.
- Cicchetti, D. (2006). Development and psychopathology. En D. Cicchetti, & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology*, *1* (pp. 1-23). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Cicchetti, D., & Cohen, D. (1995). Perspectives on developmental psychopathology. En D. Cicchetti, & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology*, *1* (pp. 3-20). New York: John Wiley & Sons.
- Clarke, G. N., Rodhe, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H., & Seeley, J. R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute

- group treatment and booster sessions. *The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(3), 272-279.
- Coghill, D., & Usala, T. (2006). Mood disorders in children and adolescents. *Psychiatry*, 4(4), 123-127.
- Colman, I., Wadsworth, M. E., Croudace, T. J., & Jones, P. B. (2007). Forty-year psychiatric outcomes following assessment for internalizing disorder in adolescence. *The American Journal of Psychiatry*, 164(1), 126-133.
- Collins, W. A., Maccoby, E. E., Steinberg, L., Hetherington, E. M., & Bornstein, M. H. (2000). Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture. *American Psychologist*, 55(2), 218-232.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (CONAMED, 2004). *Consentimiento válidamente informado*. México: CONAMED.
- Conde, J. L. (2002). Eficacia y efectividad: una distinción útil para la práctica y la investigación clínicas. *Nefrología*, 23(3), 219-222.
- Conners, K., Wells, K. C., Parker, J. D., Sitarenios, G., Diamond, J. M., & Powell, J. W. (1997). A new self-report scale for assessment of adolescent psychopathology: Factor structure, reliability, validity, and diagnostic sensitivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archive General of Psychiatry*, 60, 837-844.
- Cruz, C., López, L., Blas, C., González, L., & Chávez, R. A. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Checklist 90 (SCL-90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28(1), 72-81.

- Curry, J. F., & Craighead, W. (1993). Capítulo 17. En T. Ollendick, & M. Hersen (Eds.), *Handbook of child and adolescent assessment*.
- Cheung, A. H., Emslie, G. J., & Mayes, T. L. (2006). The use of antidepressants to treat depression in children and adolescents. *Canadian Medical Association Journal*, *174*(2), 193-200.
- Davis, B., Sheeber, L., Hops, H., & Tildesley, E. (2000). Adolescent responses to depressive parental behaviors in problem-solving interactions: Implications for depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *28*(5), 451-465.
- De la Peña, F., Lara, M. C., Cortés, J., Nicolini, H., Páez, F., & Almeida, L. (1996). Traducción al español y validez de la Escala de Birleson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Mental*, *19*(3), 17-23.
- De la Peña, F., Patiño, M., Mendizabal, A., Cortés, J., Cruz, E., Ulloa, R. E., Villamil, V., & Lara, M. C. (1998). La entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA). Características del instrumento y estudio de confiabilidad interevaluador y temporal. *Salud Mental*, *21*(6), 11-18.
- De la Peña, F., Ulloa, R. E., & Paez, F. (1999). Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental, Número especial*, 1-5.
- Del Barrio, V., Roa, M. L., Olmedo, M., & Colodrón, F. (2002). Primera adaptación del CDI-S a población española. *Acción Psicológica*, *3*, 263-272.
- Del Pino, J.A., & Díez, J. (1999). La felicidad y sus componentes. Explotación del barómetro mundial de felicidad.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, *55*(1), 34-43.

- Dietz, L., Birmaher, B., Williamson, D., E., Silk, J. S., Dahl, R. E., Axelson, D. A., et al. (2008). Mother-child interactions in depressed children and children at high risk and low risk for future depression. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(5), 574-582.
- Dopheide, J. (2006). Recognizing and treating depression in children and adolescents. *American Society of Health-System Pharmacists*, 63, 233-243.
- Echeverria, E. (1990). En K. Hurrelman (Ed.), *International handbook of adolescence* (pp. 257-269). Westport, CT: Greenwood Press.
- Ellis, A. (1999). *Una terapia breve más profunda y duradera*. Barcelona: Paidós.
- Emslie, G. J., Rush, A. J., Weinberg, W. A., Kowatch, R. A., Hughes, C. V., Carmoly, T., et al. (1997). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Archives General of Psychiatry*, 54 (11), 1031-1037
- Essau, C.A. (2004). The association between family factors and depressive disorders in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33 (5), 365-372.
- Essau, C.A. (2008). Comorbidity of depressive disorders among adolescents in community and clinical settings. *Psychiatry Research*, 158(1), 35-42.
- Estévez, E., Musitu, G., & Herrero, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28(4), 81-89.
- Evans, D., Foa, E., Gur, R., Hendin, H., O'Brien, C., Seligman, M., et al. (Eds.). (2005). *Treating and parenting: Adolescent mental health disorder*. E.U.: Oxford.
- Field, T., Diego, M., & Sanders, C. (2001). Adolescent depression and risk factors. *Adolescence*, 36(143), 491-498.

- Finkelstein, J. S., Donenberg, G. R., & Martinovich, Z. (2001). Maternal control and adolescent depression: Ethnic differences among clinically referred girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(2), 155-171.
- Finkenauer, C., Engels, R.C., & Baumeister, R. F. (2005). Parenting behavior and adolescent behavioural and emotional problems: The rol of self-control. *International Journal of Behavioral Development*, 29(1), 58-69.
- Fleiss, J. L. (1971). Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychological Bulletin*, 76(5), 378-382.
- Fram, M. S. (2005). "It's just not all teenage moms": Diversity, support, and relationship in family services. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(4), 507-517.
- Franks, C. M. (2008). Orígenes, historia reciente, cuestiones actuales y estatus futuro de la terapia de conducta. En V. E. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 1-18). Madrid (5º reimpresión): Siglo XXI de España.
- Freeman, A., & Oster, C. L. (2007). Terapia cognitiva de la depresión. En V. E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Trastornos de Ansiedad, Sexuales, Afectivos y Psicóticos (pp. 543-574). Madrid: Siglo XXI de España.
- Frias, M. D. & Pascual, J. (2003). Psicología clínica basada en pruebas: efectos del tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 11-18.
- Friedberg, R. D. & McClure, J. M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona: Paidós.
- Garber, J., & Flynn, C. (2001). Predictors of depressive cognitions in young adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 25(4), 353-376.

- García, M. A. (2002). Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo. Un análisis conceptual. *Revista Digital*, 8(48). Recuperado de <http://www.efdeportes.com>. Málaga, España.
- Garduño, L., Salinas, B., & Rojas, M. (2005). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México: Plaza y Valdez.
- Gempp, R., & Avendaño, C. (2008). Datos normativos y propiedades psicométricas del SCL-90-R en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia Psicológica*, 26(1), 39-58.
- Gil, F. (2009). Evaluación de un modelo terapéutico para el manejo de la fobia social en niños en edad escolar. Tesis de doctorado no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Gil-Rivas, V., Greenberger, E., Chen, C., & Montero, M. (2003). Understanding depressed mood in the context of a family-oriented culture. *Adolescence*, 38(149), 93-109.
- Goldfried, M. R. (2003). Cognitive-behavior therapy: Reflections on the evolution of a therapeutic orientation. *Cognitive Therapy and Research*, 27(1), 53-69.
- González-Forteza, C., Berenzon, S., Tello, A. M., Facio, D., & Medina-Mora, M. E. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública de México*, 40(5), 430-437.
- González-Forteza, C., Jiménez, A., Ramos, L., & Wagner, F. A. (2008). Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 50(4), 292-299.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., Bermúdez, P., et al. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25(6), 1-12.

- González-Santos, L., Mercadillo, R. E., Graff, A., & Barrios, F. (2007). Versión computarizada para la aplicación del Listado de Síntomas 90 (SCL 90) y del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). *Salud Mental, 30*(4), 31-40.
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(4), 386-405.
- Gracia, E., Lila, M., & Musito, G. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud Mental, 28*(2), 73-81.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. E., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Halpert, J. A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin, 129*(3), 447-466.
- Granvold, D. K. (1994). Concepts and methods of cognitive treatment. En D. Granvold (Ed.), *Cognitive and Behavioral Treatment. Methods and Applications* (pp. 3-31). California: Books/Cole Publishing Company.
- Granvold, D. K., & Wodarski, J. S. (1994). Cognitive and behavioral treatment: Clinical issues, transfer of training, and relapse prevention. En D. Granvold (Ed.), *Cognitive and Behavioral Treatment. Methods and Applications* (pp. 353-375). California: Books/Cole Publishing Company.
- Grotevant, H. D. (1998). Adolescent development in family contexts. En W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development*. New York: John Wiley & Sons.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el*

Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social.

España: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t N° 2007/09).

- Hakelind, C. (2007). Perceived interpersonal relations in adolescence (tesis de doctorado inédita). Department of Psychology, Umea University, Suecia.
- Hallahan, M., & Rosenthal, R. (1996). Statistical power: Concepts, procedures and applications. *Behavior Research Therapy*, 34(5/6), 489-499.
- Harrington, R., Whittaker, J., Shoebridge, P., & Campbell, F. (1999). Revisión sistemática de las terapias cognitivo conductuales en el trastorno depresivo de la infancia y la adolescencia. *Revista de Toxicomanías*, 21, 41-46.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatry problems*. Oxford: Oxford University Press.
- Heaven, P. C. L., Newbury, K., & Mak, A. (2004). The impact of adolescent and parental characteristics on adolescent levels of delinquency and depression. *Personality and Individual Differences*, 36, 173-185.
- Heerlein, A. (2002). Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40(1), 63-76.
- Hernández-Guzmán, L. (2005). Lista de Conductas de Achenbach: Validez y confiabilidad. Proyecto de investigación DGAPA IN-302002, Prevención y tratamiento de la disfunción psicológica infantil. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández-Guzmán, L., González, S., & López, F. (2002). Effect of guided imagery on children's social performance. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(4), 471-483.

- Herman, M. R., Dornbusch, S. M., Herron, M., & Herting, J. R. (1997). The influence of family regulation, connection, and psychological autonomy on six measures of adolescent functioning. *Journal of Adolescent Research, 12*(1), 34-63.
- Hoffmann, J., Baldwin, S., & Cerbone, F. (2003). Onset of major depressive among adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(2), 217-224.
- Hofstra, M., Ende, V., & Verhulst, F. (2002). Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: A 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(2), 182-189.
- http://sersame.salud.gob.mx/pdf/pasm_cap3.pdf.
- Hughes, C. W., Emslie, G. J., Crismon, M. L., Posner, K., Birmaher, B., Ryan, N., et al. (2007). Texas children's medication algorithm project: Update from Texas consensus conference panel on medication treatment of childhood major depressive disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(6), 667-686.
- Izard, C. E., Youngstrom, E. A., Fine, S. E., Mostow, A. J., & Trentacosta, C. J. (2006). Emotions and developmental psychopathology. En D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.). *Developmental Psychopathology, 1* (pp. 1-23). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1998). Clinical significance: A statistical approach to meaningful change in psychotherapy research. En A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues & strategies in clinical research* (pp. 521-538). E.U.: American Psychological Association.

- Jenkins, J., & Curwen, T. (2008). Change in adolescents' internalizing symptomatology as a function of sex and the timing of maternal depressive symptomatology. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*(4), 399-405.
- Jorquera, A. (1992). Terapias cognitivo-conductuales. En J. Vallejo, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 663-673). Barcelona: Salvat.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental, 21*, 26-31.
- Kasen, S., Cohen, P., Skodol, A. E., Johnson, J. G., Smailes, E., & Brook, J. (2001). Childhood depression and adult personality disorder: Alternative pathways of continuity. *Archives of General Psychiatry, 58*, 231-236.
- Katainen, S., Räikkönen, K., Keskivaara, P., & Keltikangas-Järvinen, L. (1999). Maternal child-rearing attitudes and role satisfaction and children's temperament as antecedents of adolescent depressive tendencies: Follow-up study of 6- to 15-years-old. *Journal of Youth and Adolescence, 28*(2), 139-163.
- Kazdin, A. E. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: El Manual Moderno.
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Prentice Hall.
- Kazdin, A. E. (2004). Evidence-based psychotherapies for children and adolescents: Strategies, strengths, and limitations. En H. Remschmidt, M. L. Belfer, & I. Goodyer (Eds.), *Facilitating pathways. Care, treatment and prevention in child and adolescent mental health* (pp.103-119). Berlín, Alemania: Springer.

- Kendall, P. C., & Choudhury, M. S. (2003). Children and adolescents in cognitive-behavioral therapy: Some past efforts and current advances, and the challenges in our future. *Cognitive Therapy and Research*, 27(1), 89-104.
- Kennard, B., Silva, S., Vitiello, B., Curry, J., Kratochvil, C., Simons, A., et al. (2006). Remission and residual symptoms after short-term treatment in the treatment of adolescents with depression study (TADS). *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (12), 1404-1411.
- Kerlinger, F. N., & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill.
- Kolko, D. J., Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., & Birmaher, B. (2000). Cognitive and family therapies for adolescent depression: Treatment specificity, mediation, and moderation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 603-614.
- Lakdawalla, Z., Hankin, B. L., & Mermelstein, R. (2007). Cognitive theories of depression in children and adolescents: A conceptual and quantitative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(1), 1-24.
- Lara, C., Espinosa, I., Cárdenas, M., Fócil, M., & Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y validez de la SCL en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, 28(3), 42-50.
- Lara, M. A., Navarro, C., Navarrete, L., Mondragón, L., & Rubí, N. A. (2003). Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en servicios de salud para población abierta. *Salud Mental*, 26(3), 27-36.
- Lau, J. F., & Eley, T. C. (2010). The genetics of mood disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 313-37.

- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H., & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral group treatment of depression in adolescents. *Behavior Therapy, 21*, 385-401.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., & Hautzinger, M. (2002). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En V. Caballo, *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos* (pp.493-541). España: Siglo XXI.
- Leyva, R., Hernández, A. M., Nava, G., & López, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 45*(3), 225-232.
- Lindelöw, M. (1999). Parent-child interaction and adult depression: A prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 100*, 270-278.
- Logan, D. E., & King, C. A. (2002). Parental identification of depression and mental health service use among depressed adolescents. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(3), 296-304.
- Lucio, E., León, I., Durán, C., Bravo, E., & Velasco, E. (2001). Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. *Salud Mental, 24*(5), 17-24.
- Lyddon, W. J., & Jones, J. V. (2002). Tratamiento con fundamento empírico. En W. J. Lyddon, & J. V. Jones (Eds.), *Terapias cognitivas con fundamento empírico. Aplicaciones actuales y futuras* (pp. 1-12). México: Manual Moderno.
- March, J., Silva, S., Vitiello, B., & TADS Team. (2006). The treatment for adolescents with depression study (TADS): Methods and Message at 12 weeks. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*(12), 1393-1403.

- Marmosstein, N., & Iacono, W. (2004). Major depression and conduct disorder in youth: associations with parental psychopathology and parent-child conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(2), 377-386.
- Márquez C., M. E. D. (2007). Correlatos familiares de crianza e implicación parental como predictores del rendimiento académico. Tesis de Doctorado no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Márquez-Caraveo, M. E., Hernández-Guzmán, L., Aguilar V., J., Pérez-Barrón, V., & Reyes-Sandoval, M. (2007). Datos psicométricos del EMBU-I "Mis memorias de crianza" como indicador de la percepción de crianza en una muestra de adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental, 30*(2), 58-65.
- Martin, G., Bergen, H., Roeger, L., & Allison, S. (2004). Depression in young adolescents: Investigation using 2 and 3 factor version of the parental bonding instrument. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(10), 650-657.
- Martínez, A., Iraugi, I., Galíndez, E., & Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): Desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6*(2), 317-338.
- Masten, A., Burt, K., & Coatsworth, D. (2006). Competence and psychopathology in development. En D. Cicchetti, & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (pp. 696-738). E.U.: Wiley.
- McCarty, C., & Weisz, J. (2007). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: What we can (and can't) learn from meta-analysis and component profiling. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(7), 879-886.

- McCracken, L. M., MacKichan, F., & Eccleston, C. (2007). Contextual cognitive-behavioral therapy for several disabled chronic pain sufferers: Effectiveness and clinically significant change. *European Journal of Pain, 11*, 314-322.
- McGrath, E. P., & Repetti, R. L. (2002). A longitudinal study of children's depressive symptoms, self-perceptions, and cognitive distortions about the self. *Journal of Abnormal Psychology, 111* (1), 77-87.
- McLeod, B., Weisz, J. & Wood, J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*, 986-1003.
- Medina, C., Navarro, B., Martinena, P., Baños, I., Vicens, J., Barrantes, N., et al. (2007). Evaluación de la conducta adolescente con las escalas de Achenbach: ¿Existe concordancia entre diferentes informantes? *Salud Mental, 30*(5), 33-39.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara. C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultado de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental, 26*(4), 1-16.
- Meichenbaum, D. (2003). Cognitive-behavior therapy: Folktales and the unexpurgated history. *Cognitive Therapy and Research, 27*(1), 125-129.
- Mendez, X., Rosa, A. I., Montoya, M., Espada, J. P., Olivares, J., & Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿Evidencia o promesa? *Psicología Conductual, 10*(3), 563-580.
- Millenson, J. R., & Leslie, J. C. (1979). *Principles of behavioral analysis*. New York: Macmillan Publishing.

- Millikan, E., Wamboldt, M. Z., & Bihun, J. (2002). Perceptions of the family, personality characteristics, and adolescent internalizing symptoms. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(12), 1486-1494.
- Molina, A. (2001). Instrumentos de evaluación clínica en niños y adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Psicología de Niños y Adolescentes, 2*(1), 23-40.
- Morris, P., Schmitt, H., Lambrichs, R., & Meesters, C. (2001). Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 555-563.
- Myers, K., & Winters, N. (2002). Ten-year review of rating scales. II: Scales for internalizing disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(6), 634-659.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Depression: The treatment and management of depression in adults*. London: NICE.
- Newport, D. J., Stowe, Z. N., & Nemeroff, C. B. (2002). Parental depression: Animal models of an adverse life event. *American Journal of Psychiatry, 159*(8), 1265-1283.
- Nezu, A. M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy, 35*, 1-33.
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2008). *Evidence-based outcome research*. New York: Oxford.
- Nezu, V. E., & Nezu, C. M. (2008). Entrenamiento en solución de problemas. En V. E. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 527-550). Madrid: Siglo XXI de España.
- Ogles, B. M., Lunnen, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical Psychology Review, 21*(3), 421-446.

- Olivares, J. (Dir. & Coord.). (2005). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en la adolescencia* (pp. 14-18). Madrid: Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. España: Panamericana.
- Oster, G. D., & Caro, J. E. (1990). *Understanding & treating depressed adolescents & their families*. E.U.: Wiley.
- Overbeek, G., Stattin, H., Vermulst, A., Ha, T., & Engels, R. C. (2007). Parent-child relationship, partner relationship, and emotional adjustment: A birth- to maturity prospective study. *Developmental Psychology*, 43(2), 429-437.
- Penchaszadeh, V. B. (2002). Ética de las investigaciones biomédicas en poblaciones humanas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 28(2).
- Picado, F. (2008). Análisis de concordancia de atributos. *Tecnología en marcha*, 21(4), 29-35.
- Pine, D. S., Cohen, E., Cohen, P., & Brook, J. (1999). Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: Moodiness or mood disorder? *The American Journal of Psychiatry*, 156(1), 133-135.
- Pinedo, H., González, E., García, J. A., González, C., & Herrera, M.C. (2005). *La terapia cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión* (Tomo 5). México: Interdisciplinas Cognitivo Conductuales.

- Pfeffer, C. (2007). The FDA pediatric advisories and changes in diagnosis and treatment of pediatric depression. *The American Journal of Psychiatry*, *164*(6), 843-846.
- Plat, M. C. (2005). El nivel de depresión según el inventario de Beck que vivencia la mujer que sufrió abuso sexual durante la infancia. Tesis de Doctorado no publicada. Instituto Mexicano de la Pareja.
- Prinz, R. J., & Sanders, M. R. (2007). Adopting a population-level approach to parenting and family support interventions. *Clinical Psychology Review*, *27*, 739-749.
- Rachman, S. (1997). The evolution of cognitive behaviour therapy. En D. M. Clarke, & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behavior therapy* (pp. 3-25). Oxford: Oxford University Press.
- Reitz, E., Decovic, M., & Meijer, A. M. (2006). Relations between parenting and externalizing and internalizing problem behavior in early adolescence: Child behavior as moderator and predictor. *Journal of Adolescence*, *29*, 419-436.
- Reneses, B., Muñoz, E., & López-Ibor, J. J. (2009). Factors predicting drop-out in community mental health centres. *World Psychiatry*, *8*, 173-177.
- Repetti, R. L., Taylor, S.E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, *128*(2), 330-366.
- Ricardo, J., Galindo, G., Serra, E., Reyes, E., & De la Peña, F. (2004). Hallazgos clínicos relacionados con la selección de un grupo control para el estudio del trastorno por déficit de atención. *Salud Mental*, *27*(4), 1-5.
- Rice, F., Lifford, K. J, Thomas, H. V., & Thapar, A. (2007). Mental health and functional outcomes of maternal and adolescent reports of adolescent depressive symptoms.

- Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(9), 1162-1170.
- Rojas, M. (2005). El bienestar subjetivo en México y su relación con indicadores objetivos. Consideraciones para la política pública. En L. Garduño, B. Salinas, & M. Rojas (Eds.), *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México* (pp. 83-106). México: Plaza y Valdez.
- Rosenzweig, M. R., & Leiman, A. I. (2005). *Psicología fisiológica* (2ª ed.). Colombia: McGraw-Hill.
- Rutter, M. (1985). *Fundamentos científicos de psiquiatría del desarrollo* (J. Vigil, Trad.). Barcelona: Salvat.
- Ryan, N. D. (1989). Major depression. En C. Last & M. Hersen (Eds.), *Handbook of child psychiatric diagnosis* (p. 319). New York: John Wiley & Sons.
- Sacket, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A, Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72.
- Salles, M. (2001). El desarrollo, su importancia en la psicoterapia y en el psicoanálisis de niños y adolescentes. En M. Salles (Coord.), *Manual de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes* (pp. 265-290). México: Plaza y Valdés.
- Sauceda, J. M., Lara, M. C., & Fócil, M. (2006). Violencia autodirigida en la adolescencia: El intento de suicidio. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 63(4), 223-231.
- Serretti, A. (2007). Pharmacogenetics of antidepressants. *Salud Mental*, 30(6), 1-12.
- Shaffer, D. (2005). Depressive disorders and suicide in children and adolescents. En B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive*

- textbook of psychiatry* (pp. 3262-3273). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Sheffield, J. K., Spence, S. H., Rappe, R. M., Kowalenko, N., Wignall, A., Davis, A., et al. (2006). Evaluation of universal, indicated, and combined cognitive-behavioral approaches to the prevention of depression among adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(1), 66-79.
- Siegle, G. J., Ingram, R. E., & Matt, G. E. (2002). Affective interference: An explanation for negative attention biases in dysphoria? *Cognitive Therapy and Research, 26*(1), 73-87.
- Silverstein, B., Clauson, J., Perdue, L., Carpman, S., & Cimarolli, V. (1998). The association between female college students' reports of depression and their perceptions of parental attitudes regarding gender. *Journal of Applied Social Psychology, 28*(6), 537-549.
- Sourander, A., & Helstelä, L. (2005). Childhood predictors of externalizing and internalizing problems in adolescence. A prospective follow-up study from age 8 to 16. *European Child & Adolescent Psychiatry, 14*(8), 415-423.
- South, S. C., Krueger, R. F., Johnson, W., & Iacono, W. G. (2008). Adolescent personality moderates genetic and environmental influences on relationships with parents. *Journal of Personality and Social Psychology, 94*(5), 899-912.
- Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team. (2009). The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): Outcomes over 1 year of naturalistic follow-up. *American Journal of Psychiatry, 166*, 1141-1149.
- Terrance, J. W., Cairney, J., & Pevalin, D. J. (2002). Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from

- three countries. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(2), 190-198.
- Thalheimer, W., & Cook, S. (2002). How to calculate effect sizes from published research: A simplified methodology. *Work Learning Research*, 1-9.
- Ulloa, R. E., Ortiz, S., Higuera, F., Nogales, I., Fresán, A., Apiquian, R., et al. (2006). Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime version (K-SADS-PL). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(1), 36-40.
- Valencia M. R., & Andrade, P. (2005). Validez del Youth Self Report para problemas de conducta en niños mexicanos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 499-520.
- Vallejo, J. (1992). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Salvat.
- Vallejo, J. (2007). *Psiquiatría en atención primaria*. (1º ed., Fasc. 1). Barcelona: Ars Médica.
- Van Leeuwen, K. G., Mervielde, I., Braet, C., & Bosmans, G. (2004). Child personality and parental behavior as moderators of problem behavior: Variable- and person-centered approaches. *Developmental Psychology*, 40(6), 1028-1046.
- Vázquez, C., Hernangómez, L., & Hervás, G. (2009). Modelos cognitivos de la depresión: Su aplicación al estudio de las fases tempranas. En J. L. Vázquez (Ed.), *Las fases tempranas de las enfermedades mentales* (pp. 1-27). Barcelona: Masson, & Elsevier.
- Vázquez G., F. L. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14(3), 516-522.

- Vazsonyi, A., & Belliston, L. M. (2006). The cultural and developmental significance of parenting processes in adolescent anxiety and depression symptoms. *Journal of Youth and Adolescence, 35*(4), 491-505.
- Videon, T. M. (2002). The effects of parent-adolescent relationships and parental separation on adolescent well-being. *Journal of Marriage and Family, 64*(2), 489-503.
- Vitiello, B., Rohde, P., Silva, S., Wells, K., Casat, C., Waslick, B., et al. (2006). Functioning and quality of life in the treatment for adolescents with depression study (TADS). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*(12), 1419-1426.
- Weersing, V. R., Iyengar, S., Kolko, D. J., Birmaher, B., & Brent, D. A. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: A benchmarking investigation. *Behavior Therapy, 37*, 36-48.
- Weisz, J. R., Doss, A. J., & Hawley, K. M. (2005). Youth psychotherapy outcome research: A review and critique of the evidence base. *Annual Review of Psychology, 56*, 337-363.
- Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 132*(1), 132-149.
- Weiten, W. (2006). *Psicología. Temas y variaciones*. México: Cengage Learning Editores.
- Weller, E., & Weller, R. (1991). Mood disorders in children. En J. M. Wiener (Ed.), *Textbook of child and adolescent psychiatry* (p. 240). Washington: American Psychiatric Press.

Williamson, D. E., Birmaher, B., Anderson, B., Al-Shabbout, M., & Ryan, N. (1995).

Stressful life events in depressed adolescents: The rol of dependent events during the depressive episode. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(5), 591-598.

Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.

Apéndice A

A1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"

Proyecto de investigación "Intervención cognitivo-conductual con padres de adolescentes deprimidos: Efectos en la reducción de síntomas, interacción padres-hijos y bienestar subjetivo"

**LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SESIÓN 1
DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL DE GRUPO
PARA ADOLESCENTES DEPRIMIDOS**

INSTRUCCIONES:

1. Noto que la lista se compone de dos columnas, una con enunciados (a la derecha) y una sin datos (a la izquierda). Cada enunciado da cuenta de una actividad general (identificada por un espacio oscuro a la izquierda) o una específica (espacios claros).
2. Noto que al final de la lista hay una serie de indicaciones complementarias.
3. Leo antes del comienzo de la sesión las actividades enlistadas en este instrumento y las indicaciones complementarias.
4. Registro mi nombre, el nombre del terapeuta, la fecha, el número de pacientes asistentes (participantes) y la hora de inicio de la sesión.
5. Observo la sesión y a la par verifico si cada actividad específica se realiza o no.
6. Si se realiza la actividad específica, marco con una palomita (✓) la casilla ubicada a la izquierda del enunciado correspondiente; de lo contrario la marco con un tache (✗).
7. Registro el tiempo que dura cada actividad general.
8. Registro la hora en que termine la sesión.
9. Efectúo las indicaciones complementarias en los espacios que se brindan.
10. Escribo mi nombre y firma sobre la línea al final de este instrumento.

Nombre del observador:			
Nombre del terapeuta:			
Número de participantes:		Hora de inicio:	
Fecha:	Día: / Mes: / Año:	Hora de término:	

<input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD
	1. Introducción y presentación
	2. Establecimiento de las reglas del grupo
	2.1. El establecimiento de las reglas del grupo:
	2.1.1. Es la segunda actividad que se realiza en esta sesión.
	2.1.2. Dura 20 minutos. Tiempo que duró: min.
	2.2. Los pacientes elaboran las reglas que regirán al grupo:
	2.2.1. Mediante la técnica de lluvia de ideas.
	2.2.2. Coordinados por el terapeuta.
	2.2.3. Cooperando todos en tal elaboración.
	2.3. El terapeuta anota
	2.3.1. Las propuestas en una lámina de papel bond.
	2.3.2. Las ideas se ponen a consideración del grupo.
	2.4. Se aceptan las ideas en las que concuerda la mayoría de los miembros del grupo.
	2.5. Todos los miembros del grupo plasman:
	2.5.1. Su firma en la lámina al finalizar la actividad
	2.6. El terapeuta resalta la importancia de:
	2.6.1. El respeto por parte de los pacientes hacia el proceso terapéutico.

	2.6.2. El respeto por parte de los pacientes hacia los compañeros.
	2.6.3. La confianza por parte de los pacientes hacia el proceso terapéutico.
	2.6.4. La confianza por parte de los pacientes hacia los compañeros.
	2.6.5. La asistencia.
	2.6.6. La participación como parte de un proceso normal de aprendizaje.
	2.7. El terapeuta aclara que sólo se tiene derecho a faltar:
	2.7.1. En dos ocasiones no consecutivas.
	2.7.2. Ante causas de fuerza mayor.
	2.8. El terapeuta explica:
	2.8.1.

A2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"

Proyecto de investigación "Intervención cognitivo-conductual con padres de adolescentes deprimidos: Efectos en la reducción de síntomas, interacción padres-hijos y bienestar subjetivo"

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SESIÓN 8 DEL TALLER DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA PADRES CON ADOLESCENTES DEPRIMIDOS

INSTRUCCIONES:

11. Noto que la lista se compone de dos columnas, una con enunciados (a la derecha) y una sin datos (a la izquierda). Cada enunciado da cuenta de una actividad general (identificada por un espacio oscuro a la izquierda) o una específica (espacios claros).
12. Noto que al final de la lista hay una serie de indicaciones complementarias.
13. Leo antes del comienzo de la sesión las actividades enlistadas en este instrumento y las indicaciones complementarias.
14. Registro mi nombre, el nombre del terapeuta, la fecha, el número de padres asistentes (participantes) y la hora de inicio de la sesión.
15. Observo la sesión y a la par verifico si cada actividad específica se realiza o no.
16. Si se realiza la actividad específica, marco con una palomita (✓) la casilla ubicada a la izquierda del enunciado correspondiente; de lo contrario la marco con un tache (✗).
17. Registro el tiempo que dura cada actividad general.
18. Registro la hora en que termine la sesión.
19. Efectúo las indicaciones complementarias en los espacios que se brindan.
20. Escribo mi nombre y firma sobre la línea al final de este instrumento.

Nombre del observador:			
Nombre del terapeuta:			
Número de participantes:		Hora de inicio:	
Fecha:	Día: / Mes: / Año:	Hora de término:	

☑ / ☒	ACTIVIDAD
	3. Presentación de los contenidos y actividades de la sesión
	1.1. La presentación de los contenidos y actividades de la sesión:
	1.1.1. Es la primera actividad que se realiza en esta sesión.
	1.1.2. Dura 5 minutos. Tiempo que duró: min.
	1.2. El terapeuta da la bienvenida a los padres.
	1.3. El terapeuta escribe en el pizarrón los contenidos a desarrollar en esta sesión.
	1.4. El terapeuta describe de manera breve cada una de las actividades.
	4. Revisión de la tarea
	2.9. El repaso de la técnica de relajación profunda (revisión práctica de la tarea):
	2.9.1. Es la segunda actividad que se realiza en esta sesión.
	2.9.2. Dura 35 minutos. Tiempo que duró: min.
	2.10. El grupo lleva a cabo:
	2.10.1. El ejercicio de relajación.
	2.10.2. El registro de los niveles de tensión.
	2.11. El terapeuta pide a los padres que:
	2.11.1. Se sienten bien en sus sillas.
	2.11.2. Se coloquen lo más cómodos posibles.
	2.11.3. Suelten cualquier objeto que tengan en sus manos.
	2.11.4. Se dispongan a la relajación.
	2.11.5. Escuchen con atención el audiocassette que será reproducido.

	2.11.6.	Sigan las instrucciones del audio.	
	2.12.	Los padres:	
	2.12.1.	Se sientan en sus sillas.	
	2.12.2.	Se acomodan.	
	2.12.3.	Sueltan los objetos que tienen en sus manos.	
	2.12.4.	Permanecen en silencio mientras se reproduce el audio del cassette.	
	2.12.5.	Siguen las instrucciones del audio.	
	2.13.	El terapeuta funge como modelo para efectuar la relajación.	
	2.14.	El terapeuta realiza los ejercicios de relajación.	
	2.15.	Los padres imitan al terapeuta realizando los ejercicios de relajación.	
	2.16.	El terapeuta verifica que los padres lleven a cabo los ejercicios de relajación.	
	2.17.	El terapeuta corrige los errores de cada padre en la aplicación de la técnica de relajación.	
	2.18.	A los padres se les proporciona una hoja de registro de tensión.	
	2.19.	Los padres registran en la hoja de registro de tensión:	
	2.19.1.	Su nivel de tensión previa a la práctica.	
	2.19.2.	Su nivel de tensión posterior a la práctica.	
	2.20.	El grupo lleva a cabo un foro abierto.	
	2.21.	Los padres manifiestan la sensación que les generó la relajación.	
	2.22.	El terapeuta destaca el grado de relajación obtenido por los padres.	
	5.	Repaso de las habilidades de reestructuración cognitiva y formulación de un problema	
	3.1.	El repaso de las habilidades de reestructuración cognitiva y formulación de un problema:	
	3.1.1.	Es la tercera actividad que se realiza en esta sesión.	
	3.1.2.	Dura 30 minutos.	Tiempo que duró: min.
	3.2.	El terapeuta solicita a los padres que alguno:	
	3.2.1.	Exponga ante el grupo los resultados de su ejercicio de tarea.	
	3.2.2.	Realice la actividad 3.2.1 de manera voluntaria.	
	3.3.	Alguno de los padres expone ante el grupo los resultados de su ejercicio de tarea.	
	3.4.	El terapeuta invita a que se elija como problema una situación hipotética.	
	3.5.	Se elige como problema una situación hipotética.	
	3.6.	El terapeuta dirige la realización del ejercicio.	
	3.7.	El terapeuta promueve la participación de cada uno de los padres.	
	3.8.	Cada uno de los padres participa.	
	3.9.	Los padres:	
	3.9.1.	Explican su actuación ante el problema en cuestión.	
	3.9.2.	Describen su actuación ante el problema en cuestión.	
	3.10.	El terapeuta promueve el autorrefuerzo de logros por mínimos que éstos sean.	
	3.11.	El terapeuta anima a los padres a llevar a cabo el autorreconocimiento y autorrefuerzo de logros y esfuerzos.	
	3.12.	El terapeuta aclara dudas en cualquier momento.	
	4.	Generación de alternativas para la solución de un problema	
	4.1.	La generación de alternativas para la solución de un problema:	
	4.1.1.	Es la cuarta actividad que se realiza en esta sesión.	
	4.1.2.	Dura 20 minutos.	Tiempo que duró: min.
	4.2.	El terapeuta enfatiza que:	
	4.2.1.	Es importante identificar ideas alternativas.	
	4.2.2.	Es importante cuestionar la evidencia de ideas alternativas.	
	4.2.3.	Es importante identificar las diversas alternativas de solución que se tienen para resolver un problema.	
	4.2.4.	Se deben identificar las alternativas de solución más eficaces.	
	4.2.5.	Se deben identificar las consecuencias de poner en práctica cada una de las alternativas de solución.	
	4.3.	El terapeuta invita a los padres a evaluar las consecuencias de cualquier alternativa de solución en la relación padres-hijos.	
	4.4.	El terapeuta explica a los padres que algunos principios en que se pueden guiar para generar alternativas de solución son:	

	4.4.1. El principio de cantidad.
	4.4.2. El principio de aplazamiento del juicio.
	4.4.3. El principio de la variedad.
	4.5. El terapeuta explica:
	4.5.1. El principio de cantidad.
	4.5.2. El principio de aplazamiento del juicio.
	4.5.3. El principio de la variedad.
	4.6. El terapeuta ejemplifica la explicación de los puntos 4.4 y 4.5 con:
	4.6.1. Experiencias de los padres en el ejercicio de su autoridad parental y/o
	4.6.2. Sus propias experiencias.
	4.7. El terapeuta invita a los padres a realizar el ejercicio de práctica de esta actividad (actividad 4):
	4.7.1. De manera grupal.
	4.7.2. Con lluvia de ideas.
	4.8. Los padres realizan el ejercicio de práctica de esta actividad (actividad 4):
	4.8.1. De manera grupal.
	4.8.2. Con lluvia de ideas.
	4.9. El terapeuta toma como ejemplo para la realización del ejercicio de práctica de esta actividad (actividad 4):
	4.9.1. El problema del manejo de la disciplina con los hijos o
	4.9.2. Algún problema acorde a las necesidades del grupo.
	5. Toma de decisiones sobre el uso de la mejor alternativa de solución de problemas
	5.1. La toma de decisiones sobre el uso de la mejor alternativa de solución de problemas:
	5.1.1. Es la quinta actividad que se realiza en esta sesión.
	5.1.2. Dura 20 minutos. <i>Tiempo que duró:</i> min.
	5.2. El terapeuta señala que:
	5.2.1. La generación de alternativas es condición antecedente a la toma de decisión de cuál usar.
	5.2.2. La toma de decisiones sobre cuál alternativa usar es necesaria tras la generación de alternativas.
	5.2.3. Se pueden definir como soluciones eficaces aquéllas que se caracterizan por una cantidad máxima de consecuencias positivas.
	5.2.4. Se pueden definir como soluciones eficaces aquéllas que se caracterizan por una cantidad mínima de consecuencias negativas.
	5.2.5. Se tiene que estimar la probabilidad de que la alternativa elegida sea realmente eficaz para alcanzar el propósito que deseamos.
	5.2.6. Se tiene que estimar la propia capacidad para llevar a cabo la solución que se elige de la manera más óptima.
	5.2.7. Se tiene que estimar la propia capacidad para llevar a cabo la solución que se elige de forma realista.
	5.2.8. Se debe seguir el principio de utilidad.
	5.2.9. Se debe uno preguntar por la probabilidad que tiene la solución elegida para solucionar el problema realmente.
	5.2.10. Se debe uno preguntar si con esa solución elegida se obtendrá el bienestar emocional que se desea.
	5.2.11. Se debe uno preguntar si el tiempo que se necesita para resolver el problema justifica la selección de esa alternativa.
	5.2.12. Se debe uno preguntar si el esfuerzo que se necesita para resolver el problema justifica la selección de esa alternativa.
	5.2.13. Se debe uno preguntar si la opción elegida brindará el bienestar personal que se busca.
	5.2.14. Se debe uno preguntar si la opción elegida brindará el bienestar social global que se busca.
	5.3. El terapeuta invita al grupo a complementar el ejercicio de la actividad 4.
	5.4. El grupo complementa el ejercicio de la actividad 4.
	5.5. El terapeuta enseña cómo analizar una de las alternativas propuestas para tomar la mejor decisión sobre la alternativa a utilizar.

	5.6. El grupo realiza el ejercicio de esta actividad (actividad 5):		
	5.6.1. De manera grupal.		
	5.6.2. Bajo la coordinación del terapeuta.		
	6. Tarea para casa		
	6.1. La indicación y explicación de la tarea para casa:		
	6.1.1. Es la sexta actividad que se realiza en esta sesión.		
	6.1.2. Dura 10 minutos.	Tiempo que duró:	min.
	6.2. El terapeuta indica a los padres que:		
	6.2.1. Continúen practicando la relajación profunda.		
	6.2.2. Realicen la práctica en las ocasiones en que lo consideren necesario.		
	6.3. El terapeuta pide a los padres que sigan las instrucciones practicadas al inicio de la sesión para el llenado del registro del nivel inicial y final de la relajación que obtengan.		
	6.4. El terapeuta solicita a los padres que realicen un ejercicio en casa:		
	6.4.1. Mentalmente o por escrito.		
	6.4.2. Preferentemente por escrito.		
	6.4.3. Sobre el análisis de una alternativa de solución propuesta a un problema.		
	6.4.4. En el que consideren un problema que sea relevante para ellos.		

Preguntas complementarias

Mencione técnicas alternativas de las que se valió el terapeuta para lograr los objetivos del programa.
Mencione dificultades técnicas para el cumplimiento de las actividades del programa.
Mencione características de los participantes del grupo que limitaron el cumplimiento del programa.
Mencione habilidades en el desempeño del terapeuta que facilitaron el logro de los objetivos.
Mencione debilidades en el desempeño del terapeuta que limitaron el logro de los objetivos.
Mencione situaciones ambientales que dificultaron el logro de los objetivos.

Nombre y firma de quien recabó la información:

A3

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SESIÓN 14
DEL TALLER DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL
PARA PADRES CON ADOLESCENTES DEPRIMIDOS

Nombre del observador:			
Nombre del terapeuta:			
Número de participantes:		Hora de inicio:	
Fecha:	Día: / Mes: / Año:	Hora de término:	

<input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD
	6. Presentación de los contenidos y actividades de la sesión
	1.5. La presentación de los contenidos y actividades de la sesión:
	1.1.3. Es la primera actividad que se realiza en esta sesión.
	1.1.4. Dura 5 minutos. Tiempo que duró: min.
	1.6. El terapeuta da la bienvenida a los padres.
	1.7. El terapeuta escribe en el pizarrón los contenidos a desarrollar en esta sesión.
	1.8. El terapeuta describe de manera breve cada una de las actividades.
	7. Revisión de la tarea
	2.23. La revisión de la tarea es la segunda actividad que se realiza en esta sesión.
	2.24. La revisión de la tarea de práctica de la relajación profunda:
	2.24.1. Es el primer punto que se realiza de la actividad 2.
	2.24.2. Dura 5 minutos. Tiempo que duró: min.
	2.25. El terapeuta revisa el registro de tensión de los padres.
	2.26. El terapeuta refuerza los logros obtenidos con la relajación por mínimos que sean.
	2.27. La revisión de la tarea sobre anticipación de estímulos estresantes:
	2.27.1. Es el segundo punto que se realiza de la actividad 2.
	2.27.2. Dura 20 minutos. Tiempo que duró: min.
	2.28. El terapeuta solicita a los padres que compartan el resultado de su tarea sobre anticipación de estímulos estresantes.
	2.29. Los padres comparten el resultado de su tarea sobre anticipación de estímulos estresantes.
	2.30. El grupo realiza la tarea sobre anticipación de estímulos estresantes.
	2.31. El terapeuta guía la realización de la tarea sobre anticipación de estímulos estresantes.
	2.32. El terapeuta recuerda a los padres la importancia de prever este tipo de situaciones para:
	2.32.1. Prevenir recaídas.
	2.32.2. No exponerse a ellas si no es necesario.
	2.32.3. Usar las nuevas herramientas y estrategias que han adquirido para afrontarlas en caso de ser inevitables.
	8. Elaboración de un plan de vida
	6.5. La elaboración de un plan de vida:
	6.5.1. Es la tercera actividad que se realiza en esta sesión.
	6.5.2. Dura 30 minutos. Tiempo que duró: min.
	6.6. El terapeuta pide a los padres que realicen un plan de vida en el que integren su actuación en la prevención de recaídas de sus hijos.
	6.7. Los padres escriben en las hojas del material de la sesión.
	6.8. El terapeuta señala aspectos desfavorecedores en el plan de vida y de prevención de recaídas.
	6.9. El terapeuta invita a los padres a modificar aspectos desfavorecedores de su plan de vida y de prevención de recaídas.
	6.10. El terapeuta menciona que la modificación de los aspectos desfavorables de un plan de vida y de prevención de recaídas tiene por objetivo garantizar mayor

	probabilidad de éxito.
	7. Identificación de la importancia de apego al tratamiento
	7.1. La identificación de la importancia de apego al tratamiento:
	7.1.1. Es la cuarta actividad que se realiza en esta sesión.
	7.1.2. Dura 10 minutos.
	<i>Tiempo que duró:</i> _____ <i>min.</i>
	7.2. El terapeuta recuerda a los padres la responsabilidad que tienen en:
	7.2.1. El mantenimiento del malestar de sus hijos.
	7.2.2. La promoción del bienestar emocional de sus hijos.
	7.3. El terapeuta señala a los padres que en toda tarea que se emprende, lo importante es:
	7.3.1. La constancia de su conducta en el proceso que esas actividades requieren.
	7.3.2. La confianza que tengan en que la práctica repetida de las habilidades que adquieren les permitirá alcanzar sus metas.
	7.4. El terapeuta recuerda a los padres la importancia de:
	7.4.1. Considerar todos los factores psicológicos antecedentes a la depresión.
	7.4.2. Considerar todos los factores sociales antecedentes a la depresión.
	7.4.3. Considerar todos los factores medioambientales antecedentes a la depresión.
	7.4.4. Considerar todos los factores biológicos antecedentes a la depresión.
	7.4.5. Apoyar de manera activa en todas las áreas mencionadas en 4.4.1-4.4.4.
	7.4.6. Practicar su habilidad para identificar sus estilos de pensamiento.
	7.4.7. Practicar su habilidad para identificar sus estilos de pensamiento relacionados con la interpretación que hacen de los síntomas de sus hijos.
	7.4.8. Buscar evidencia que apoye sus pensamientos.
	7.4.9. Buscar evidencia que desaprobe sus pensamientos.
	7.4.10. Evaluar las ventajas de las alternativas que eligen para afrontar los problemas de sus hijos.
	7.4.11. Evaluar las ventajas de las alternativas que eligen para afrontar los problemas resultantes de la interacción con sus hijos.
	7.4.12. Evaluar las desventajas de las alternativas que eligen para afrontar los problemas de sus hijos.
	7.4.13. Evaluar las desventajas de las alternativas que eligen para afrontar los problemas resultantes de la interacción con sus hijos.
	7.4.14. Verificar que la comunicación con sus hijos sea asertiva.
	7.4.15. Verificar que su comunicación interpersonal sea asertiva.
	7.4.16. Practicar la comunicación asertiva con sus hijos.
	7.4.17. Practicar la comunicación asertiva con todas las personas.
	7.5. El terapeuta recuerda a los padres que para recuperar el funcionamiento neuroquímico normal de sus hijos es importante, respecto del medicamento que les fue indicado, tomarlo:
	7.5.1. De manera constante.
	7.5.2. En la dosis que señaló su médico.
	7.6. El terapeuta recuerda a los padres que la toma de un medicamento:
	7.6.1. No significa que sus hijos estén locos.
	7.6.2. No constituye un riesgo de volver a sus hijos adictos.
	7.6.3. No convierte a sus hijos en personas inútiles.
	7.6.4. No convierte a sus hijos en personas débiles.
	7.6.5. No convierte a sus hijos en personas dependientes.
	7.6.6. No genera cambios indeseables en la personalidad de sus hijos.
	7.6.7. Cubre los puntos 4.6.1-4.6.6 cuando es por indicación médica.
	7.6.8. Cubre los puntos 4.6.1-4.6.6 cuando tiene una función específica en el organismo.
	7.7. Los padres expresan creencias erróneas sobre cualquiera de los elementos del tratamiento.
	7.8. El terapeuta es receptivo:
	7.8.1. De una manera respetuosa.
	7.8.2. A las creencias erróneas que los padres tengan sobre cualquiera de los elementos del tratamiento.
	7.9. El terapeuta aclara dudas sobre cualquiera de los elementos del tratamiento.

	8.		
	8.1. La identificación del significado del tratamiento en su vida:		
	8.1.1. Es la cuarta actividad que se realiza en esta sesión.		
	8.1.2. Dura 25 minutos.	<i>Tiempo que duró:</i>	min.
	8.2. El terapeuta solicita a los padres:		
	8.2.1. En foro abierto.		
	8.2.2. Individualmente.		
	8.2.3. Que respondan las preguntas de su material impreso para esta actividad.		
	8.3. Los padres responden las preguntas de su material impreso para esta actividad.		
	8.4. El terapeuta se muestra atento a que:		
	8.4.1. No existan falsas atribuciones al terapeuta.		
	8.4.2. No existan falsas atribuciones al taller.		
	8.4.3. Haya un adecuado reconocimiento de los esfuerzos de cada uno de los padres en su propia mejoría.		
	8.4.4. Haya un adecuado reconocimiento de los esfuerzos de cada uno de los padres en la mejoría de la interacción con sus hijos.		
	8.4.5. Haya un adecuado reconocimiento de la participación activa de cada uno de los padres en su propia mejoría.		
	8.4.6. Haya un adecuado reconocimiento de la participación activa de cada uno de los padres en la mejoría de la interacción con sus hijos.		
	8.4.7. Atribuyan los resultados obtenidos de la manera más adecuada a cada componente del tratamiento.		
	8.5. Los padres:		
	8.5.1. Hacen reconocen logros debidos al terapeuta.		
	8.5.2. Hacen reconocen logros debidos al taller.		
	8.5.3. Reconocen adecuadamente sus esfuerzos en su propia mejoría.		
	8.5.4. Reconocen adecuadamente sus esfuerzos en la mejoría de la interacción con sus hijos.		
	8.5.5. Reconocen adecuadamente su participación activa en su propia mejoría.		
	8.5.6. Reconocen adecuadamente su participación activa en la mejoría de la interacción con sus hijos.		
	8.5.7. Atribuyen los resultados obtenidos de la manera más adecuada a cada componente del tratamiento.		
	9. Despedida y cierre		
	9.1. La despedida y el cierre del taller:		
	9.1.1. Son la sexta actividad que se realiza en esta sesión.		
	9.1.2. Duran 25 minutos.	<i>Tiempo que duró:</i>	min.
	9.2. El terapeuta permite que los padres expresen abiertamente sus emociones respecto al término del taller.		
	9.3. Los padres expresan abiertamente sus emociones respecto al término del taller.		
	9.4. El terapeuta brinda contención ante inquietudes existentes en los padres.		
	9.5. El terapeuta refuerza:		
	9.5.1. El esfuerzo realizado por los padres durante el proceso.		
	9.5.2. El esfuerzo realizado por los padres a lo largo del proceso.		
	9.5.3. El haber llegado a la conclusión del proceso.		
	9.5.4. El no abandonar la intervención.		
	9.6. El terapeuta explica a los padres que después de lo que aprendieron es muy probable que cuanto más lo practiquen:		
	9.6.1. Se sentirán mejor con ellos mismos.		
	9.6.2. Podrán mejorar la comprensión de sus hijos.		
	9.6.3. Podrán mejorar el apoyo a sus hijos.		
	9.6.4. Podrán mejorar la interacción con sus hijos.		
	9.7. El terapeuta comenta a los padres que es probable que:		
	9.7.1. Se equivoquen.		
	9.7.2. Vuelvan a sentirse tristes, enojados o impotentes.		
	9.8. El terapeuta explica las recaídas mediante una analogía entre éstas y el proceso de aprendizaje de conducción de una bicicleta.		
	9.9. El terapeuta recuerda a los padres que es muy importante que:		

	9.9.1. Practiquen las actividades.
	9.9.2. Que sepan siempre que lo que piensan depende de ellos mismos.
	9.9.3. Que sepan siempre que lo que sienten depende de ellos mismos.
	9.9.4. Que sepan siempre que lo que hacen depende de ellos mismos.
	9.10. El terapeuta felicita a los padres por:
	9.10.1. Haber terminado exitosamente el taller.
	9.10.2. Que se hayan graduado.
	9.11. El terapeuta reconoce verbalmente la participación de cada padre.
	9.12. El terapeuta pide un aplauso para:
	9.12.1. Todos los padres.
	9.12.2. Cada uno de los padres.
	9.13. Los padres reciben un aplauso.
	9.14. El terapeuta solicita a los padres que respondan el cuestionario de observaciones sobre el proceso terapéutico:
	9.14.1. Por escrito.
	9.14.2. En forma anónima.
	9.15. El supervisor aplica el cuestionario de observaciones sobre el proceso terapéutico.
	9.16. Los padres responden el cuestionario de observaciones sobre el proceso terapéutico:
	9.16.1. Por escrito.
	9.16.2. En forma anónima.
	9.17. El terapeuta no está presente durante la aplicación del cuestionario de de observaciones sobre el proceso terapéutico.
	9.18. El supervisor enfatiza la importancia de la honestidad de los padres para mejorar intervenciones futuras.
	9.19. El supervisor pide a los padres que permanezcan para la aplicación de la batería psicométrica del proyecto.
	9.20. Los padres permanecen para la aplicación de la batería psicométrica del proyecto.
	9.21. El supervisor aplica la batería psicométrica del proyecto.

Apéndice B

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

Consentimiento Informado

Por medio de este documento, mi hijo (a) y yo (cuidador principal y responsable legal del menor), damos de manera totalmente voluntaria nuestro consentimiento para participar en el proyecto de investigación titulado:

“Intervención cognitivo conductual con padres de adolescentes deprimidos: Efecto en la reducción de síntomas, interacción padres-hijos y bienestar subjetivo”

Después de que se nos explicó ampliamente que:

1. El objetivo del estudio es evaluar cuál es el tratamiento más eficaz para tratar a los adolescentes deprimidos como mi hijo(a), y que le ayude a disminuir sus síntomas (sus problemas emocionales), mejorar la relación con sus padres y mejorar su funcionamiento en general.
2. Le puede tocar a mi hijo, al azar, sólo uno de tres tipos diferentes de tratamiento que se están comparando, todos los que ya se ha demostrado que son muy eficientes, pero que no se han comparado para saber cuál es mejor.

Las opciones de tratamiento son:

- 1) Que mi hijo tome sólo medicamento durante el tiempo que el médico indique.
 - 2) Que mi hijo tome medicamento y asista a una psicoterapia de grupo con otros adolescentes deprimidos, una vez a la semana, durante dos horas, en 14 ocasiones.
 - 3) Que mi hijo tome medicamento y asista a psicoterapia de grupo, y que yo como padre (madre o cuidador principal), recibamos el mismo día que él pero en un grupo de papas atendidos por otra terapeuta, una intervención llamada cognitivo conductual. La intervención consiste en que nos brinden educación (información) sobre el desarrollo normal de mi hijo y sobre las características de su enfermedad, además de que nos ayuden a mejorar la forma de relacionarnos y comunicarnos con ellos, a relajarnos, a identificar y cambiar nuestros pensamientos negativos sobre lo que les pasa y cómo actúan, a tratar de negociar con ellos y solucionar de una mejor manera nuestros conflictos, y finalmente a identificar cuándo pueden tener una recaída y que hacer en esos casos.
Igualmente asistiré una vez a la semana, durante 14 sesiones de 2 horas.
3. En cualquiera de las tres opciones, el médico responsable del tratamiento de mi hijo durante el tiempo que dure el estudio, será la Dra. Ma. del Carmen Beltrán Rodríguez. La doctora es la investigadora principal del proyecto, es médico adscrito a la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” y es médico psiquiatra especializada en la atención de niños y adolescentes, con experiencia de 19 años.
Al concluir el estudio continuará mi tratamiento en el hospital a cargo de otro médico psiquiatra de niños y adolescentes encargado de la atención de los adolescentes dentro del hospital.
 4. En caso de aceptar, me comprometo a seguir las instrucciones de la Dra. Beltrán, y antes de realizar cualquier cambio en el manejo de mi hijo se lo informaré a ella, a fin de poder garantizar los mejores beneficios para mi hijo. Para poder

mantener esta comunicación sé que me puedo comunicar con ella cualquier día y a cualquier hora al teléfono 0445513921586.

5. Aunque esté participando en un estudio de investigación, sigo siendo paciente del hospital, por lo cual tengo la misma posibilidad que cualquier otro paciente de asistir a los diferentes servicios que el hospital otorga como: trabajo social, **urgencias**, dental, etc. cuyos teléfonos aparecen al reverso de mi carnet. Aunque sí se lo debo hacer saber a mi doctora para que lo registre en el expediente de mi hijo.
6. La participación de mi hijo y mía consistirá aparte de recibir uno de los tres tipos de tratamiento mencionados, en llenar los siguientes cuestionarios:

Hijo

- a) Youth Self-Report: sirve para saber si tiene depresión u otros tipos de problemas mentales, y para saber cómo funciona en su vida diaria.
- b) Inventario de depresión de Beck: permite conocer cuáles son y cuál es la gravedad de los síntomas depresivos de mi hijo.
- c) EMBU: permite saber cómo percibe la forma en que se relaciona con nosotros como padres.
- d) EMMBSAR: Permite detectar que tan bien se siente mi hijo con su calidad de vida.

Padre

- a) CBCL 6-18: sirve para que yo de mi punto de vista al médico sobre los problemas que detecto en las emociones o en la conducta de mi hijo.
- b) SCL-90-R: Le permitirá al doctor identificar si yo tengo alguna molestia que esté dificultando la relación con mi hijo y en la que también pueda recibir apoyo.

Los cuestionarios los deberé llenar en 4 diferentes ocasiones, es decir, antes de iniciar el tratamiento para saber en qué condiciones llega mi hijo; el día que termine su terapia; tres meses y seis meses después de terminar su tratamiento (o después de haber iniciado el medicamento si no toma terapia), para verificar si el tratamiento funcionó como esperábamos nosotros.

No obstante, aparte de la libre comunicación telefónica, tendré citas con la Dra. Beltrán cada 15 días, para vigilar de manera más estrecha la evolución de mi hijo.

7. En cualquiera de los tipos de tratamiento, el principal riesgo que corre mi hijo es que no muestre una buena respuesta, lo que le haré saber a la doctora Beltrán, quien igualmente me hará saber los pasos a seguir para garantizar siempre el bienestar de mi hijo.
8. También sé que la adecuada atención de mi hijo dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil, no está sujeta a mi participación en este estudio, por lo que en cualquier momento mi hijo y yo podemos decidir no continuar en el estudio y seguir contando con los beneficios y calidad de atención convencional que brinda el hospital, sin represalia alguna por ello. Lo cual de todas formas se lo debo informar a la Dra. Beltrán para que me pueda enviar con otro médico responsable de mi hijo en la consulta externa del hospital.
9. Los resultados que se obtengan en los instrumentos que conteste serán integrados al expediente clínico de mi hijo, por lo que como en el caso de cualquier otro paciente, esta información será confidencial y estará restringida para el uso exclusivo del hospital y sólo en forma de cifras para el informe de los resultados de la investigación.

10. Los beneficios que puedo obtener de este estudio es que mi hijo reciba una atención más inmediata, más continua, y con un estudio más profundo de su caso. Con un seguimiento más estrecho para detectar cualquier eventualidad y resolverla, Además de los beneficios que en sí le brinde su tipo de tratamiento al reducir el número y gravedad de sus síntomas, al mejorar su nivel de funcionamiento general y al mejorar la interacción entre ellos como hijos y nosotros como padres.

_____ Nombre y firma del paciente	_____ Fecha
_____ Nombre y firma del padre o tutor	_____ Fecha
_____ Nombre y firma del investigador	_____ Fecha
_____ Nombre y firma del testigo	_____ Fecha

Apéndice C

Comorbilidad presente con base en la escala de problemas orientados al DSM de la
batería de Achenbach

Problemas orientados al DSM del YSR														
Rango	Ansiedad		Somáticos		Déficit de atención		Oposicionismo		Conducta		TOC		TEPT	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Clínico	42	32	25	19	33	25	44	33	48	36	26	19.7	57	43
Borderline	17	13	30	23	29	22	35	27	30	23	24	18.2	32	24
Total	59	45	55	42	62	47	79	60	78	59	50	37.9	89	67
Problemas orientados al DSM del CBCL/6-18														
Clínico	71	53	54	40	50	37	51	38	43	32	55	41	80	60
Borderline	23	17	14	10	32	24	34	25	46	34	23	17	35	26
Total	94	70	68	50	82	61	85	63	89	66	78	58	115	86

Apéndice D

Cédula de datos generales

No. De expediente _____

Nombre del paciente _____

No. De registro del proyecto en el hospital PT4/02/0109

Edad del paciente _____ Escolaridad _____ Sexo F () M ()

Ocupación _____ Religión _____

No- de hijo _____

Cuidador principal que participa _____ Parentesco _____

Composición familiar _____

Dx. De ingreso en urgencias _____

Dxs. Comórbidos _____

Tiempo de evolución del trastorno _____

No. De episodios depresivos previos _____

Intentos suicidas, ideas suicidas y autolesiones previos _____

TRATAMIENTOS PREVIOS

Farmacológico _____

Psicoterapéutico _____

Intervenciones psicosociales _____

TRATAMIENTOS ACTUALES

Farmacológico _____

Psicoterapéutico _____

Intervenciones psicosociales _____

Inventario de Depresión de Beck

Pre-tratamiento (/ /) Total _____ *

Post-tratamiento (/ /) Total _____ *

Seguimiento 3 meses (/ /) Total _____ *

YSR

Pre-tratamiento (/ /) Total _____ *

Post-tratamiento (/ /) Total _____ *

Seguimiento 3 meses (/ /) Total _____ *

EMMBSAR

Pre-tratamiento (/ /) Total _____ *

Post-tratamiento (/ /) Total _____ *

Seguimiento 3 meses (/ /) Total _____ *

CBCL/6-18

Pre-tratamiento (/ /) Total _____ *

Post-tratamiento (/ /) Total _____ *

Seguimiento 3 meses (/ /) Total _____ *

EMBU

Pre-tratamiento (/ /) Total _____ *

Post-tratamiento (/ /) Total _____ *

Seguimiento 3 meses (/ /) Total _____ *

SCL-90-R

Pre-tratamiento (/ /) Total _____ *

Post-tratamiento (/ /) Total _____ *

Seguimiento 3 meses (/ /) Total _____ *

CITAS PROGRAMADAS

| FECHA |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Apéndice E

Plan general de intervención cognitivo conductual dirigida a adolescentes con depresión y sus cuidadores principales

Sesión (2 horas)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Presentación y psicoeducación														
Aumento de habilidades sociales														
Relajación														
Reestructuración cognitiva														
Solución de conflictos y negociación														
Mantenimiento de beneficios y prevención de recaídas														

Apéndice F

Resumen del Análisis de Varianza de una Vía (ANOVA) de los instrumentos aplicados en el pre-test a adolescentes y padres, se resalta en negritas las variables dependientes objeto de estudio para cada instrumento

Tabla F1

Análisis de varianza de una vía para el Inventario de Depresión de Beck en pre-test

Fuente	<i>gl</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Entre grupos	2	279.74	139.87	1.379
Intra grupos	129	13080.227	101.39	
Total	131	13359.97		

* $p < .05$

Tabla F2

Resumen del análisis de varianza de una vía para el YSR

Dimensiones	Condición experimental			ANOVA
	Fluoxetina	Adolescentes	Padres	Pre-test <i>F</i> (2,132)
Competencia				
Actividades	37.68	39.22	36.86	.48
Social	33.50	35.84	34.40	.54
Académica	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>	<i>a</i>
Total	30.11	30.13	27.84	.46
Sx-Internalizado				
Ansiedad/Depresión	66.93	70.06	67.68	.92
Aislacionismo/Depresión	68.02	69.20	66.97	.44
Quejas Somáticas	64.77	63.29	65.54	.67
Problemas Sociales	64.75	67.31	63.59	1.89
Problemas de Pensamiento	57.75	63.09	62.36	4.74** _b
Problemas de Atención	65.47	71.09	69.02	2.71
Sx. Externalizados				
Violación de Reglas	60.04	62.70	63.81	3.25*
Agresividad	67.06	70.00	67.84	1.81
Problemas Internalizados	68.52	69.40	68.25	.17
Problemas Externalizados	64.77	67.50	65.77	1.33
Problemas Afectivos-DSM	68.18	70.43	70.52	.71
Problemas Ansiosos-DSM	63.29	64.68	63.88	.29
Problemas Somáticos-DSM	62.70	61.31	64.25	1.14
Problemas TDAH-DSM	61.88	64.38	63.09	1.09 _b
Problemas Oposicionista Desafiantes	64.13	65.88	64.27	.60
Problemas Obsesivo-Compulsivos	59.54	63.81	62.47	3.03 _b
Problemas de Conducta	64.72	67.77	66.61	1.36
Problemas de Estrés Post-Traumático	68.31	70.72	68.75	.752
Cualidades Positivas	45.40	42.20	46.65	2.62

Nota. La media de los grupos está expresada en puntajes T.

a Sin datos suficientes para computarse

b No se encontró homogeneidad de varianza, por lo que la comparación de medias se realizó con la prueba de Brown-Forsythe.

* $p \leq .05$

** $p \leq .01$

Tabla F3

Resumen del análisis de varianza de una vía para el EMBU

Dimensiones	Condición experimental						ANOVA
	Fluoxetina		Adolescentes		Padres		Pre-test
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i> (2,132)
Calidez paterna	49.65	8.72	48.83	9.44	51.82	11.83	.84
Rechazo paterno	47.89	8.53	51.08	10.39	50.94	10.94	1.15
Calidez materna	51.48	7.87	49.00	11.44	49.53	10.39	.70 ^a
Rechazo materno	47.56	8.87	50.74	9.80	51.75	10.97	2.02

Nota. La *M* y *DE* de los grupos están expresadas en puntajes T.

* $p < .05$

^a No se encontró homogeneidad de varianza, por lo que la comparación de medias se realizó con la prueba de Brown-Forsythe.

Tabla F4

*Resumen del análisis de varianza de una vía para el**EMMBSAR*

Dimensión	Condición experimental						ANOVA Pre-test <i>F</i> (2,132)
	Fluoxetina		Adolescentes		Padres		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
ENII	47.05	11.22	52.40	8.17	50.55	9.84	3.36*
EPII	48.44	11.31	49.64	9.40	51.81	9.19	1.25
EENI	48.89	11.00	51.86	9.04	49.23	9.90	1.15
EEPI	46.96	9.39	52.41	10.37	50.63	9.64	3.52*
ENIF	47.88	11.30	52.22	8.12	49.91	10.05	2.11
EPIF	49.45	10.62	48.60	9.90	52.00	9.39	1.33
EENF	49.89	10.25	51.09	9.57	49.05	10.32	.45
EEPF	47.50	9.77	52.35	9.88	50.16	9.98	2.65
CF	51.90	8.66	48.27	10.29	49.91	10.77	1.42
LOG	51.99	9.90	48.14	9.60	49.92	10.34	1.63
INSE	50.19	9.29	48.21	10.08	51.56	10.53	1.23
INSR	51.33	9.31	48.15	11.37	50.49	9.16	1.12
EDU	52.14	8.91	49.41	9.14	48.48	11.56	1.57
REL	51.91	9.35	48.27	9.34	49.76	11.11	1.43
CAVI	51.16	7.90	49.72	10.25	49.13	11.64	.47

Nota. ENII = Emoción Negativa Intrínseca, Intensidad; EPII = Emoción Positiva Intrínseca, Intensidad; EENI = Emoción Expresiva Negativa, Intensidad; EEPI = Emoción Expresiva Positiva, Intensidad; ENIF = Emoción Negativa Intrínseca, Frecuencia; EPIF = Emoción Positiva Intrínseca, Frecuencia; EENF = Emoción Expresiva Negativa, Frecuencia; EEPF = Emoción Expresiva Positiva, Frecuencia; CL = Clima Familiar; LOG = Logro, INSE = Interacción Social Expresada; INSR = Interacción Social Recibida; EDU = Educación; REL = Religión; y CAVI = Calidad de Vida.

La prueba de Tukey HSD revela que la intensidad de la Emoción Negativa Intrínseca y la intensidad de la Emoción Expresada Positiva fueron mayores para el grupo B con respecto al A únicamente.

La *M* y *DE* están expresadas en puntajes *T*.

* $p \leq .05$

Tabla F5

Resumen del análisis de varianza de una vía para el CBCL/6-18

DIMENSIONES	Condición experimental			ANOVA Pre-test F(2,132)
	Fluoxetina	Adolescentes	Padres	
COMPETENCIA				
Actividades	32.42	31.65	34.45	.84
Social	32.34	33.44	33.40	.31
Académica	33.90	37.67	34.18	.89
Total	23.68	24.62	23.31	.14
Sx-INTERNALIZADO				
Ansiedad/Depresión	71.34	74.07	70.81	1.26
Aislacionismo/Depresión	71.11	72.37	73.88	.71
Quejas Somáticas	67.18	69.44	70.97	1.75
PROBLEMAS SOCIALES	67.70	69.93	68.18	.94
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	64.02	68.60	68.50	.3.77* _a
PROBLEMAS DE ATENCIÓN	67.70	69.11	69.81	.45
SX. EXTERNALIZADOS				
Violación de Reglas	63.86	65.51	65.68	.86
Agresividad	70.09	70.81	71.18	.11
PROBLEMAS INTERNALIZADOS	71.40	73.44	72.95	.96
PROBLEMAS EXTERNALIZADOS	67.04	68.69	68.59	.59
PROBLEMAS AFECTIVOS-DSM	73.36	77.16	77.06	3.30* _b
PROB. ANSIOSOS-DSM	66.40	68.16	67.43	.62
PROBLEMAS SOMÁTICOS-DSM	64.09	65.18	67.45	1.32
PROB.TDAH-DSM	65.11	66.16	65.61	.18
PROB.OPOSICIONISTA DESAF	65.81	67.67	68.11	.95
PROB.OSESIVO-COMPULSIVO	66.79	69.62	67.72	.72
PROB. CONDUCTA	65.79	67.30	67.34	.46
PROB. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	71.84	73.88	75.06	1.08
TIEMPO COGNITIVO LENTO	64.59	67.37	68.25	2.49

Nota. La media de los grupos está expresada en puntajes T.

a En la prueba post hoc de Tukey se detecta una diferencia significativa entre los grupos de fluoxetina y adolescentes solamente con un mayor número de problemas de pensamiento en el grupo de adolescentes.

b Al realizar la prueba post hoc de Tukey no se encuentran diferencias significativas entre ningún par de medias de los diferentes grupos ($p > .05$).

* $p \leq .05$

Tabla F6

Resumen del análisis de varianza de una vía para el SCL-90-R

Dimensiones	Condición experimental						ANOVA
	Fluoxetina		Adolescentes		Padres		Pre-test
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i> (2,132)
Somatizaciones	51.19	10.71	48.58	8.48	50.28	10.87	.76
Obsesiones	49.20	10.73	49.80	8.83	51.02	10.48	.37
Sensitividad Interpersonal	51.14	11.28	48.35	8.58	50.74	10.22	.98
Depresión	51.21	10.70	48.32	8.87	50.82	10.38	1.07
Ansiedad	52.03	11.49	48.45	8.33	49.65	10.22	1.42 _a
Hostilidad	50.73	11.11	47.51	8.63	51.75	10.06	2.16
Ansiedad Fóbica	51.65	10.25	47.27	7.91	51.32	11.22	2.66 _a
Paranoia	50.33	10.49	48.46	8.37	51.47	11.07	1.00
Psicosis	50.92	11.32	48.21	8.20	50.92	10.62	1.04
Ítems adicionales	51.05	10.48	48.05	8.80	50.89	10.59	1.25
IGS	51.06	11.27	48.08	8.18	50.89	10.55	1.21 _a
PSDI	50.41	9.53	48.56	9.86	51.43	10.65	.92
TP	51.49	11.49	48.42	9.00	50.09	9.30	1.03

Nota. La *M* y *DE* está expresada en puntajes T.

IGS = Índice Global de Severidad, PSDI = Índice Positivo de Malestar, TP = Total de Síntomas Positivos.

^a En estos casos para la comparación de medias se aplicó la prueba de Brown-Forsythe, dado que no existió homogeneidad de varianza.

Los valores normativos establecidos por el instrumento para considerar patología severa son puntajes T iguales o superiores a 80, y para considerar casos en riesgo son puntajes T iguales o superiores a 65 (Casullo, 2004).