



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

**FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES:
UNA PROPUESTA DE PREVENCIÓN.**

Tipo de investigación: Teórico

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MARÍA BERNARDITA PACHECO PÉREZ TELLO



Director: Dra. Sandra Cerezo Reséndiz
Dictaminador: Lic. Gustavo Montalvo Martínez

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 29 de noviembre 2017



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.

INDICE

Introducción.....	3
1. Capítulo 1 Depresión.....	7
1.1. Concepto de depresión.....	7
1.2. Tipos de depresión.....	9
1.3. Niveles de la depresión.....	10
1.4. Síntomas de la depresión.....	13
1.5. Consecuencias de la depresión.....	21
1.6. Estadísticas de depresión.....	25
2. Capítulo 2 Factores de riesgo de depresión en adolescente.....	30
2.1. Adolescencia.....	30
2.2. Factores de riesgo.....	36
2.2.1. Factores culturales.....	37
2.2.2 Factores sociales.....	37
2.2.3 Disfunción familiar.....	40
2.2.4 Factores comórbidos, biológicos y neurológicos.....	41
2.2.5 Factores psicológicos.....	44
2.2.6 Factores de género.....	45
3. Capítulo 3 Tratamientos para la depresión	49
3.1. Tratamiento médico y/o psiquiátrico.....	49
3.2. Tratamientos psicológicos.....	51

3.2.1. Tratamientos cognitivos conductuales.....	52
3.2.2. Reestructuración cognitiva.....	60
3.2.3. Terapia Racional Emotiva (TRE).....	62
3.3. Tratamiento psicoanalítico.....	64
3.4. Terapia Humanística.....	69
3.5. Terapia de la Gestalt.....	70
3.6. Terapia Sistémica.....	70
3.7. Programas para atender la depresión.....	75
3.8. Intervenciones grupales sobre la depresión.....	77
3.9. Cohesión grupal en intervenciones sobre la depresión.....	78
Propuesta de prevención de la depresión en adolescentes.....	81
Justificación.....	81
Metodología.....	84
Cartas descriptivas.....	86
Conclusiones.....	87
Referencias.....	90

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones, más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma impiden que muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir vidas saludables y productivas (OMS 2017).

Considerando que la depresión afecta a personas de todas las edades y condiciones sociales y de todos los países, además que provoca angustia mental y afecta a la capacidad de las personas para llevar a cabo incluso las tareas cotidianas más simples y que son situaciones que se dan día a día en el ir y venir de la población mundial aumentando paulatinamente, es importante atenderla por todos los medios, detenerla y prevenirla.

Para detener los números que se incrementan considerablemente, es necesario saber todo en relación a los antecedentes, cifras, características, causas y sobre todo un modo de poder prevenirla.

Es increíble la gran cantidad de personas que sufren este padecimiento y es increíble también que muchos no lo sabemos y que además si lo imaginamos, no somos capaces de acudir a un centro de salud donde puedan apoyarnos en ese aspecto; aunado a esto, el estigma social que auyenta más la posibilidad de buscar un tratamiento efectivo.

Lo más lamentable de todo es la gran incapacidad que causa en las personas con este padecimiento, así como lo informa la OMS “La depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas. Además, las personas con depresión suelen presentar varios de los siguientes síntomas:

pérdida de energía; cambios en el apetito; necesidad de dormir más o menos de lo normal; ansiedad; disminución de la concentración; indecisión; inquietud; sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza; y pensamientos de autolesión o suicidio (OMS 2017).

Es por lo anterior que debemos seguir investigando más sobre este padecimiento y tratar de buscar formas de convencer a la sociedad de la gran necesidad de buscar tratamientos accesibles y eficaces, además de enfrentar los estigmas y cualquier otro impedimento para subsanar el daño social. Además de esto, hacer ver a las autoridades en salud y gobiernos la imperante necesidad de invertir más en este rubro de salud pública, dado que está resultando más costoso la enfermedad y sus consecuencias sociales, que el tratamiento y prevención misma.

La depresión de por sí es difícil enfrentarla, pero si hablamos de la adolescencia y los adultos en edad productiva, más que difícil, es duro saber que tanto nuestros adolescentes que son la construcción de un futuro cercano y los adultos jóvenes que son el desarrollo económico y social del país, estén abatidos por una enfermedad tan discapacitante, cuando ellos deberían estar 100 por ciento sanos física y emocionalmente para tomar el rumbo y control de su vida futura y del desarrollo pleno de la sociedad.

Es por eso que dedico mi trabajo a este padecimiento para saber cómo podemos enfrentarlo, curarlo y prevenirlo; sobre todo porque me afecta mucho saber cómo han ido en aumento las cifras, ya millonarias hoy en día, también saber cuántas personas día a día toman decisiones letales, que no sólo terminan con sus vidas, sino resquebrajan toda esperanza de ver la diferencia entre la enfermedad mental y la salud.

De continuar con esta indiferencia al respecto, las cifras aumentarán de manera acelerada dada la presión social, cultural y económica que vivimos en la actualidad; y considerando, que los factores naturales y cambio climático podría afectar también la estabilidad emocional con la avanzada negatividad de las

personas, además de la creciente ola de enfermedades nuevas, alergias y síndromes, no podemos descartar un aumento acelerado en este rubro, entre otros; aunado a que la OMS ha identificado fuertes vínculos entre la depresión y otros trastornos y enfermedades no transmisibles, ya que la depresión aumenta el riesgo de trastornos por uso de sustancias y enfermedades como la diabetes y las enfermedades del corazón; lo contrario también es cierto, lo que significa que las personas con estas otras condiciones tienen un mayor riesgo de depresión (OMS 2017).

Capítulo 1. Depresión

1.1 Concepto de depresión

La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar. Muchas personas con una enfermedad depresiva nunca buscan tratamiento. Pero la gran mayoría, incluso aquellas con los casos más graves de depresión, pueden mejorar con tratamiento. Intensas investigaciones de la enfermedad han resultado en el desarrollo de medicamentos, psicoterapias, y otros métodos para tratar a las personas con este trastorno incapacitante. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. (Instituto Nacional de Salud Mental, 2009).

La depresión se caracteriza por ser un “hundimiento vital” en el que se sufre en todo el ser, se sufre por vivir. El hecho de la depresión es universal, pero su manifestación sintomática es diferente en las diversas culturas. En occidente, la depresión constituye el fenómeno epidemiológico más importante, con tendencia a crecer. Podríamos decir que la frustración derivada del individualismo occidental lleva a la depresión, y ésta a la drogadicción. Estudiar, pues, la depresión nos permite comprender al hombre actual, desde su dimensión más frágil, como ser práctico y mortal (Aguirre 2008).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la depresión se define como un trastorno del estado de ánimo en el que predomina el humor disfórico, con presencia de síntomas físicos, afectivos y emocionales como insomnio, falta de concentración, irritabilidad y pérdida de interés o insatisfacción en todas o en casi todas las actividades (Veytia y cols. 2012).

Estrada y cols (2015), definen la depresión como la afectación del estado de ánimo que engloba sentimientos negativos como la tristeza, la desilusión, la frustración,

la desesperanza, la indefensión, la inutilidad y la infelicidad, en el que se pierde la satisfacción de vivir y la energía para recuperar el bienestar.

A escala mundial, la incidencia de esta enfermedad es hasta 2 veces más frecuente en mujeres que en hombres. Se presenta en todas las culturas y clases sociales. Este estado emocional implica no sólo respuestas afectivas o cognitivas en la persona que la vive, sino también cambios fisiológicos profundos, que en parte pueden depender del perfil genético individual. Es una de las enfermedades que independientemente de su mayor o menor gravedad, implica rechazo social. La actitud frente a dicha patología está más relacionada con la amenaza de bochorno o pérdida de prestigio social que con el riesgo biológico que se le atribuye (Estrada y cols 2015).

La depresión a menudo coexiste con otras enfermedades, como lo hace ver el Instituto Nacional de Salud Mental, (2009), que tales enfermedades pueden presentarse antes de la depresión, causarla, y/o ser el resultado de esta. Es probable que la mecánica detrás de este cruce entre la depresión y otras enfermedades difiera según las personas y las situaciones. No obstante, estas otras enfermedades concurrentes deben ser diagnosticadas y tratadas. Los trastornos de ansiedad, tales como el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la fobia social, y el trastorno de ansiedad generalizada, acompañan frecuentemente a la depresión. Las personas que padecen trastorno de estrés postraumático están especialmente predisuestas a tener depresión concurrente; igualmente, el Instituto Nacional de Salud Mental, (2009), nos hace ver que el trastorno de estrés postraumático es una enfermedad debilitante que puede aparecer como resultado de una experiencia aterradora o muy difícil, tal como un ataque violento, un desastre natural, un accidente, un ataque terrorista, o un combate militar. Las personas con trastorno de estrés postraumático a menudo reviven el suceso traumático con escenas retrospectivas (retroceso al pasado), recuerdos, o pesadillas. Otros síntomas incluyen irritabilidad, arrebatos de ira, profundo sentimiento de culpa, y evasión de pensamientos o conversaciones sobre la experiencia traumática. El abuso o la dependencia del alcohol o de otras sustancias también pueden ser

coexistentes con la depresión. De hecho, investigaciones han indicado que la coexistencia de trastornos del ánimo y la adicción a sustancias son dominantes entre la población de los Estados Unidos.

1.2 Tipos de depresión

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico. El trastorno depresivo grave, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida (Instituto Nacional de Salud Mental, 2009).

El Trastorno depresivo recurrente, se caracteriza por repetidos episodios de depresión; durante estos episodios, hay estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica (Organización Mundial de la Salud 2017).

El trastorno bipolar, también llamado enfermedad maniaco depresiva, no es tan común como la depresión grave o la distimia. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo que van desde estados de ánimo muy elevado (por ejemplo, manía) a estados de ánimo muy bajo, por ejemplo, depresión. (Instituto Nacional de Salud Mental, 2009).

El trastorno distímico, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las

personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas (Instituto Nacional de Salud Mental, 2009).

Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. Estas incluyen: Depresión psicótica, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios (Instituto Nacional de Salud Mental, 2009).

La depresión posparto, es otra de las investigaciones del Instituto Nacional de Salud Mental, (2009) que expresa que cuando se diagnostica a una mujer que ha dado a luz recientemente, sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Ante esto, se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz.

El trastorno afectivo estacional, se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar, (avalado por el Instituto Nacional de Salud Mental 2009), la depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano. El trastorno afectivo estacional puede tratarse eficazmente con terapia de luz, pero aproximadamente el 50% de las personas con trastorno afectivo estacional no responden solamente a la terapia de luz. Los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia pueden reducir los síntomas del trastorno afectivo estacional, ya sea de forma independiente o combinados con la terapia de luz.

Algunos tipos de depresión tienden a transmitirse de generación en generación, lo que sugiere una relación genética (Instituto Nacional de Salud Mental, 2009).

1.3 Niveles de la depresión

Sanz y cols., (2014) manejan algunos criterios y escalas para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-II

(BDI-II); este uso de criterios o de referencia para distinguir distintos niveles de sintomatología son puntuaciones habituales en una serie de instrumentos psicopatológicos y responde a una tradición clínica sobre la utilidad de diferenciar niveles sindrómicos en función del número de síntomas presentes y su intensidad. Por ejemplo, el DSM-IV clasifica así el episodio depresivo mayor en función de su gravedad: “La gravedad se considera leve, moderada o grave en base al número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar. Los episodios leves se caracterizan por la presencia de sólo cinco o seis síntomas depresivos y por una incapacidad leve o por una capacidad de función normal, pero a costa de un esfuerzo importante e inhabitual. Los episodios graves sin síntomas psicóticos se caracterizan por la presencia de la mayoría de los síntomas de los criterios y por una incapacidad evidente y observable (p. ej., incapacidad para trabajar o para cuidar de los hijos). Los episodios moderados tienen una gravedad intermedia entre los leves y los graves” (APA, 1995, p. 385, citado en Sanz y cols., 2014).

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones (Organización Mundial de la Salud 2017).

En la depresión leve se encuentra ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y aumento de la fatigabilidad; al menos dos de estos tres deben estar presentes y al menos dos de los otros síntomas, ninguno en grado intenso; la duración será al menos de dos semanas y puede presentarse con síntomas somáticos o sin ellos. Estudio transversal, descriptivo, UNMSM, (Rosas y cols., 2011).

En la depresión moderada estarán presentes al menos dos de los tres síntomas descritos para episodios leves, así como tres (preferiblemente cuatro) de los otros síntomas, varios en grado intenso, aunque no es esencial; la duración será al menos de dos semanas; un enfermo con episodio moderado suele tener grandes dificultades para continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica (Rosas y cols. 2011).

En la depresión grave, el enfermo suele presentar angustia o agitación considerables, a menos que la inhibición sea una característica marcada; deben estar presentes los tres síntomas típicos y además cuatro de los otros síntomas, los cuales serán de intensidad grave; sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o inhibición psicomotriz, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle; el episodio debe durar normalmente dos semanas para diagnosticarlo; sin embargo, si los síntomas son particularmente graves y de inicio rápido, puede justificarse una duración menor (Rosas y cols 2011).

De acuerdo a Rosas y cols (2011), el programa de Salud Mental de la OMS, elaboró la Décima versión de la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10) Mediante los siguientes códigos:

- F30-39, que corresponde a Trastornos del Humor (Afectivos) en donde se señalan los niveles de episodios depresivos.
- (F32) episodios depresivos leve, moderado y grave, especificándose si presentan o no síntomas somáticos; Trastorno depresivo recurrente.
- (F33), Trastornos del humor (afectivos) persistentes.
- (F34): ciclotimia, distimia y otros. Indica que el trastorno depresivo recurrente se caracteriza por la aparición repetida de depresión y se pueden presentar rasgos de episodios depresivos, leves, moderados o graves.

En el estudio de “características sociodemográficas y niveles de depresión” en estudiantes ingresantes a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú (UNMSM) a través de la escala CES-D, realizado por Riveros (2003), se encontró que de una muestra 382 alumnos el 40% está propenso a desarrollar un cuadro depresivo, de los cuales 37 casos obtuvieron puntajes elevados de depresión y 118 casos con puntajes intermedios o propensos a desarrollar cuadros depresivos. Las variables independientes fueron: edad, sexo, estado civil, facultad, programa, nivel académico y socioeconómico, actividad laboral, procedencia, residencia actual, pérdidas y satisfacción con la carrera. (Hernández y Rivera 2007).

1.4 Síntomas de la depresión

Es importante agregar que no todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular (Instituto Nacional de Salud Mental, 2009).

Para Cárdenas y cols (2010), el trastorno depresivo mayor (TDM) está caracterizado por la presencia de diferentes síntomas que tienen que ver con la tristeza, alteraciones cognitivas y síntomas somáticos. Los niños o adolescentes que presentan experimentan ánimo bajo, que a diferencia de los adultos se manifiesta principalmente con irritabilidad, incapacidad para disfrutar de las cosas que les gustan, problemas para estar concentrados en comparación con el funcionamiento previo, fallas de atención, ideas de ser menos valiosos que otros, aislamiento, disminución del rendimiento escolar, pérdida de aumento notable del apetito, con falta de incremento ponderal esperado por su edad y sexo, labilidad emocional, llanto fácil, alteraciones en el sueño y la energía, dificultad para pensar en el futuro y cuando es grave puede haber intentos suicidas o síntomas de psicosis, consistentes en alucinaciones TDM (alteraciones somatosensoriales) o delirios (creencias falsas). La duración de los síntomas es de al menos dos

semanas y representa un malestar importante para el chico con un deterioro de varias de las áreas de su vida cotidiana.

En la clasificación Internacional de Enfermedades Mentales y del Comportamiento CIE-10 (1992), citado en Rosas y cols. (2011), los trastornos depresivos están clasificados entre los trastornos del humor (afectivos). La depresión se caracteriza por el abatimiento, desgano, retracción, tristeza, tendencia al llanto, pérdida del interés por el mundo externo, notoria disminución de la capacidad de experimentar placer (anhedonia), presencia de trastornos funcionales y de un sueño inquieto y despertares frecuentes, que hace que el paciente se incorpore con frecuencia en la madrugada, siendo muy difícil reiniciar el sueño. El pensamiento es lento, rumiante y monotemático, hasta con una vivencia delirante de ruina y necesidad de castigo. Estos síntomas pueden ser expresiones de diferentes trastornos depresivos. Para las personas que lo padecen, el tiempo se les torna interminable; es una oscura y angustiosa pesadilla de la que se quiere despertar. Esta frase ya empieza a significar la dimensión temporal del padecer psíquico, los trastornos del sueño y las fantasías suicidas. Más de 15% de los deprimidos internados muere por suicidio, así como es importante conocer que los pacientes deprimidos se tornan más vulnerables a las enfermedades, al dolor, y decrece su desempeño físico, individual y social.

De acuerdo a Rosas y cols (2011), en el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría de EE UU (DSM-IV 2000), se considera que un paciente sufre de depresión si presenta un estado de ánimo deprimido y/o la imposibilidad de disfrutar actividades de una manera placentera durante dos semanas, agregándose por lo menos cuatro de estos síntomas:

- Humor depresivo la mayor parte del día, casi todos los días
- Pérdida del placer o interés por las tareas habituales.
- Insomnio o hipersomnia
- Pérdida de interés por las tareas habituales
- Agitación o enlentecimiento psicomotor
- Pérdida de energía o fatiga

- Sentimiento de inutilidad, autorreproche o culpas excesivas o inapropiadas
- Disminución de la capacidad de pensar o de concentración
- Ideas recurrentes de muerte, suicidio, o deseos de estar muerto.

Rosas y cols. (2011) indican también, que en la presentación de la persona, se observa el rostro que denota marcada hipomimia⁽¹⁾, pobreza gestual, ceño fruncido, ceño, surcos nasogenianos profundos y comisuras labiales hacia abajo. Su postura es negligente e indiferente, hay falta de iniciativa, mirada gacha, hombros caídos, presentación encorvada y desaliño. El discurso es lento y forzado, desvitalizado y egocéntrico. La conducta puede ir de la inhibición psicomotora hasta la excitación, que deviene del comportamiento ansioso; en horas de la tarde y noche, el paciente se siente mejor. El pensamiento está retardado, con un contenido ideatorio prevalente, disminución de la autoestima, autorreproches o ideas de ruina. Existe disminución de la atención del mundo externo con incremento hacia el mundo interno, es decir, desinterés por lo que le rodea e incremento de la atención en sus pensamientos y síntomas depresivos.

- (1) Hipomimia: Trastorno de la mímica emotiva caracterizado por una disminución o una lentitud de los movimientos.

Rosas y cols (2011) agregan también, que existe disminución de la atención del mundo externo con incremento hacia el mundo interno, es decir, desinterés por lo que le rodea e incremento de la atención en sus pensamientos y síntomas depresivos. Se acompaña de síntomas somáticos, como cefaleas, mialgias, trastornos digestivos (diarreas o constipación), alteraciones en la cognición, memoria, concentración, salvo cuando se habla de su padecer; trastornos en la alimentación, como la pérdida del apetito.

Cárdenas y cols (2010), indican que en los adolescentes se deben presentar los síntomas en el tiempo y la cantidad indicados para el diagnóstico de TDM. Se puede hacer uso de dos clasificaciones: los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición texto revisado (DSM-IV-TR 2002) o los Criterios Diagnósticos de Investigación de la de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales en su 10ª edición (CIE-10). Para reportar las enfermedades nuestro sistema de salud emplea los códigos de la CIE-10, los cuales son:

- F32.0 Episodio depresivo leve.
- F32.1 Episodio depresivo moderado.
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

Así mismo, Cárdenas y cols (2010), exponen que los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10, tratan sobre diez síntomas a diferencia del DSM-IV, en donde la pérdida de autoestima constituye un síntoma diferente del sentimiento inapropiado de culpabilidad. La CIE-10 contiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad del episodio depresivo mayor: Un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve; 6 de 10 síntomas, el nivel moderado, y 8 de 10,

el nivel grave. Además, el algoritmo diagnóstico también es distinto, ya que la CIE-10 requiere la presencia de al menos 2 de los 3 síntomas siguientes: Estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y pérdida de energía, para los episodios depresivos de carácter leve y moderado, y los 3 síntomas para los episodios graves. La definición de la CIE-10 de los episodios con síntomas psicóticos excluye la presencia de síntomas de primer nivel y delirios extraños. Y para diagnosticar trastorno depresivo mayor requiere la ocurrencia de episodios repetidos de depresión, y también se especifica la severidad para los episodios depresivos en leve, moderada y severa:

- F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.
- F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.
- F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
- F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.
- F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.
- F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.
- F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación.

En general, se utilizan los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición texto revisado (DSM-IV-TR), Cárdenas y cols (2010), los cuales son:

A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío) o la observación realizada

por otros (por ejemplo, llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el niño o adolescente u observan los demás)

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena) 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto (que existen síntomas de ánimo elevado como expansividad, autoestima exagerada, disminución de la necesidad de dormir, verborrea, pensamiento acelerado, agitación motora, etcétera)

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Cárdenas y cols (2010), nombran también otras especificaciones del DSM-IV-TR sobre el episodio depresivo los cuales son:

Leve: Pocos o ningún síntoma, además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que provocan sólo una ligera incapacidad laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.

Moderado: Síntomas de incapacidad funcional entre «leves» y «graves».

Grave sin síntomas psicóticos: Varios síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente las actividades laborales o sociales habituales, o las relaciones con los demás.

Grave con síntomas psicóticos: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones, cuyo contenido es enteramente consistente con los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo, o de ser merecedor de un castigo.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones, cuyo contenido no consiste en los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo o de ser merecedor de castigo. Se incluyen

síntomas como las ideas delirantes de persecución (sin relación directa con los temas depresivos), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de control.

En remisión parcial: Hay algunos síntomas de un episodio depresivo mayor, pero ya no se cumplen totalmente los criterios o después del episodio depresivo mayor hay un período sin síntomas significativos del episodio depresivo mayor con una duración menor de 2 meses. (Si el episodio depresivo mayor se ha superpuesto a un trastorno distímico, sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico una vez que han dejado de cumplirse los criterios completos para el episodio depresivo mayor).

En remisión total: Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

No especificado: No cumple con los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor.

Es importante tener en cuenta las características culturales y sociales del niño o adolescente que es valorado en consulta pues el no hacerlo puede representar un mal diagnóstico. En algunas culturas la tristeza puede expresarse en forma de malestar físico más que con tristeza o culpa. Los síntomas centrales del TDM con las quejas somáticas como dolor de estómago o dolor de cabeza, la irritabilidad, el aislamiento social, el enlentecimiento motor y la hipersomnia. Es mejor aceptado que una chica exprese sus emociones, lo que puede representar que los chicos tengan menos oportunidad de manifestar su tristeza o su ánimo bajo, pues puede ser interpretado como falta de fuerza o de carácter (Cárdenas y cols 2010).

Generalmente los síntomas del TDM van apareciendo de manera paulatina, a lo largo de semanas, meses o años. Lo habitual es que un episodio depresivo no dure más de 6 meses; sin embargo, después de un primer episodio depresivo la posibilidad de presentar otro es cada vez mayor, y del 5% al 10% de los chicos con TDM siguen presentando síntomas después de 2 años, entonces es cuando

se dice que se trata de un DM crónico. En un 15% de los casos, la depresión cursa con síntomas atípicos como son reactividad del estado de ánimo ante situaciones reales positivas, aumento significativo de peso, hipersomnias, sensación de pesadez en brazos o piernas e hipersensibilidad al rechazo. En un porcentaje menor pueden predominar los síntomas melancólicos, caracterizados por pérdida del placer en todas las actividades, falta de reactividad a estímulos habitualmente placenteros, predominio matutino de los síntomas, anorexia significativa o pérdida de peso, culpa excesiva o inapropiada y sentimiento de tristeza distinto a la tristeza que se experimenta por la muerte de un ser querido (Cárdenas y cols 2010).

1.5 Consecuencias de la depresión

La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana y puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave; puede además, causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Organización mundial de la salud (2017).

Lara y cols. (2010), citado en Veytia y cols (2012), señalan que la depresión es un problema de salud pública que ha adquirido gran importancia en los últimos años. Esto se debe a su alta prevalencia, así como al fuerte impacto que tiene sobre la sociedad, por lo que la atención de este padecimiento genera altos costos para los sistemas de salud. Este padecimiento no es exclusivo de la niñez o la etapa adulta; en la adolescencia, los síntomas y trastornos depresivos, también representan un grave problema de salud pública y mental.

Berenzon y cols (2013) a su vez, expresan que los trastornos depresivos producen importantes niveles de discapacidad, afectan las funciones físicas, mentales y sociales, y se relacionan con mayor riesgo de muerte prematura. Pueden dificultar la capacidad de la persona para realizar actividades cotidianas, causando un deterioro significativo en el funcionamiento habitual y en la calidad de vida. Los

análisis recientes realizados en México muestran que la depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis. Por ejemplo, las personas con depresión pierden hasta 2.7 más días de trabajo que aquellas con otro tipo de enfermedades crónicas.

De este modo Berenzon y cols (2013), consideran que la depresión es una de las principales causas de carga de enfermedad en términos de años de vida ajustados por discapacidad.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares. En México, es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres (Berenzon y cols 2013).

Así mismo, la depresión no tratada durante el embarazo también tiene consecuencias adversas que se asocian con un incremento en la tasa de complicaciones obstétricas, óbitos⁽¹⁾, intentos de suicidio, cuidados posparto especializados para el infante, productos con bajo peso al nacer y retraso en el desarrollo. Los principales factores de riesgo de depresión durante la gestación son embarazo no planeado, ser madre soltera, ideación suicida, no ser el primer embarazo, falta de apoyo social y trastorno depresivo previo (Berenzon y cols (2013).

De igual forma, Berenzon y cols (2013) asumen que la depresión es una enfermedad que tiene un impacto significativo en la calidad de vida y en el funcionamiento cotidiano de la población; además, que es frecuente la comorbilidad con condiciones crónicas como la diabetes y las enfermedades coronarias, lo cual aumenta el impacto económico para el paciente, su familia y la sociedad.

(1) Óbito: fallecimiento de un individuo, el fin de una vida.

La organización Mundial de la Salud (2017), expresa que la depresión nos afecta a todos y que no discrimina por edad, raza o historia personal, incluso, que puede dañar las relaciones e interferir con la capacidad de las personas para ganarse la vida, además de reducir su sentido de la autoestima. Así mismo, la OMS señala que la depresión es un factor importante de riesgo para el suicidio, reclamando cientos de miles de vida por año.

Otras consecuencias como lo consideran González y cols. (2015) y de acuerdo a los análisis para identificar la edad de inicio de este trastorno mostraron que el 2% de la población adulta mexicana había padecido un Episodio de Depresión Mayor (EDM) durante la infancia y/o la adolescencia, con un predominio mayor de mujeres. Visto desde otro ángulo, entre toda la población adulta que ha padecido un EDM alguna vez en su vida, lo tuvo antes de los 18 años de edad, lo que eleva la probabilidad de tener un siguiente EDM aumentando el número de veces entre quienes iniciaron en la niñez o la adolescencia. Las personas con episodios de depresión mayor temprano tuvieron el doble de episodios a lo largo de su vida en comparación con quienes su inicio fue en la adultez; lo que significa que las personas que recibieran tratamiento en su primer EDM, sería menos probable que padecieran otro. En relación a esto, los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP 2001-2002) mostraron que la mayor cronicidad de la depresión con inicio temprano se debió a la falta de detección temprana y tratamiento oportuno, y no solo por haberse iniciado en la infancia o la adolescencia.

De igual manera, el EDM puede presentarse con otros trastornos. Quienes lo padecieron en la niñez y/o adolescencia tuvieron mayor probabilidad de presentar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a las drogas, en comparación con los deprimidos con inicio en la etapa adulta. Además, quienes padecieron depresión desde edades tempranas, tuvieron el 50% más probabilidades de haber intentado suicidarse (González y cols. 2015).

La evidencia empírica señala, con relativa amplitud, que el sexo femenino es afectado de mayor manera por la depresión en cualquiera de sus manifestaciones. No obstante, vale la pena reflexionar si ésta marcada diferencia se debe a cómo están contruidos los instrumentos de evaluación, tamizaje y diagnóstico. Es probable que la forma en la que se evalúan algunos de los componentes de la depresión lleve a subestimar las respuestas depresivas más típicas del género masculino Sin embargo, un trabajo más reciente no encontró evidencia de que la diferencia en las tasas de depresión por sexo fuesen debidas a que los hombres en general (no solo los adultos mayores) tengan menor probabilidad de reportar síntomas depresivos cuando los tienen. ¿Será que los hombres sienten menos tristeza? ¿Es que la depresión se expresa distinta por género, o que, como "buenos machos", los hombres niegan sus dolores y se les dificulta reconocer su tristeza? (González y cols. 2015).

Científicos y médicos han comenzado a considerar seriamente el riesgo de la depresión en niños. Investigaciones han mostrado que la depresión en la niñez a menudo persiste, recurre, y se prolonga en la adultez especialmente si no se recibe tratamiento. La presencia de la depresión en la niñez también tiende a predecir enfermedades más graves en la edad adulta (Weissman 1999, citado en Instituto Nacional de Salud Mental 2009). Un niño con depresión puede fingir estar enfermo, negarse a ir a la escuela, aferrarse a un padre, o preocuparse de que uno de sus padres pueda morir. Los niños mayores pueden estar de mal humor, meterse en problemas en la escuela, ser negativos e irritables, y sentirse incomprendidos. Como estas señales pueden percibirse como cambios de ánimo normales típicos de los niños mientras avanzan por las etapas del desarrollo, puede ser difícil diagnosticar con exactitud que una persona joven padece depresión. Antes de la pubertad, los niños y las niñas tienen las mismas probabilidades de sufrir trastornos de depresión. Sin embargo, a los 15 años, las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres de haber padecido un episodio de depresión grave (Cyranowski, 2000, citado en Instituto Nacional de Salud Mental 2009).

La depresión en los adolescentes se presenta en un momento de grandes cambios personales, cuando hombres y mujeres están definiendo una identidad distinta a la de sus padres, lidiando con asuntos de género y su sexualidad emergente, y tomando decisiones por primera vez en sus vidas. La depresión en la adolescencia a menudo coexiste con otros trastornos tales como ansiedad, comportamiento perturbador, trastornos alimenticios, o abuso de sustancias. También puede conducir a un aumento en el riesgo de suicidio. (Weissman 1999 y Shaffer 1996, citados en Instituto Nacional de Salud Mental 2009).

El más dramático de los caminos que trae como consecuencia la depresión es el suicidio, el aislamiento y un punto negativo sobre el presente y el futuro de la persona.

La mayoría de los suicidios son cometidos por personas entre los 15 y los 30 años, en los que un alto porcentaje son estudiantes, desempleados, trabajadores del campo, amas de casa y comerciantes (Universidad INCCA de Colombia 2010).

1.6 Estadísticas de depresión

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. Cada año se suicidan cerca de 800,000 personas y el suicidio, es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años; además, la carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento, y de igual manera, en 20 años la depresión se convertirá en la enfermedad que más padecerán los seres humanos, superando al cáncer y los trastornos cardiovasculares (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Desde el punto de vista de Berenzon y cols. (2013), la depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad; es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%. Este trastorno

generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales. Es por ello que la depresión se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades discapacitantes y se ha convertido en un objetivo prioritario de atención en todo el mundo. La depresión además, es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015.

De la misma manera (Veytia y cols. 2012), exponen también que en México, estudios realizados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP 2001-2002), se demostró que el inicio de los trastornos psiquiátricos se da en edades tempranas, durante las primeras décadas de vida, y que 2.0% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad. En la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente realizada en la Ciudad de México (citada en Veytia y cols. 2012), se reportó que 10.5% de los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad presentaron depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II.

De acuerdo a lo indicado por Berenzon, Lara y Medina (2013), el 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% en los doce meses previos a un estudio. La depresión ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%).⁵ Las prevalencias observadas en los EUA, Europa y Brasil son más elevadas ya que más de 15% de la población ha padecido depresión mayor alguna vez en la vida y más de 6% durante el año anterior. En países como Colombia y Chile, la situación es muy similar a la de México. La edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se ubica en las primeras décadas de la vida; 50% de los adultos que han sufrido un trastorno mental lo padecieron antes de cumplir 21 años. Cuando los trastornos depresivos se presentan antes de los 18 años, el curso de la enfermedad es más crónico y de mayor duración.

Berenzon, Lara y Medina (2013), señalan que entre quienes tienen más de 65 años, la prevalencia de depresión se encuentra arriba de 20% y es más frecuente entre los desempleados, los viudos y los solteros. En esta población, los problemas mentales son una de las cinco principales causas de discapacidad.

En México, la transición hacia una población con mayor número de ancianos es una realidad. De acuerdo con la OMS (1996), dentro de 25 años la población mayor de 60 años que vive en América Latina y el Caribe pasará de 40 millones a más de 97 millones. Resulta necesario pensar en estrategias que permitan enfrentar los trastornos mentales propios de este grupo etario (Berenzon, Lara y Medina 2013).

Otro grupo que merece especial atención son las mujeres con depresión en etapa perinatal, indican Berenzon, Lara y Medina (2013); y agregan también que, la depresión posparto (DPP) no es muy diferente de la depresión en otro momento de la vida. De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV 2005), es similar a la depresión mayor pero con manifestaciones de ansiedad intensa, e incluso crisis de angustia, así como una preocupación excesiva por el bebé. Su importancia radica en que en este momento de la vida tiene consecuencias muy negativas sobre la salud y el desempeño de la madre y sobre el desarrollo cognitivo, conductual y emocional del infante. De 5 a 25% de las mujeres padecen y se le considera la causa principal de enfermedad relacionada con discapacidad en mujeres, así como la complicación más común y más seria del parto. En México ha sido poco estudiada, pero datos recientes informan de una prevalencia de 32.6% (14.1% depresión mayor y 18.5% depresión menor).

La prevalencia de la depresión aumenta desde la niñez a la adolescencia y varía con el tiempo y de una región a otra. Así en Europa en el año 2004 tuvo una prevalencia de 12,8%; en España la prevalencia de depresión mayor se estimó en un 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años y en un 3,4% en adolescentes de 18 años, además que otros trabajos han observado porcentajes entorno al 5% entre

la población adolescente. Un estudio observacional realizado entre niños de edades comprendidas entre 12 y 16 años mostró una prevalencia de manifestaciones depresivas del 10,3% (Alonso 2004, citado en Ordóñez y Juca (2016)).

Ordóñez y Juca (2016), indican también que en Estados Unidos la prevalencia de la depresión va del 5 al 8,3% entre los adolescentes. En Colombia la prevalencia de depresión en la población general es del 10%, con mayor afectación de mujeres. En México un estudio realizado en el año 2010 a estudiantes de secundaria de la Ciudad de México, se determinó una prevalencia de la depresión del 12,4%, con una relación 2:1 entre mujeres y hombres. En el Ecuador, no se cuentan datos estadísticos de prevalencia o incidencia de depresión por año; pero en el año 2013, el Ministerio de Salud informó que a nivel ambulatorio en adolescentes de 15 a 19 años se diagnosticaron 700 casos de episodios depresivos, de entre los cuales 425 fueron leves, 125 moderados, 41 graves sin síntomas psicóticos y 7 graves con síntomas psicóticos.

Así mismo, también Ordóñez, M. y Juca, C. (2016) exponen que en México un estudio realizado en el año 2010 a estudiantes de secundaria de la Ciudad de México, se determinó una prevalencia del 12,4%, con una relación 2:1 entre mujeres y hombres. En el Ecuador, no se cuentan datos estadísticos de prevalencia o incidencia de depresión por año; pero en el año 2013, el Ministerio de Salud informó que a nivel ambulatorio en adolescentes de 15 a 19 años se diagnosticaron 700 casos de episodios depresivos, de entre los cuales 425 fueron leves, 125 moderados, 41 graves sin síntomas psicóticos y 7 graves con síntomas psicóticos.

Se ha reportado una prevalencia de TDM del 1% en niños preescolares, mientras que en niños escolares alcanza una frecuencia cercana al 2%. En los adolescentes la prevalencia es mayor, llegando hasta 4% aproximadamente, con una frecuencia mayor para el sexo femenino. Hay estudios que llegan a reportar una prevalencia en los pre-adolescentes de hasta 18%, y la diferencia en las prevalencias reportadas probablemente tiene que ver con la creencia de algunos

clínicos que la depresión no se presenta en los niños. La depresión mayor en adolescentes se relaciona con frecuencia con el uso de sustancias, lo que puede oscurecer el cuadro depresivo. Es muy común encontrar el TDM comórbido con otros trastornos como son los problemas de ansiedad, los trastornos de conducta y el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (Cárdenas y cols., 2010).

Capítulo 2: Factores de riesgo de depresión en adolescentes

No existe una causa única conocida de la depresión, más bien, esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos. Investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro, de acuerdo con lo que indica el Instituto Nacional de Salud Mental (2009), las tecnologías para obtener imágenes del cerebro, tales como las imágenes por resonancia magnética, han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente del de quienes no la padecen. Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito, y comportamiento parecen no funcionar con normalidad. Además, hay importantes neurotransmisores, sustancias químicas que las células del cerebro utilizan para comunicarse, que parecen no estar en equilibrio. Pero estas imágenes no revelan las causas de la depresión. Investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro.

2.1 Adolescencia

Actualmente, el mundo es el hogar de 1.200 millones de personas que tienen entre 10 y 19 años, de acuerdo al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011).

Definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones. Primero, se sabe que de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida. Hacer referencia al comienzo de la pubertad, que podría considerarse una línea de demarcación entre la infancia y la adolescencia, no resuelve el problema, como lo indica el UNICEF (2011).

La pubertad empieza en momentos sumamente distintos para las niñas y los niños, y entre personas del mismo género. En las niñas se inicia, como promedio, entre 12 y 18 meses antes que en los niños. Las niñas tienen su primera menstruación generalmente a los 12 años. En los niños, la primera eyaculación ocurre generalmente hacia los 13 años. No obstante, el UNICEF (2011), indica que las niñas pueden empezar a menstruar a los 8 años. Hay indicios de que la pubertad está comenzando mucho más temprano; la edad de inicio tanto en las niñas como en los niños ha descendido tres años en el transcurso de los últimos dos siglos. Esto obedece, en gran parte, a las mejores condiciones de salud y nutrición.

Las niñas, pero también algunos niños, están llegando a la pubertad y experimentando algunos de los principales cambios fisiológicos y psicológicos relacionados con la adolescencia, antes de ser considerados adolescentes por las Naciones Unidas (10-19 años). Pero también sucede que algunos niños varones entran en la pubertad a los 14 o 15 años, cuando ya han sido tratados como adolescentes en la escuela durante al menos dos años, y cuando ya han forjado relaciones con niños y niñas mucho más desarrollados física y sexualmente. (UNICEF, 2011).

El segundo factor que complica la definición de la adolescencia son las grandes variaciones en las leyes de los países sobre la edad mínima para realizar actividades consideradas propias de los adultos, como votar, casarse, vincularse al ejército, ejercer el derecho a la propiedad y consumir bebidas alcohólicas. El concepto de “mayoría de edad” –es decir, la edad a la cual el país reconoce como adulto a un individuo y espera que cumpla todas las responsabilidades propias de esa condición– también varía entre países. Antes de cumplir la mayoría de edad, se considera que la persona es “menor”. De igual manera, indica el UNICEF (2011) que en muchos países, los 18 años marcan el inicio de la mayoría de edad, con la ventaja de que coincide con el nivel superior de la escala de edad para los niños y niñas que se describe en el artículo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

Pero esto no aplica a todos los países, el UNICEF (2011), sostiene que en la República Islámica del Irán, la mayoría de edad en el caso de las niñas es una de las más bajas del mundo, 9 años, en comparación con 15 años para los niños. El Comité de los Derechos del Niño –el organismo de supervisión de la Convención– alienta a los Estados partes donde se alcanza la mayoría de edad antes de los 18 años a que incorporen cambios en este sentido, y a elevar el nivel de protección para todos los niños y niñas menores de 18 años.

Pero aparte de las diferencias entre los países en cuanto a la edad de mayoría, otro factor complica la definición de la adolescencia: la edad de mayoría generalmente no guarda relación con la edad a la cual las personas están legalmente capacitadas para llevar a cabo determinadas actividades que podrían asociarse con la edad adulta. Esta “edad de licencia” puede variar de una a otra actividad, y no existe norma alguna que se aplique a nivel internacional. Por ejemplo, en los Estados Unidos, de acuerdo al UNICEF (2011), se alcanza la mayoría de edad a los 18 años; no obstante, conducir automóvil a los 16 años es legal en muchos estados. En cambio, está prohibido comprar bebidas alcohólicas antes de los 21 años.

La edad para contraer matrimonio también difiere notablemente de la edad a la cual se alcanza la mayoría. En numerosos países se hace una distinción entre la edad en la cual la persona puede casarse legalmente, y una edad anterior a la cual es posible hacerlo con autorización judicial o parental. Este es el caso del Brasil, Chile, Croacia, España y Nueva Zelandia, entre otros países donde la edad mínima para contraer matrimonio normalmente es de 18 años, pero se puede reducir a los 16 años con autorización judicial o de los progenitores. En muchos países, según el UNICEF (2011), la edad mínima para contraer matrimonio es distinta para los hombres y las mujeres, siendo generalmente menor para estas. En los dos países más poblados del mundo, la edad mínima para los hombres es más alta que para las mujeres: 22 y 20 años, respectivamente, en la China, y 21 y 18 años en la India. En otros países, entre ellos Indonesia, los menores de edad no están sujetos a las leyes sobre la mayoría de edad una vez que contraen matrimonio.

La tercera dificultad que plantea la definición de la adolescencia es que, independientemente de lo que digan las leyes acerca del punto que separa la infancia y la adolescencia de la edad adulta, innumerables adolescentes y niños pequeños de todo el mundo trabajan, están casados, atienden a familiares enfermos o participan en conflictos armados, todas ellas actividades que corresponden a los adultos y que les roban su infancia y adolescencia, declara el UNICEF (2011); en la práctica, la edad legal para contraer matrimonio a menudo se pasa por alto, más que todo para permitir que los hombres se casen con niñas que no han llegado a la mayoría de edad. En muchos países y comunidades, el matrimonio precoz (definido por el UNICEF como matrimonio o vida en pareja antes de los 18 años), la maternidad en la adolescencia, la violencia, el abuso y la explotación privan especialmente a las niñas, pero también a los niños, de su adolescencia. Sobre todo el matrimonio temprano se asocia con altos niveles de violencia, marginación social y exclusión de la educación y los servicios de protección. Otro tanto sucede con el trabajo infantil, y se calcula que el número de niños y niñas trabajadores de 5 a 14 años asciende a 150 millones.

A pesar de que no existe una definición de adolescencia aceptada internacionalmente, las Naciones Unidas establecen que los adolescentes son personas con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años; es decir, la segunda década de la vida. Esta definición se aplica a buena parte de los análisis y la promoción de políticas contenidos en el presente informe. Aun cuando el término “adolescentes” no figura en los convenios, las declaraciones ni los tratados internacionales, todas estas personas tienen derechos germinantes de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y otros importantes pactos y tratados sobre derechos humanos, de acuerdo a lo que declara el UNICEF (2011); la Convención sobre los Derechos del Niño también consagra la mayoría de esos derechos. Además, las niñas adolescentes están protegidas por la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Plataforma de Acción de Beijing y una serie de instrumentos regionales, como el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África.

Definir la adolescencia como la segunda década de la vida permite reunir datos basados en la edad, con el propósito de analizar este período de transición. Actualmente se reconoce que la adolescencia es una etapa independiente de la primera infancia y de la edad adulta, y que requiere atención y protección especial. Pero esto no fue así durante la mayor parte de la historia humana. (UNICEF 2011).

Así mismo, la UNICEF (2011), registra también que la amplia aceptación de la importancia de la adolescencia es relativamente reciente, de hecho, para numerosas sociedades y comunidades, el límite entre la infancia y la edad adulta es bastante difuso. A menudo se espera que los adolescentes –y, muchas veces, los niños y niñas más jóvenes– trabajen, cubran sus gastos y hasta empuñen las armas. En este sentido, son considerados como adultos más pequeños y menos desarrollados.

En algunos contextos –sobre todo, en lo que se refiere a riesgos para su protección, como el matrimonio precoz, la explotación sexual con fines comerciales y los problemas con la ley–, los adolescentes tienen las necesidades más grandes de todos los niños. Sin embargo, se trata de las mismas cuestiones a las que comúnmente se presta menos atención y asistencia, y en las que menos recursos se invierten, casi siempre debido a susceptibilidades políticas, culturales y sociales. (UNICEF 2011).

Para Almudena (2009), la adolescencia es el período comprendido entre los 12 y los 18 años. Este periodo está marcado por cambios muy importantes en tres áreas:

a) Físicamente, el adolescente experimenta todos los cambios corporales de la pubertad.

b) Desarrollo cognoscitivo, los adolescentes inician el pensamiento operacional formal y los primeros pasos hacia la construcción de una identidad ocupacional y sexual. Las primeras etapas de las operaciones formales son visibles para muchos, pero no para todos los adolescentes en este periodo. Estas etapas de los 14 años o más se caracterizan por un razonamiento moral convencional. A los

17 o 18 años, algunos adolescentes han alcanzado operaciones formales consolidadas por un razonamiento moral.

c) En el desarrollo social estos cambios no sólo afectan a las relaciones con sus compañeros, también afectan a las relaciones con sus padres. De hecho, es el periodo de desequilibrio social con mayores problemas en las relaciones padre-hijo, influencia máxima de la presión de los compañeros y problemas de la conducta y depresión. El adolescente empieza a cuestionar los antiguos valores, los viejos papeles, las viejas ideas de la identidad. Las amistades individuales son importantes a lo largo de este periodo, aunque también se inician las relaciones heterosexuales.

En el desarrollo social estos cambios no sólo afectan a las relaciones con sus compañeros, también afectan a las relaciones con sus padres, de igual modo, expresa Almudena (2009); que de hecho, es el periodo de desequilibrio social con mayores problemas en las relaciones padre-hijo, influencia máxima de la presión de los compañeros y problemas de la conducta y depresión. El adolescente empieza a cuestionar los antiguos valores, los viejos papeles, las viejas ideas de la identidad. Las amistades individuales son importantes a lo largo de este periodo, aunque también se inician las relaciones heterosexuales.

En Europa hasta 1850, a los niños se les internaba en las mismas instituciones que a los adultos (se les encarcelaba), puesto que la niñez era la época anterior a la adquisición de la razón y la pérdida de la razón significaba demencia; expresa Almudena (2009). En 1816 casi un cuarto de los prisioneros de las cárceles Londinenses tenían menos de 17 años.

De igual manera, Almudena (2009), indica que tras una lenta evolución, a mediados del siglo XIX, los libros de texto que describían las anomalías psicológicas, empezaron a incluir secciones dedicadas a los niños en las que se describían trastornos como el denominado “demencia de edad temprana”.

Según la última revisión efectuada por la American Psychiatric Association del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR 2013),

de acuerdo a lo que indica Almudena (2009), los trastornos de la infancia no incluyen ninguna categoría que aborde las depresiones infantiles como síndrome, aunque sí se cita sintomatología depresiva asociada en el trastorno de ansiedad por separación. El diagnóstico de las depresiones en el niño y en el adolescente se realiza en base a los mismos criterios que los adultos, con dos matizaciones; lo que en el adulto se manifiesta como un estado de ánimo deprimido, en el adolescente puede manifestarse como irritación. En segundo lugar, el aumento o pérdida de peso en este caso no se valora específicamente; tan sólo se considera el fracaso a la hora de estimar una ganancia de peso establecida.

En cuanto a los síntomas de depresión en el adolescente, para algunos autores son: aburrimiento, fatiga, nerviosismo, falta de concentración, llamadas de atención, conducta sexual anárquica, hipocondría y agresividad (Weiner y cols 1996, citado en Almudena 2009); sin embargo, se centra más en trastornos del comportamiento: desobediencias, faltas injustificadas a clase, cólera, fugas injustificadas, auto destructividad, tendencias masoquistas y predisposición a los accidentes, conceptos (agresividad, problemas escolares e inestabilidad). De todos modos, existe un infra diagnóstico de la depresión en la adolescencia, debido a la interpretación de la variabilidad de los estados de ánimo como cambios hormonales propios de esta etapa.

2.2 Factores de riesgo

No existe una causa única conocida de la depresión, más bien esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos. Investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro, y de acuerdo al Instituto Nacional de Salud Mental (2009), las tecnologías para obtener imágenes del cerebro, tales como las imágenes por resonancia magnética, han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente del de quienes no la padecen. Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito, y comportamiento parecen no funcionar con normalidad. Además, hay importantes neurotransmisores,

sustancias químicas que las células del cerebro utilizan para comunicarse, que parecen no estar en equilibrio.

Algunos tipos de depresión tienden a transmitirse de generación en generación, lo que sugiere una relación genética, advierte el Instituto Nacional de Salud Mental (2009); sin embargo, la depresión también puede presentarse en personas sin antecedentes familiares de depresión. La investigación genética indica que el riesgo de desarrollar depresión es consecuencia de la influencia de múltiples genes que actúan junto con factores ambientales u otros. Además, los traumas, la pérdida de un ser querido, una relación dificultosa, o cualquier situación estresante puede provocar un episodio de depresión. Episodios de depresión subsiguientes pueden ocurrir con o sin una provocación evidente.

2.2.1. Factores culturales

La cultura es otro factor de depresión en adolescentes, al respecto, Almudena (2009), señala que en las culturas latinas y mediterráneas por ejemplo, aparecen quejas de “nervios y cefaleas”, mientras que estas quejas en las culturas Asiáticas, se centran más en problemas de debilidad o cansancio o incluso de falta de equilibrio. En cuanto a la población inmigrante, parece que existen una serie de circunstancias que actuarían como factores de riesgo:

- Desarraigo familiar.
- Aglomeraciones en las viviendas.
- Condiciones laborales con jornadas agotadoras.
- Contextos xenófobos circundantes.
- Riesgo de suicidio en el adolescente.

2.2.2 Factores sociales.

Diversas causas sociales de depresión en adolescentes pueden ser, por ejemplo, una decepción amorosa, la falta de integración social, la ausencia de la figura materna y/o paterna y el fracaso académico, podrían actuar como factores moduladores. A este respecto, Almudena (2009), sugiere que en nuestra sociedad actual proporciona desencadenantes más fulminantes: valores centrados en el tener y no en el ser, baja o nula tolerancia a la frustración, necesidad de satisfacer de forma inmediata las necesidades materiales o afectivas, crítica a las conductas de cooperación, elogio al individualismo y filosofía de vida centrada en el recibir de forma continua con un modelo de atribución externo que apoya el no responsabilizarse de las propias acciones, entre otros.

De igual manera, Almudena (2009), considera que cualquier trastorno depresivo, puede evolucionar hacia un cuadro de mayor entidad o bien agudizarse o cronificarse, en función de una serie de factores:

- Muerte de un familiar próximo.
- Muerte de un amigo.
- Maltrato físico y/o psíquico.
- Maltrato a uno de los progenitores.
- Abusos sexuales.
- Patología física relevante.
- Intento o tentativa de suicidio.
- Consumo excesivo de drogas, alcohol, marihuana o cocaína.
- Fracaso amoroso.
- Divorcio de los progenitores.
- Cambio de residencia.
- Acoso escolar.
- Dificultad para la integración social.
- Fracaso escolar.

La indiferencia entendida como rechazo para interesarse por personas, situaciones u objetos, es uno de los aspectos más comunes en la sociedad actual,

mucho más centrada en la autosatisfacción inmediata individual que en la grupal. Lo cual puede considerarse como un elemento patológico en el adolescente, mucho más expuesto a los medios de comunicación y a los reclamos publicitarios (Almudena, 2009).

Del Barrio, citado en Almudena (2009), argumenta que las nuevas sociedades basadas en la competitividad, generan situaciones de soledad opuestas a sociedades con menos recursos económicos donde la cohesión y la compañía son bienes preciados.

Por otro lado, Almudena (2009) describe que el sistema de valores hemos creado es afectivamente deficitario. Los padres trabajan demasiado y la culpa de no poder estar más tiempo con sus hijos, se sule con frases como “es mejor calidad que cantidad”. La pregunta es ¿Cuánto tiempo diario es “calidad”? En la misma línea, los padres justifican la falta de dedicación maximizando la formación académica y deportiva sin preguntarse si sus hijos son capaces de seguirla. Nos encontramos con adolescentes sometidos a jornadas interminables de colegio- extraescolares, con poco tiempo para los amigos y para no hacer nada.

Además, en la actualidad la conformación de la familia se ha diversificado. Al respecto, Almudena (2009) señala que cuando existe una situación de conflicto, la familia mono parental aporta mayor equilibrio que una familia tradicional donde el clima es agresivo. Sin embargo, en ocasiones las reestructuraciones familiares son demasiado rápidas y los adolescentes deben asumir la no residencia con uno de los progenitores o los traslados permanentes entre un domicilio y otro, o la adaptación a una nueva pareja y/o a sus hijos. Sin duda, todas estas circunstancias influyen en el nivel de adaptación personal, social y afectivo del adolescente.

En la sociedad multicultural actual, a veces no hemos considerado salvaguardar los principios básicos de habitabilidad, condiciones laborales y atención familiar en aquellas personas que han venido a nuestro país esperando encontrar un medio de ganarse la vida. Pese a los denodados esfuerzos gubernamentales, quedan niños sin escolarizar, situaciones de hacinamiento y menores que pasan

solos gran parte del día o adolescentes que hacen de padres encargándose de sus hermanos menores. En estas poblaciones y en los adolescentes que llegaron a nuestro país y no acceden a ningún ciclo formativo, es donde aumenta el consumo de sustancias y los problemas afectivos fruto de una integración mal planteada (Almudena, 2009).

El sistema académico también tiene su parte de responsabilidad puesto que veces no puede asumir situaciones particulares o conflictivas. Entonces, se produce un vacío en el que el adolescente está desatendido en casa y en el centro escolar. En este vacío es donde entra el grupo de iguales con sus influencias positivas o negativas. El grupo de iguales o de desiguales, reales o virtuales, es decir las situaciones en que vía internet se contacta con personas supuestamente de la misma edad o situación que proporcionan información real o falseada en función de sus propios intereses (Almudena, 2009).

Es un hecho que muchos padres no han sabido poner límites y que han comprado su tranquilidad con medios materiales, enfatizando más la formación académica que la humana, señala Almudena (2009); además, es común que muchos padres se consideran incapaces de acceder a un canal de comunicación con sus hijos, saturados por la información externa que proviene de sus amigos, internet, la televisión y la música.

2.2.3 Disfunción familiar

La disfunción familiar constituye un factor de riesgo importante en la génesis de la depresión en los adolescentes. Al respecto Ordóñez y Juca (2016), describen que en la mayoría de los casos no es valorada, lo que conlleva a que la familia y su funcionalidad, se mantenga como una causa enmascarada. Al no evaluar la disfuncionalidad familiar, el tratamiento que debería ser integral, se continua basando en el manejo cognitivo conductual, que por sí mismo sólo trata la depresión, pero no la causa primordial.

Desde un enfoque sistémico la familia es de vital importancia puesto que la forma como están organizados sus miembros, el papel que juega cada uno de ellos, la forma en la que se comunican, y su funcionamiento, van a determinar el tipo de relaciones que se establecen en dicho sistema familiar, lo que a su vez posibilitará o no la presencia y/o mantenimiento de problemas psicológicos y emocionales, como la depresión, en alguno de sus miembros (Ordóñez y Juca 2016).

Cuando la familia no se llega a adaptar a los constantes cambios del sistema familiar e individual de sus miembros, es cuando empiezan los problemas, la familia se enferma, y se manifiesta a través de uno de sus miembros, los hijos principalmente, lo que a su vez posibilitará o no la presencia y/o mantenimiento de problemas psicológicos y emocionales, como la depresión. Esta constituye una patología que por su elevada prevalencia debe ser diagnosticada a temprana edad. Su incidencia y prevalencia ha ido en aumento entre los adolescentes; entre los factores que pueden desencadenar la depresión se encuentra la disfunción familiar. (Ordóñez y Juca, 2016).

2.2.4 Factores comórbidos, biológicos y neurológicos

Existen una serie de alteraciones médicas no psiquiátricas que cursan con sintomatología depresiva comórbida (Almudena, 2009):

- Trastornos endócrinos (glándulas pituitaria, adrenal y tiroidea)
- Déficits y excesos de vitaminas y minerales (pelagra, hipervitaminosis A, beri-beri, anemia perniciosa)
- Infecciones (encefalitis, hepatitis, tuberculosis)
- Trastornos neurológicos (esclerosis múltiple y enfermedad de Wilson)
- Enfermedades del colágeno (lupus sistémico eritematoso)
- Trastornos cardiovasculares (cardiomiopatía, isquemia cerebral)
- Procesos oncológicos.
- En ocasiones puede diagnosticarse una Depresión Mayor cuando en realidad se trata de:

- Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.
- Trastorno del estado de ánimo debido a consumo de sustancias.
- Hipotiroidismo.
- Trastorno esquizoafectivo.

En genética, el riesgo de morbilidad en familiares de pacientes bipolares, (Vallejo y Ruiloba 2006, citado en Almudena 2009), se estima en un 12.1 (padres), 21,2 (hermanos) y 24.6 (hijos). Existen evidencias de que en las depresiones endógenas, se presenta una alteración del complejo hipotálamo-hipofisario; así mismo, parece demostrado que en la depresión existen disfunciones en zonas del sistema límbico, córtex pre frontal y temporal, cíngulo anterior y núcleo caudado (Videbech, 2000, citado en Almudena 2009). En el nivel funcional, (Koplewicz, citado en Almudena 2009), entre los 14 y 17 años, el cerebro sufre una serie de modificaciones que alteran las conducciones neuronales, eliminando células innecesarias y primando redes imprescindibles para nuestro aprendizaje como adultos.

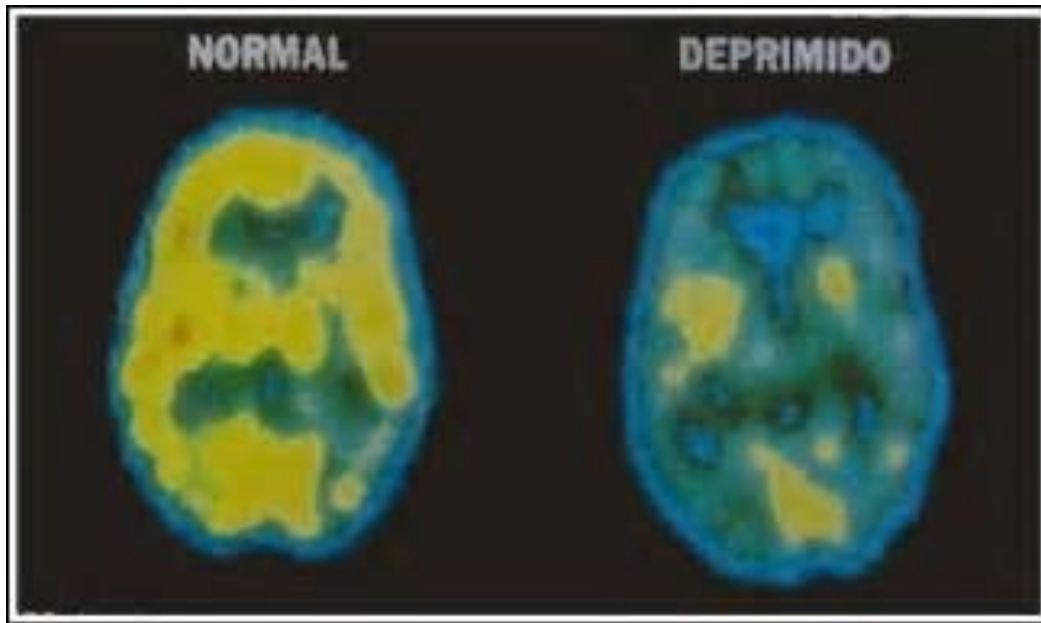


Figura 1. Tomografía por emisión de positrones en la que se compara la actividad cerebral durante periodos de depresión y actividad cerebral normal. En la depresión la actividad cerebral se ve disminuida. (Maraffi 2017).

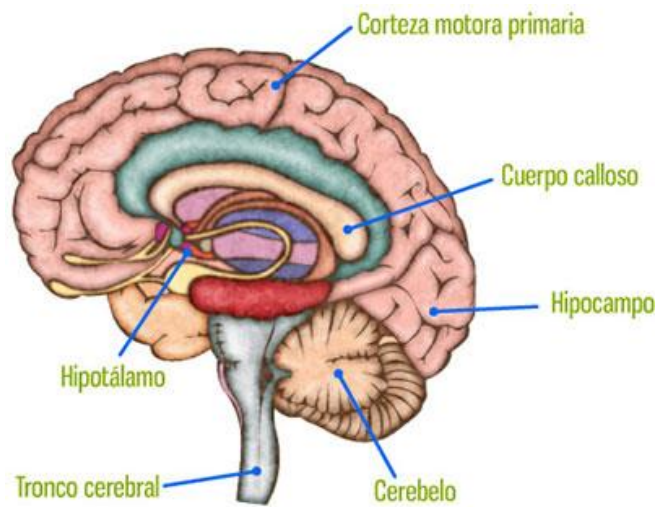


Figura 2. Sistema límbico

En cualquier caso, habría que demostrar que estas modificaciones están relacionadas con los trastornos depresivos; en bioquímica, la hipótesis catecolaminérgica, es la que inicia la investigación bioquímica en la psiquiatría; al igual que en lo anterior, Almudena (2009), agrega que según esta hipótesis,

algunas depresiones presentan decrementos funcionales en la noradrenalina, mientras que los trastornos bipolares estarían relacionados con incrementos en la actividad de la noradrenalina, efectos que se pueden bloquear con antagonistas dopaminérgicos.

La hipótesis serotoninérgica, atribuye un papel decisivo de la disminución de la actividad de la serotonina como factor desencadenante en la Depresión. En este caso, son eficaces los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como el citalopram, fluoxetina, paroxetina y fluvoxamina entre otros, aduce Almudena (2009).

Otros autores como Janowsky y cols. (1972, citado en Almudena, 2009) describieron una alteración del sistema colinérgico, llegando a proponer la hipersensibilidad colinérgica como un marcador de tipo genético de la depresión.

2.2.5 Factores psicológicos:

Se piensa que el temperamento presenta una base genético-biológica, aunque la experiencia y el aprendizaje, en particular dentro del contexto social, pueden influir en su desarrollo y expresión (Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009).

La afectividad negativa, se refiere a la tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características conductuales (como la inhibición y retraimiento social) y cognitivas (como las dificultades de concentración). La afectividad negativa conlleva una mayor reactividad frente a los estímulos negativos, y se asocia a una mayor probabilidad de trastornos emocionales, sobre todo en niñas (Garber, 2003, citado en Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009).

Ante la ocurrencia de eventos vitales estresantes, características cognitivas asociadas a la afectividad negativa, como sentimientos de abandono o pérdida y/o

de baja autoestima, así como un estilo cognitivo rumiativo, pueden dificultar el afrontamiento y aumentar la probabilidad de sufrir depresión en comparación con aquellos individuos sin estas características (National Collaborating Center for Mental Health, y Garber 2005, citado en Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009).

La presencia de síntomas depresivos, como anhedonia (incapacidad para sentir placer) o pensamientos de muerte, incrementan de forma significativa el riesgo de presentar depresión mayor en niños y adolescentes (National Collaborating Center for Mental Health, y Garber 2005, citado en Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009). Finalmente, aquellos niños y adolescentes con discapacidades físicas o de aprendizaje, déficit de atención, hiperactividad o alteraciones de conducta, también tienen un mayor riesgo de depresión.

Factores de vulnerabilidad	
Incrementan la predisposición general, pero rara vez provocan directamente la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Factores genéticos • Historia de trastorno afectivo en los padres • Sexo femenino • Edad post puberal • Antecedentes de síntomas depresivos • Antecedentes de abuso físico y sexual en la infancia, especialmente en el sexo femenino • Afectividad negativa • Pensamientos de tipo rumiativo.
Factores de activación	
Directamente implicados en el comienzo de la depresión y en presencia de factores de vulnerabilidad, sus efectos pueden ser mayores. Suelen ser acontecimientos no deseados que dan lugar a cambios permanentes en las relaciones familiares y de amistad.	<ul style="list-style-type: none"> • Conflictos conyugales • Desestructuración familiar • Acoso o humillación • Situaciones de abuso físico, emocional o sexual • Consumo de tóxicos.
Factores de protección	
(reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de	<ul style="list-style-type: none"> • Buen sentido del humor • Buenas relaciones de amistad

activación):	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones estrechas con uno o más miembros de la familia • Logros personales valorados socialmente • Nivel de inteligencia normal-alto • Práctica de algún deporte o actividad física • Participación en clubes escolares/sociales o en voluntariado.
--------------	--

Cuadro 1. Factores personales implicados en la depresión en niños y adolescentes (National Collaborating Center for Mental Health, 2005), citados en Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (2009).

2.2.6 Factores de género

La depresión es más común en mujeres que en hombres. Hay factores biológicos, de ciclo de vida, hormonales, y psicosociales que son únicos de la mujer, que pueden ser relacionados con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres.

El Instituto Nacional de Salud Mental (2009), argumenta que investigadores han demostrado que las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo. Por ejemplo, las mujeres son particularmente vulnerables a la depresión luego de dar a luz, cuando los cambios hormonales y físicos junto con la nueva responsabilidad por el recién nacido, pueden resultar muy pesados. Muchas mujeres que acaban de dar a luz padecen un episodio breve de tristeza transitoria, pero algunas sufren de depresión posparto, una enfermedad mucho más grave que requiere un tratamiento activo y apoyo emocional para la nueva madre. Algunos estudios sugieren que las mujeres que padecen depresión posparto, a menudo han padecido previos episodios de depresión.

Algunas mujeres también pueden ser susceptibles a sufrir una forma grave del síndrome premenstrual, a veces llamado trastorno disfórico premenstrual. Esta es una enfermedad producida por cambios hormonales que ocurren cerca del periodo de la ovulación y antes de que comience la menstruación. El Instituto Nacional de Salud Mental (2009), revela que durante la transición a la menopausia, algunas mujeres experimentan un mayor riesgo de sufrir depresión.

Científicos están explorando la forma en la que la elevación y la disminución cíclicas del estrógeno y de otras hormonas pueden afectar la química del cerebro que está relacionada con la enfermedad depresiva. Finalmente, muchas mujeres enfrentan el estrés adicional del trabajo y de las responsabilidades del hogar, cuidado de los hijos y padres ancianos, maltrato, pobreza, y tensiones de las relaciones. Aún no está claro por qué algunas mujeres que enfrentan desafíos inmensos padecen de depresión, mientras que otras con desafíos similares no la padecen.

Los hombres experimentan la depresión de manera distinta que las mujeres y pueden enfrentar los síntomas de diferentes modos, indica el Instituto Nacional de Salud Mental (2009), ya que los hombres tienden más a reconocer que sienten fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades que antes resultaban placenteras, y que tienen el sueño alterado, mientras que las mujeres tienden más a admitir sentimientos de tristeza, inutilidad, o culpa excesiva. Los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de acudir al alcohol o a las drogas cuando están deprimidos, frustrados, desalentados, irritados, enojados, o a veces abusivos.

Algunos hombres se envician al trabajo para evitar hablar acerca de su depresión con la familia o amigos o comienzan a mostrar un comportamiento imprudente o riesgoso. Y aunque en los Estados Unidos, según el Instituto Nacional de Salud Mental (2009), son más las mujeres que intentan suicidarse, son más los hombres que mueren por suicidio.

La prevalencia de la depresión es más alta en las mujeres que en los hombres (con un rango, aproximadamente, mujer/hombre de 2/1) tanto a nivel internacional como en México (Kessler y cols 2003, citado en Lazarevich y cols., 2013), indican que para explicar estas diferencias, el trastorno depresivo ha sido conceptualizado y estudiado a través de diferentes perspectivas, las cuales involucran desde aspectos médicos hasta influencias socioculturales y las de roles de género.

Los roles de género tradicionales, el aislamiento geográfico y bajo nivel educativo,

pueden agudizar las diferencias en la prevalencia de los trastornos mentales por sexo. Sin embargo, este tipo de estudios han recibido una menor atención en el ámbito rural de México lo que dificulta la comparación de los datos con las comunidades urbanas (Jiménez y cols. 2005 citado en Lazarevich y cols, 2013).

Los estudios epidemiológicos que buscan encontrar el impacto de los factores socioculturales, específicamente de los roles de género, en la distribución diferencial de psicopatologías entre hombres y mujeres se basan principalmente en la evaluación de autoestima y de personalidad que pueden contribuir a la emergencia de los síntomas depresivos. La autoestima se ha estudiado como uno de los principales indicadores de bienestar psicológico y se ha mostrado que la alta autoestima personal y social puede ser considerada un factor protector de la salud mental (Jiménez y cols, 2007, citado en Lazarevich y cols, 2013). Según algunos estudios, la autoestima es más baja en la mujer que en el hombre, y estas diferencias, aunque pequeñas, se inician desde la adolescencia (Parra y Oliva, 2004 citado en Lazarevich y cols 2013). Lo anterior, al parecer, surge de los patrones de socialización de género que son menos consistentes en las últimas décadas, pero todavía están presentes en la educación de las niñas. Así, mientras que la socialización masculina enfatiza la autonomía, la autoconfianza y la independencia, la socialización femenina sigue promoviendo la expresión emocional, la búsqueda de intimidad y la dependencia de otros (Díaz-Loving y cols, 2007; Lara, 2008; Matud, 2008; Rocha, 2009 citados en Lazarevich y cols 2013). Estas características se asocian con una autoestima devaluada y posición subordinada, además no proporcionan los recursos psicológicos adecuados para la solución de problemas (Matud, 2004, 2008, citado en Lazarevich y cols, 2013).

Capítulo 3: Tratamientos para la depresión:

Este capítulo aborda los tipos de tratamientos que son de uso frecuente para la atención de los cambios de humor y para el bienestar emocional; esencialmente para la depresión, de acuerdo al tema que inicialmente nos ocupa en este trabajo. De igual manera, abarca las diferencias y beneficios de cada uno, así como diversas perspectivas de algunos autores en relación a cada tipo, tanto de los tratamientos psiquiátricos como de los psicológicos.

Apoyándose en el paradigma de la complejidad, Hornstein (2006, citado en Bogaert, 2012), critica la noción de monocausalidad en relación con los trastornos del humor; a su juicio, los trastornos del estado de ánimo son complejos. En primer lugar, requieren de la colaboración de los profesionales de la salud mental, porque no pueden superarse solamente con una autoayuda. Por otra parte, las terapias tradicionales no suelen ser suficientes si en el contexto familiar y social no existen soportes ambientales de apoyo; a esto se agrega que, aislado, el recurso de la psicofarmacología, o de la psicoterapia, no resulta eficiente muchas veces. Si bien la industria farmacológica trata de imponer sus productos y pudiera tratar de favorecer la hipermedicación, no menos cierto es que muchos psicoterapeutas desacreditan toda indicación de medicamentos incluso en casos de depresión mayor.

3.1 Tratamiento médico y/o psiquiátrico

Bogaert (2012), señala que ningún abordaje clínico o terapéutico aislado puede enfrentar eficazmente la depresión. El reduccionismo biológico sólo sirve para desmentir la dimensión social y subjetiva del problema; pero también, la clasificación del DSM-IV (1994) no tiene en cuenta la singularidad personal del paciente, ni el sentido que reviste un síntoma o conjunto de síntomas en el interior de una trama histórica particular.

El diagnóstico no debe obstaculizar la interpretación del sentido, tal como lo expone Bogaert (2012), la depresión es un trastorno “con una causa orgánica todavía desconocida o directamente sin causa orgánica, aunque paliable o modificable con fármacos.

Es necesario tener en cuenta que las experiencias psicológicas también influyen sobre los procesos bioquímicos del cerebro, como lo han demostrado determinadas experiencias con animales (Vincent, 1986; Kandel, 1979: 1028-1037, citado en Bogaert, 2012). Pero (Vergote, 1976: 106; citado también en Bogaert, 2012), argumenta que si bien es cierto que la depresión compromete el núcleo vital de la personalidad, eso no significa que debamos recurrir apresuradamente a una explicación neurobiológica.

El psiquiatra Roland Kuhn, quien había empezado a experimentar con la imipramina (Tofranil), propuso el primero de los antidepresivos tricíclicos. El medicamento se divulgó en 1958 (Turkington, 1995: 74-76); y años después, aparecieron los inhibidores selectivos de reabsorción de la serotonina, medicamentos situados en la vanguardia del tratamiento psiquiátrico contra la depresión. El prozac (fluoxetina), el Zoloft (sertralina) y el Paxil (paroxetina), además de funcionar bien como antidepresivos, tienen efectos secundarios menos graves que los antidepresivos tricíclicos (Turkington, 1995: 87, citados en Bogaert 2012).

Desde el punto de vista bioquímico, parece que la depresión se produce cuando el cerebro no dispone de suficientes neurotransmisores o cuando estos, por alguna razón, no pueden ligarse con los receptores. Sin embargo, aunque los fármacos antidepresivos aumentan los niveles de los neurotransmisores casi inmediatamente, la depresión no se alivia hasta semanas después de haberse iniciado la terapia medicamentosa (Turkington, 1995: 37, citada en Bogaert 2012). Este enigma bioquímico no ha sido resuelto, y constituye un problema para la psicofarmacología de los estados depresivos.

Bogaert (2012), también expone de acuerdo a Hornstein, (2006), aumentar los niveles de serotonina en el cerebro desencadena un proceso que con el tiempo

puede ayudar a muchas personas deprimidas a sentirse mejor. Algunos efectos de los psicofármacos son positivos, pero incluso los efectos positivos deben ser potenciados por la psicoterapia.

Aunque la mejoría de los síntomas mediante la aplicación de psicofármacos es innegable, la psicoterapia concierne a la dimensión personal y singular del trastorno. La prescripción aislada de antidepresivos suele provocar una disminución de la inhibición que permite al paciente la realización de acciones aisladas, pero sin un verdadero placer de actuar. De ese modo, se reconstituye la personalidad del paciente gracias al descubrimiento del sentimiento de ser escuchado según el ritmo del pensamiento propio. El tacto del terapeuta hace posible el contacto (Fédida, 2003, citado en Bogaert 2012).

En la teoría que expone García (2010), la depresión está originada por un desequilibrio de los neurotransmisores. Está demostrado que cuando estamos deprimidos tenemos ese desequilibrio y que cuando tomamos la medicación adecuada, los neurotransmisores se equilibran y nuestro estado de ánimo cambia. Ahora bien, no podemos quedarnos solamente en esta teoría, puesto que si la depresión que tiene es reactiva a una situación, hasta que la situación no se solucione se siguen dando las condiciones para que se perpetúe aunque se tomen antidepresivos.

3.2 Tratamientos psicológicos

Los tratamientos psicológicos son una manera de ver el interior del paciente, una forma de saber qué fue lo que sucedió y por qué inició con síntomas depresivos. Ver cuáles son los problemas reales y de qué manera se responde a sus necesidades individuales. Va más allá de ver de qué manera se actúa sobre lo fisiológico y no sólo reducir los síntomas o elevar los niveles de neurotransmisores para crear bienestar al enfermo. Es ver de una manera más integral, cómo solucionar sus problemas emocionales.

Para García (2010), la depresión se debe a una falta de refuerzos que hace que el que la padece no actúe. Debido a la inactividad el deprimido no encuentra refuerzos en la sociedad y en consecuencia la depresión se perpetúa; y según esta teoría el tratamiento consiste en una programación de actividades que comienzan a dar al sujeto los refuerzos que necesita. Una vez que comienza se establece una realimentación positiva. Uno de los problemas con los que plantea el depresivo es que dice que no tiene fuerzas para hacer nada, que cuando se le cure la depresión y se siente bien es cuando saldrá y hará las cosas que le apetecen. Se trata de plantearle lo contrario, cuando te mueves te refuerzan y te sentirás bien y con más ganas de seguir.

3.2.1 Tratamientos cognitivos conductuales

Fundamentando los tratamientos cognitivos conductuales, Froján y Calero (2011), refieren que desde la aparición de la Modificación de Conducta (MC) a finales de los años 50, han sido muchos los cambios que han acompañado al desarrollo de esta tecnología, pero parece que con el paso del tiempo, ya no importaba tanto analizar por qué funcionaba una técnica o si un procedimiento era congruente con una base conceptual determinada, siempre que se consiguiese un cambio clínico relevante.

Así mismo, García (2010), admite que los modelos cognitivos consideran al hombre un sistema que procesa información del medio antes de emitir una respuesta. El hombre clasifica, evalúa y asigna significado al estímulo en función de su conjunto de experiencias provenientes de la interacción con el medio y de sus creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y autovaloraciones; de igual forma, deduce que en los trastornos emocionales existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información, que produce unos pensamientos irracionales que son la causa de la depresión. Según este modelo, la perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean.

Por consiguiente, agrega García (2010), que la teoría cognitiva en la depresión, es como resultado de pensamientos inadecuados; es decir, que la depresión se debe a una distorsión cognitiva, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la triada cognitiva, él mismo, el mundo y el futuro.

El tratamiento en este sentido, expone García (2010), consiste en detectar los pensamientos automáticos negativos de los sujetos, analizarlos y cambiarlos racionalmente. La aportación que se puede dar desde el punto de vista corporal es que las sensaciones que sentimos son debidas a pensamientos automáticos. Cuando pensamos mucho sobre un tema vamos reduciendo el pensamiento de forma que generalizamos y dejamos indicado el contenido y lo único que sentimos es la preparación para actuar que nos deja, es decir, la emoción y la sensación asociada. Se puede analizar de esta forma el pensamiento automático de tal manera que el deprimido ve claramente la relación entre la sensación y el pensamiento, de hecho basta con preguntarle respecto a la sensación para que sepa a qué se debe y qué es lo que en realidad la sensación le dice. Una vez que se descubre el pensamiento automático a veces se puede desmontar de forma racional, pero otras es preciso hacer algún experimento para comprobar que no responde a la realidad o realizar cambios conductuales para que el paciente pueda apreciar la realidad. Uno de los problemas que ocurre con este tipo de pensamientos automáticos es que se confirman a sí mismos. El paciente se siente incapaz de actuar y esto le produce una sensación que le deja tan caído que en efecto no puede actuar.

De otra forma también expresa García (2010), la indefensión aprendida, es la incapacidad para poder resolver algún problema; es decir, asociada con esta, está la teoría de la desesperanza. El problema es la pérdida de la esperanza de conseguir los refuerzos que queremos.

Ahora bien, la relación entre la ansiedad y depresión, aunque se consideran categorías diagnósticas diferentes, como lo indica también García (2010), suelen estar íntimamente relacionadas. La explicación más clara se refiere a la depresión

que surge de un intento de solucionar un problema. La solución del problema supone un esfuerzo que genera una ansiedad que se va incrementando a medida que se comprueba que no se puede solucionar el problema. En ese momento aparece la depresión, pero lógicamente no se abandona del todo el intento de solución del problema con lo cual la ansiedad persiste asociada a la depresión; y cuando se da esta asociación para el tratamiento, se tiene que definir el problema pendiente para poder iniciar el tratamiento psicológico.

La terapia cognitiva fue desarrollada originalmente por Beck y formalizada a finales de los años setenta para ser aplicada en la depresión, de acuerdo a lo que expresan McCarty y Weisz (2007) citados en El Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (2009). La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión. La activación conductual es también un aspecto clave de la terapia cognitiva de Beck, que hace un especial énfasis en la relación entre la actividad y el estado de ánimo. Es una terapia que implica activamente al paciente, es directiva, propone metas específicas y realistas y ayuda a encontrar nuevas perspectivas.

Aunque los modelos cognitivo y conductual de la depresión parten de supuestos diferentes para explicar el origen y mantenimiento del trastorno, se denomina terapia cognitivo-conductual (TCC) a la modalidad de terapia que comparte técnicas cognitivas y emplea de forma sistemática técnicas conductuales. La TCC cuenta con el mayor número de estudios publicados, tanto en adultos como en niños y adolescentes (Verdeli y cols. 2006, citados en El Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009).

La TCC ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión moderada en adultos, con resultados similares a los obtenidos con tratamiento farmacológico (GTMDMA-119, 2006, citados en El Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009); y tanto en niños como en adolescentes, no difiere ni en la lógica ni en los elementos

terapéuticos esenciales de la empleada en adultos, pero como es esperable, los procedimientos terapéuticos se adaptan a la edad del niño. Así, por ejemplo, la psicoeducación acerca del papel de los pensamientos en los estados emocionales puede valerse de recursos como dibujos e ilustraciones.

Las características más importantes de la TCC empleada en población infantil y adolescente, son las siguientes (Zuckerbrot y cols., 2007 y, Compton y cols., 2004, citados en El Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009):

- Es una terapia centrada en el presente y basada en la asunción de que la depresión está mediada por la percepción errónea de los sucesos y por el déficit de habilidades.
- Sus componentes esenciales son la activación conductual (incrementar la realización de actividades potencialmente gratificantes) y la reestructuración cognitiva (identificación, cuestionamiento y sustitución de pensamientos negativos). También son elementos importantes el aprendizaje de competencias conductuales y las habilidades sociales en general.
- Los manuales de tratamiento se estructuran en sesiones de entrenamiento de habilidades y sesiones opcionales sobre problemas específicos. Habitualmente las estrategias de la terapia se basan en la formulación clínica del problema (formulación en la que se pone especial énfasis en los factores asociados al mantenimiento del trastorno) y la sesión terapéutica sigue una agenda de problemas que se deben tratar.
- Es frecuente incluir sesiones con los padres y/o familiares, con la finalidad de revisar los progresos y aumentar la adherencia al tratamiento.

El papel de los padres en el tratamiento, como opinan algunos autores lo han calificado de esencial (Albano y cols., 2004, citado en El Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009). Los padres no solo aportan información importante para la evaluación psicológica, el planteamiento de objetivos y la orientación del

tratamiento, sino que también pueden actuar como agentes de cambio terapéutico, por ejemplo, facilitando la realización de determinadas tareas indicadas en las sesiones de tratamiento psicológico.

Caballo (2007), expresa que por medio del empleo de tácticas de intervención cognitivas y conductuales conjuntas, incluyendo el entrenamiento en asertividad, la relajación, el autocontrol, la toma de decisiones, la solución de problemas, la comunicación y el manejo del tiempo, se enseñaba a los pacientes deprimidos a controlar y reducir la intensidad y la frecuencia de los acontecimientos aversivos y a aumentar su tasa de implicación en actividades agradables.

El manejo de las contingencias es otra clase de intervención, esta intervención entraña el cambio de las consecuencias de ciertas conductas. En el caso de pacientes externos, el terapeuta puede enseñar a los miembros de la familia a prestar atención y dar alabanzas y afecto físico contingentemente a las conductas adaptativas e ignorar las conductas depresivas (Lieberman y Raskin, 1971, citado en Caballo, 2007). Las tácticas del entrenamiento en habilidades se centran en enseñar a las personas deprimidas habilidades que puedan emplear para cambiar los patrones problemáticos de interacción con el ambiente, así como las habilidades que necesiten para mantener estos cambios después de haber terminado la terapia. Las intervenciones específicas del entrenamiento en habilidades varían de caso a caso; van desde programas muy estructurados y estandarizados a procedimientos diseñados individualmente. Al elegir métodos de autocontrol, hemos hecho un uso considerable de los procedimientos y técnicas descritos por Goldfried y Merbaum (1973), por Mahoney y Thoresen (1974), por Thoresen y Mahoney (1974) y por Watson y Tharp (1972), citados en Caballo, (2007). El libro de Lakein (1973, citados en Caballo, 2007) *Cómo conseguir el control de tu tiempo y de tu vida*, es útil también porque presenta un formato sistemático para organizar el tiempo y las actividades, de modo que permite cumplir con las responsabilidades y tener además tiempo para actividades agradables. Las tácticas que tienen como objetivo permitir que el paciente cambie la calidad y

la cantidad de sus relaciones interpersonales cubren normalmente tres aspectos de la conducta interpersonal: aserción, estilo interpersonal de la conducta expresiva y actividad social. Las habilidades cognitivas tratan de facilitar cambios en la forma en que los pacientes piensan sobre la realidad. Puede identificarse claramente que el locus de control sobre los pensamientos se encuentra en el paciente, puesto que sólo éste puede observar sus pensamientos. Las habilidades de control del estrés incluyen el entrenamiento en relajación (Benson, 1975; Rosen, 1977, citado en Caballo (2007)).

Se utilizan diferentes procedimientos para alcanzar los objetivos del tratamiento. Incluyen el registro diario, el entrenamiento en relajación, el vérselas con los acontecimientos aversivos y el aumentar las actividades agradables, (Caballo 2007).

Primer paso: El registro diario

Se enseña a los pacientes, en primer lugar, a poner en forma de gráficos y a interpretar sus datos de registro diario. Parecen entender de forma intuitiva la relación entre acontecimientos desagradables y estado de ánimo. Pero la covariación entre los acontecimientos agradables y el estado de ánimo es normalmente un descubrimiento para los pacientes. El observar estas relaciones sobre una base diaria impresiona notablemente a los mismos, descubriendo que la cantidad y la calidad de sus interacciones diarias tienen un impacto importante sobre su depresión. Esta ya no es una fuerza misteriosa, sino una experiencia que puede entenderse. Los gráficos y su interpretación proporcionan a los pacientes un marco para comprender su depresión y sugieren formas de tratar con ella. El registro de acontecimientos específicos ayuda a los sujetos a centrarse en el afrontamiento de aspectos desagradables determinados de su vida diaria y, de igual importancia, hace que se den cuenta del rango de experiencias agradables que les son potencialmente accesibles. Los pacientes, en un sentido muy real, aprenden a diagnosticar su propia depresión (Caballo 2007).

Segundo paso: El entrenamiento en relajación

La explicación para el entrenamiento en relajación se introduce al final de la primera sesión. Se indica a los pacientes cómo la tensión puede exacerbar la aversión de situaciones desagradables y cómo interfiere con el disfrute de las actividades agradables. Al final de la primera sesión, se le da al paciente la tarea de leer un folleto (p. ej., «Cómo aprender a relajarse profundamente») o de un libro (p. ej., Benson, 1975; Rosen, 1977) y se le enseña a familiarizarse con los principales grupos de músculos y cómo tensarlos y relajarlos. Gran parte de la segunda sesión se dedica a la relajación muscular progresiva con el fin de mostrar a los pacientes el grado de relajación que pueden sentir. Se anima al paciente a que practique la relajación dos veces al día y que lleve un registro sobre la misma. Tareas posteriores implican el identificar las situaciones específicas en las que se sienten tensos (Caballo, 2007).

Tercer paso: Vérselas con los acontecimientos aversivos

La terapia pasa luego a enseñar a los pacientes a enfrentarse con los acontecimientos aversivos. Los pacientes sobrerreaccionan a menudo ante los acontecimientos desagradables y permiten que interfieran con el disfrute de las actividades agradables. Por consiguiente, el entrenamiento en relajación se introduce pronto en el tratamiento con el objetivo de enseñar a los pacientes a estar más relajados en general, pero especialmente en las situaciones específicas en que se sientan tensos. El componente “disminución de los acontecimientos desagradables” continúa indicando un pequeño número de interacciones o situaciones negativas que desencadenan la disforia del paciente. Con el fin de reducir la aversión de estas situaciones, el terapeuta dispone de un amplio rango de tácticas, que podría incluir enseñar a los pacientes a tener conscientemente pensamientos más positivos y constructivos entre el acontecimiento activante y el sentimiento de disforia; a aprender a no tomarse las cosas de manera personal; a prepararse para los encuentros aversivos; a aprender a utilizar las autoinstrucciones; a enfrentarse al fracaso; y a aprender otras formas de tratar más adaptativamente las situaciones aversivas (Caballo, 2007).

Cuarto paso: Manejo del tiempo

La planificación diaria y el entrenamiento en el manejo del tiempo es otra táctica general incluida en este módulo. En esta fase, se hace que los pacientes lean y hagan un empleo considerable de capítulos seleccionados del libro *Cómo controlar tu tiempo y tu vida* de Lakein (1973, citado en Caballo, 2007). Los individuos deprimidos normalmente hacen un mal uso de su tiempo, no planifican las cosas con antelación y, por consiguiente, no arreglan las cosas (p. ej., conseguir una niñera) para aprovechar las oportunidades agradables que se presenten. El entrenamiento tiene también como objetivo ayudar a los pacientes a lograr un mejor equilibrio entre las actividades que quieren realizar y las actividades que piensan que tienen que hacer. Utilizando una programación diaria del tiempo, se pide a los pacientes que planifiquen con anterioridad cada día y cada semana. Inicialmente, esta planificación se hace dentro de las sesiones con la ayuda del terapeuta; se espera que gradualmente los pacientes hagan la planificación en casa.

Quinto paso: Aumento de las actividades agradables

La planificación diaria es útil también para programar acontecimientos agradables específicos, que se convierten en el centro de la siguiente fase del módulo. Al ayudar a los pacientes a aumentar su tasa de implicación en actividades agradables, se pone el énfasis en plantear objetivos concretos para conseguir ese aumento y para desarrollar planes específicos sobre las cosas que harán los pacientes. Estos comienzan evaluando sus estados de ánimo y registrando la ocurrencia de las actividades agradables y desagradables en sus Programas de Actividades sobre una base diaria. Continúan con este registro diario mientras dura el tratamiento.

Terapia de habilidades sociales

Teniendo en cuenta el hallazgo consistente de las escasas habilidades sociales de las personas deprimidas (p. ej., Gotlib, 1982; Libet y Lewinsohn, 1973; Youngren y Lewinsohn, 1980); una serie de investigadores (p. ej.,

Sánchez, Lewinsohn y Larson, 1980, citados en Caballo, 2007) han descrito programas de tratamiento de orientación conductual para la depresión que se centran explícitamente en el entrenamiento de las habilidades sociales. Uno de esos programas de tratamiento para la depresión ha sido descrito por Becker, Heimberg y Bellack; p. ej., Becker y Heimberg, 1985; Becker, Heimberg y Bellack, 1987; Bellack, Hersen y Himmelhoch, 1981, (citados en Caballo 2007). Este programa está basado en las siguientes suposiciones:

1. La depresión es el resultado de un programa inadecuado de refuerzo positivo contingente con la conducta no depresiva de la persona.
2. Una parte sustancial de los refuerzos positivos más importantes en el mundo adulto son de naturaleza interpersonal.
3. Una parte significativa de las recompensas en la vida adulta puede entregarse o negarse, contingentemente con la conducta interpersonal de la persona.
4. Por consiguiente, un tratamiento que ayude al paciente deprimido a aumentar su conducta interpersonal debería actuar para incrementar la cantidad de refuerzo positivo contingente a la respuesta y, en consecuencia, disminuir el afecto depresivo t aumentar la tasa de “conducta no depresiva” (Becker y Heimberg, p. 205, citados en Caballo 2007).

3.2.2 La reestructuración cognitiva

La modificación de conducta surgió como una alternativa de evaluación y tratamiento asentada en una fuerte base teórica y una sólida fundamentación experimental, exponen Froján y Calero (2011). La llamada revolución cognitiva supuso la introducción de una serie de variables mediacionales que contribuyeron al alejamiento progresivo de las técnicas de estos principios.

El retomar el análisis de los procesos de aprendizaje que supuestamente subyacen a la intervención, la técnica de reestructuración cognitiva, concretamente, en cuanto a la conducta verbal de terapeuta y cliente, de acuerdo a la exposición de Froján y Calero (2011), durante la interacción clínica, se puede confirmar la hipótesis del moldeamiento como un proceso en el cual el psicólogo va reforzando las verbalizaciones del cliente según se aproximen a la verbalización final (racional/adaptativa), al tiempo que castiga y/o extingue aquellas que se alejan.

El planteamiento general de la línea de investigación que han desarrollado desde hace algunos años ha estado dirigido a intentar comprobar la hipótesis de que la reestructuración y, específicamente, el debate es un procedimiento verbal que se desarrolla para conseguir el cambio en la forma de pensar de una persona y en esos esquemas o creencias fuertemente arraigadas que supuestamente están en la base de las distorsiones cognitivas (Froján y cols, 2006, 2009, 2011, citado en Froján y Calero, 2011). Cualquier cambio en los supuestos subyacentes al comportamiento manifiesto sólo puede ser inferido a través de cambios en éste. No existe ninguna otra manera de comprobar que alguien ha cambiado su forma de pensar si no es a través del cambio en su actuación o en su verbalización. Podemos “adornar” este proceso de cambio con todos los elementos y procesos internos que queramos pero, en definitiva, lo que estaremos haciendo es analizar el comportamiento manifiesto a nivel motor y cognitivo/verbal, de manera que todo lo demás que infiramos a partir de éste puede resultar gratuito.

De esta forma, Froján y Calero (2011), consideran que en cuanto al ámbito clínico se refiere, no hay otra forma de modificar los pensamientos que a través del cambio en las verbalizaciones; además, de que un clínico puede saber lo que piensa su cliente a través de lo que dice o de lo que hace, no existe ninguna otra manera de evaluarlo, además, que se puede identificar respuestas cognitivas con respuestas verbales.

De igual manera, señalan que si la conducta verbal se rige por las mismas reglas que la conducta manifiesta, ¿por qué no utilizar los conocimientos de

condicionamiento para aplicarlos al ámbito cognitivo/verbal? Según ese planteamiento, la técnica de reestructuración cognitiva podría analizarse como un proceso de condicionamiento verbal en el cual la conducta verbal del terapeuta en sesión tiene una determinada función (discriminativa, reforzante, de castigo, motivadora, etc.) y va moldeando el comportamiento del cliente. Considerar de esta manera el proceso de reestructuración permite, en primer lugar, un análisis experimental de los procesos que lo sustentan; en segundo lugar, aumentar la eficacia terapéutica, ya que un terapeuta conocedor de las leyes de aprendizaje asociativo que explican tales procesos podría manejar voluntariamente las distintas funciones que su conducta puede desempeñar en sesión. El moldeamiento de la conducta verbal es una potente técnica de cambio de la conducta (Kohlenberg, Tsai y Dougher, 1993, citado en Froján y Calero, 2011).

3.2.3 Terapia Racional Emotiva (TRE)

La Terapia Racional Emotiva es una de las terapias que más relevancia e importancia han tenido dentro del campo de la psicoterapia, de acuerdo a lo que expresan Ibáñez y cols (2012). Creada por Albert Ellis a finales de los 50s e inicios de los 60s, se convirtió, a la larga, en una técnica muy popular y sin mucho temor a equivocarse, en una de las más importantes dentro del campo. Su popularidad dentro de los psicólogos clínicos se inició a mediados de los 70s y alcanzó su mayor fama a inicios de los 80s. A pesar del tiempo transcurrido, sigue siendo, para los psicólogos con una orientación cognitivo conductual, una de las técnicas a las que más se recurre.

Los fundamentos teóricos de la Terapia Racional Emotiva, Ellis los encontró en la aproximación cognitivo conductual, que es una aproximación teórica que también se desarrolló en la misma época (Ellis, 1962, citado en Ibáñez y cols 2012). La aproximación cognitivo conductual es una derivación de la Terapia de la Conducta, que a su vez, se deriva de la Modificación de la Conducta. El punto de la terapia Racional Emotiva, es enseñar y mostrar al sujeto las consecuencias de

sus actos, las causas de sus emociones y el aprendizaje de una forma diferente de pensar y por lo tanto de manejar sus emociones y actos. La TRE implica hacer explícito lo implícito de la auto-verbalización del sujeto y aprender una nueva forma de evaluar las situaciones de la vida cotidiana para actuar de una forma mucho más razonable. No implica encontrar una verdad “verdadera” porque eso es relativo, sino más bien encontrar una forma de pensar mucho más funcional, menos dolorosa. Implica que lo doloroso de la vida se vuelva un poco menos doloroso y que lo que se puede gozar de la vida, se vuelva mucho más “gozable”. Si lo que modifica nuestras emociones es la evaluación de las situaciones que el sujeto hace de su entorno, entonces hay que modificar dichas evaluaciones para obtener emociones más funcionales y que le permitan al sujeto vivir de una forma más comfortable. Entonces la Terapia Racional Emotiva nos enseña a modificar, a evaluar nuestro entorno de manera tal que nos permite permanecer en un poco más de calma y satisfacción para el paciente.

De esta forma, aclaran Ibáñez y cols (2012), la TRE se ha vuelto famosa y se ha aplicado a una gran cantidad de sujetos y problemas. En general, es necesario que el sujeto sea verbal; es decir, que tenga un manejo verbal mínimo y que pueda entender lo que se le dice. Por lo tanto, no es posible aplicar esta técnica con niños muy pequeños que no tengan un manejo verbal adecuado. Los problemas a los que se ha aplicado han sido básicamente fobias múltiples, problemas sociales, problemas maritales, ansiedad generalizada, desarrollo personal, obsesiones compulsiones y demás problemas dentro del campo de la psicología considerada como clínica. Es decir, lo que el psicólogo hace dentro de un consultorio.

Todo esto ha hecho que la Terapia Racional Emotiva se haya vuelto una de las técnicas más populares y con más prestigio en el campo conocido como psicología clínica externa. Incluso la Asociación Norteamericana de Psicología ha establecido que los psicoterapeutas puedan establecer las tarifas más altas entre los demás tipos de psicoterapias que se utilizan en Estados Unidos, (Ibáñez y cols., 2012).

Las aplicaciones de la TRE como alternativa de intervención y la publicación de estudios de caso sobre síndromes específicos como la depresión continúan en trabajos publicados como en el de (Palmer y Gyllensten 2008, citado en Ibáñez y cols., 2012). En este trabajo se aplican técnicas de la TRE para un paciente que sufría de depresión y de procrastinación. Éste término se usa para referirse al hábito de postergar actividades importantes que deben de llevarse a cabo sustituyéndolas por otras situaciones más irrelevantes y agradables. Éste hábito llevado al extremo, se le considera como parte de la depresión y del síndrome de déficit de atención. En este artículo plantea la utilidad de la TRE como una herramienta que le permite al paciente afrontar la ansiedad de terminar una tarea relevante y por lo tanto también afrontar y prevenir el mantenimiento y desarrollo de la depresión (Neenan, 2008, citado en Ibáñez y cols 2012). También se aplicó la TRE como una forma de intervención contra la depresión en diferentes poblaciones como mujeres con distrés y hombres. La TRE, desde este punto de vista, es abordada como una forma específica para tratar en forma efectiva la depresión. Los resultados que se muestran son de excelentes a buenos.

3.3 Tratamiento psicoanalítico

En sus orígenes, el tratamiento psicoanalítico era breve y focalizado. Sin embargo, el desarrollo posterior transformó la terapia psicoanalítica en lo que se ha llamado el psicoanálisis clásico, una terapia de tiempo ilimitado y de alta frecuencia (3 a 5 sesiones semanales), cuyo objetivo no está puesto en remover síntomas singulares o conductas problemáticas, sino en la reestructuración de la personalidad, de acuerdo al resumen de (Alonso, 2015); pero a partir de la década de los 40, después de terminada la Segunda Guerra Mundial, la preocupación con la masificación de los servicios de Salud Mental, posibilitó la emergencia –primero en USA e Inglaterra–, de la psicoterapia psicoanalítica, que tiene por característica esencial el ser focal, de menor intensidad y, en general, de duración menor que un psicoanálisis. El surgimiento de las psicoterapias psicoanalíticas, mucho más adecuadas para ser incluidas en la oferta de servicios de atención en el sistema público, se debió a la labor de pioneros tales como Alexander y French (1946),

Sifneos (1972), Mann (1973), Malan (1976) Davanloo (1978), Luborsky (1984) y Strupp y Binder (1984, citados en Alonso, 2015). Tales modelos focales no buscan transformaciones de toda la personalidad, sino que asumen que la comprensión cognitiva (insight) de los problemas personales puede iniciar un cambio sintomático que se continúa después de la terminación del tratamiento. La psicoterapia psicodinámica exploratoria de larga duración puede extenderse por 1 año o más, con una frecuencia de 2 a 3 sesiones semanales. La psicoterapia focal tiende a durar entre 4 a 6 meses, con una frecuencia de 1 a 2 sesiones por semana. Mientras que la terapia exploratoria de larga duración enfoca el trabajo terapéutico en una variedad más amplia de distorsiones transferenciales, la terapia focal tiende a tener un carácter más restringido. Tanto el tratamiento exploratorio como el focal tienen como meta la resolución de conflictos inconscientes y éste es su sello psicoanalítico. A diferencia de las psicoterapias cognitivas y conductistas, se preocupan de ir más allá del cambio sintomático.

Alonso, (2015), explica además, que la técnica de la psicoterapia psicodinámica se basa en el establecimiento de un foco de comprensión consciente, que se elabora a través de la interpretación de las verbalizaciones y conductas del paciente durante la sesión.

El psicoanálisis moderno también destaca la importancia de la experiencia de los estados emocionales internos problemáticos, de los deseos y creencias en conflicto, codificados en patrones de relación que se exponen al examen dentro de la situación terapéutica y de la relación con el terapeuta. Actualmente se piensa, a diferencia de antes, que el insight (visión interna) consciente puede no ser tan importante como factor curativo. La experiencia emocional, asociada a la capacidad del terapeuta de tolerar pensamientos y emociones consideradas previamente como intolerables por el paciente, puede ser tanto o más importante como factor de cambio. Alonso, (2015) señala de igual modo, que otros aspectos del tratamiento potencialmente terapéuticos incluyen el fomento de la asimilación e integración en el sí mismo de experiencias emocionales dolorosas y previamente apartadas de la conciencia, la sugestión y el apoyo. La aproximación

más estructurada de la psicoterapia focal se relaciona naturalmente con una actitud más activa por parte del terapeuta, quien identifica y comunica al paciente los patrones conductuales recurrentes, consistentes con la presencia supuesta del conflicto inconsciente.

Para el psicoanálisis moderno la depresión constituye un síndrome variado y complejo con presentaciones semiológicas diferentes que pueden llegar a manifestarse como desórdenes bien delimitados que califican dentro de las nosologías en uso (DSM IV y CIE 10), de acuerdo a lo sintetizado por Alonso, (2015) y al cual se puede acceder por distintas vías. Estas vías pueden ordenarse dentro de series de causas que van desde lo biológico constitucional a lo psicogénico. Dentro de las series causales propiamente psicológicas, también es posible pensar en términos de series complementarias. Existen dos modelos psicoanalíticos para la psicopatogenia de la depresión. El más antiguo destaca la importancia de agresión y culpa en la génesis de la depresión. El más moderno recalca la tensión patológica entre la realidad y el ideal del yo en pacientes deprimidos. (Bleichmar 1996, citado en la síntesis de Alonso, 2015); ofrece un modelo integrado entre ambos que se puede resumir en 2 puntos:

1) La existencia de un deseo que ocupa un lugar central en la economía psicológica del paciente deprimido; fijación que no puede ser reemplazada o compensada por otros deseos. Este deseo puede pertenecer a diferentes áreas. Por ejemplo, pueden ser deseos de satisfacción instintiva o de experimentar niveles bajos de tensión mental y física, o ser deseos de apego, desde los más normales de contacto físico o comunicación emocional con un otro significativo, hasta los más patológicos de fusión con el objeto. Pueden ser deseos narcisistas, también desde los normales deseos de control de los propios impulsos y emociones, de buen funcionamiento psíquico o de ser querido y apreciado, hasta deseos más patológicos de cumplir con ideales de perfección física, mental o moral, de ser objeto de admiración sin límite o de tener un control total sobre sí mismo o sobre los demás. Por último, están los deseos que pueden estar relacionados con el bienestar de la persona querida. Si el sujeto se ve a sí mismo

como siendo el agente causal del daño o sufrimiento de la persona deseada, se originará una depresión cuyo componente principal será la culpa.

Lo crucial es que el deseo sea profundamente anhelado, es decir, sea central en la economía psíquica del sujeto, de modo tal, que su no realización y su imposibilidad de ser reemplazado o compensado conduce a una situación de catástrofe psicológica. (Alonso, 2015).

2) El sentimiento de desamparo e impotencia frente a la realización de ese deseo, con la correspondiente representación de sí mismo como incapaz de satisfacer el deseo. En el surgimiento de este sentimiento de desamparo pueden estar involucrados: agresión volcada contra sí mismo (culpa inconsciente), o ser consecuencia de la agresión a objetos internos del self que al quedar deteriorados por la crítica hacen sentir a la persona que está viviendo en un mundo despoblado de objetos gratificantes, o de ataque a objetos en la realidad exterior con la consiguiente pérdida de relaciones interpersonales y oportunidades sociales, o un superyó muy severo (heredero introyectado de una relación temprana que fue vivida desde un otro abandonante, exigente y castigador), o de aspiraciones narcisistas exageradas (discrepancia entre el yo percibido y el ideal del yo), o de identificación con padres depresivos que generan un sentimiento básico de impotencia y desesperanza (carácter depresivo), o exposición a situaciones traumáticas actuales (opresión, enfermedades graves invalidantes, etc.), o fijación a situaciones equivalentes en el pasado que al sobrepasar los recursos de la persona le hacen sentir impotente y desesperanzado, o pensamientos automáticos negativos de diferente origen, etc. Además, estos diversos componentes pueden interactuar y, a su vez, retroalimentarse entre sí y con el entorno interpersonal de distintas maneras, de modo que la depresión se mantiene y profundiza (Alonso, 2015).

De acuerdo con (Bleichmar, citado en Alonso 2015), el modelo centrado en agresión y culpa es una manera particular de llegar a la situación que define la esencia de la depresión.

Desde un punto de vista psicoanalítico, sin embargo, las áreas de patogenia que para Klerman citado en Alonso, (2015), están en la base de una depresión están subsumidas en la psicodinámica psicoanalítica descrita. Recuérdese que desde el punto de vista de la psicopatología psicoanalítica del paciente deprimido, lo esencial es la existencia de un deseo psicológicamente irrenunciable, simultáneamente con la convicción de la propia incapacidad de realizarlo. El duelo patológico, testimonio de un penoso deseo de reunión irrealizable o la pérdida irrecuperable de un rol significativo en la vida, sólo conducen a la depresión en virtud de la convicción de su respectiva “irrealizabilidad” o irrecuperabilidad. Por su parte, la disputa interpersonal de roles extrae su carácter patogénico de la incapacidad de renunciar al deseo de reciprocidad. Del mismo modo, los déficit interpersonales pueden conducir a depresión por la vía de frustrar, irremediamente, la necesidad de relaciones interpersonales nutritivas y, en tal caso, la agresión y la culpa por dañar a la persona que es objeto del deseo puede estar jugando un papel preponderante.

Con todo, más allá de las aparentes diferencias, de acuerdo a Alonso, (2015), el objetivo diagnóstico psicoterapéutico común es descubrir, con el paciente, la vía particular a través de la cual éste llegó a deprimirse. Este proceso conduce al establecimiento del foco dinámico que será trabajado a lo largo de la terapia.

El concepto de técnica focal supone que el trabajo terapéutico puede centrarse consistentemente en la interpretación y elaboración del mismo conflicto patógeno a lo largo de la terapia, como lo escribe Alonso, (2015), El conflicto focal se encuentra en un nivel mediano de abstracción y se relaciona dinámicamente tanto con los síntomas como con la estructura de personalidad del paciente. El foco es un constructo teórico técnico que surge en la mente del terapeuta a partir de la interacción con su paciente dentro de las primeras sesiones de tratamiento y podría formularse idealmente en términos de una interpretación esencial en la que basar la terapia. La determinación del foco es un proceso intersubjetivo complejo y fluido que no pretende ser una imposición del terapeuta, sino un emergente de

la “negociación” propia de dos mentes que entran en contacto. A través de la escucha de la biografía del paciente, de los elementos de su situación actual de vida en relación con las etapas del ciclo vital, de los eventuales conflictos que caractericen la situación desencadenante y de la manera como el paciente entrega la información y se comunica en las entrevistas, va surgiendo en la mente del terapeuta un patrón de interacción conflictiva interpersonal característico que se repite en la historia de vida, se manifiesta en la situación actual y desencadenante de la depresión y se ofrece a la comprensión del terapeuta en la interacción personal durante las entrevistas.

3.4 Terapia Humanística

Nacida como una reacción al psicoanálisis, esta escuela basa su terapia en el potencial de bondad que hay en la naturaleza humana (Conesa, 2011).

La más clásica de las terapias humanistas es la psicoterapia centrada en el paciente. El psicólogo estadounidense Carl Rogers sostenía que los individuos, así como todos los seres vivos, están dirigidos por una tendencia innata a sobrevivir y reafirmarse que les lleva al desarrollo personal, a la madurez y al enriquecimiento vital. Cada persona tiene capacidad para el autoconocimiento y el cambio constructivo que la acción del terapeuta, que deberá reunir una serie de cualidades personales esenciales, ayudará a descubrir (Conesa, 2011).

Rogers daba así más importancia a las actitudes del terapeuta que a su capacidad o a su preparación técnica (Conesa, 2011). Utilizaba el término 'cliente' en vez de paciente para subrayar que su método de tratamiento no era manipulador ni médico, sino que se basaba en la comprensión adecuada y sensible de sus experiencias y necesidades. La segunda cualidad importante del psicoterapeuta es la aceptación incondicional positiva, que se abstiene de juzgar lo que el paciente dice o relata. La autenticidad o ausencia de simulación era la tercera cualidad que él consideraba esencial.

Rogers describió el proceso del tratamiento como la reciprocidad entre las actitudes del cliente y del terapeuta (Conesa, 2011). Precisamente porque el terapeuta escucha de forma incondicional, el cliente aprende a escuchar incluso los pensamientos que más teme, hasta alcanzar un estado de autoaceptación donde es posible el cambio y el desarrollo.

3.5. Terapia de la Gestalt

La terapia de la Gestalt, otro enfoque humanista, fue desarrollada por el psicoanalista alemán Frederick (Fritz) S. Perls. Según Perls, la civilización moderna conduce de forma inevitable a la neurosis, ya que obliga a las personas a reprimir sus deseos naturales y, por tanto, los frustra en su tendencia innata a adaptarse biológica y psicológicamente a su entorno. En consecuencia, aparece la ansiedad neurótica. Ajeno a la tradición psicoanalítica, Perls sostenía que el descubrimiento intelectual de lo que al paciente le está sucediendo es insuficiente para curar el trastorno, por lo que elaboró ejercicios específicos pensados para mejorar la conciencia de la persona sobre su emoción, estado físico y necesidades reprimidas, a través de estímulos físicos y psicológicos del ambiente. La terapia gestaltista se lleva a cabo con individuos y con grupos, por lo general en sesiones semanales, durante dos años (Conesa, 2011).

3.6. Terapia Sistémica

Sluzki, (2014 citado en Castillo y Altea, 2017), sitúa el origen de las bases teóricas y epistemológicas de este enfoque en los años 50 y en el “espíritu de exploración y de cambio” que surgió en el entorno creativo de la postguerra. En este desplazamiento del foco de atención del individuo a las relaciones familiares fueron pioneros dos centros: The Family Institute en Nueva York, dirigido por el psicoanalista Nathan Ackerman y el Mental Research Institute, fundado por Don Jackson en Palo Alto (California), donde se llevó a cabo un trabajo de investigación y clínico basado en la cibernética y la teoría de la comunicación. En

el campo de la investigación, se realizaron en el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) estudios que se centraban en la familia de los pacientes con trastornos psiquiátricos severos. Con el diálogo establecido entre estos centros, surgió en 1962 *Family Process*, la primera revista especializada en terapia de pareja y familia.

La terapia familiar sistémica se propagó rápidamente y esto se debió, según el autor, a la rapidez con la que se presentaban cambios a partir de las intervenciones familiares y a sus prácticas conceptualmente novedosas, atractivas para quienes intervenían en problemáticas o contextos en los que experimentaban las limitaciones de otros modelos. Se ampliaron así nuevos horizontes de formación y práctica clínica que pronto se extendieron internacionalmente. Este nuevo paradigma se centró inicialmente en analizar la estructura, procesos y peculiaridades de la pareja y familia y diseñar estrategias para intervenir con el sistema en su conjunto (estrategias que posteriormente cristalizaron en los distintos modelos de intervención). Pronto se empezaron a estudiar también específicamente el rol y procesos del propio terapeuta o equipo terapéutico y, desde ahí, se amplió la lente para incluir tanto al sistema interactivo *familia-equipo terapéutico*, como a la red social significativa. Y finalmente, señala Sluzki, el acento de los modelos y prácticas sistémicas se transfirió de las interacciones a los procesos narrativos como mantenedores de las identidades y las historias (con frecuencia problemáticas) de quienes consultaban Sluzki (2014, citado en Castillo y Altea 2017).

Al respecto, Rodríguez y Barbagelata (2014, citados en Castillo y Altea, 2017), señalan que entre los precursores del paradigma sistémico se encuentran los modelos psicoanalíticos más centrados en lo social y relacional. Aunque desde el inicio del psicoanálisis Freud desarrolló una teoría del funcionamiento psíquico basada en las relaciones familiares (el triángulo padre, madre e hijo/a que constituye el complejo de Edipo), la intervención no se centró en la realidad relacional, sino en la dinámica intrapsíquica y no se trabajaba con la familia del paciente en tratamiento. Destacados psiquiatras con orientación psicoanalítica, como Ackerman, al trabajar con patologías graves, “experimentaban las

insuficiencias del modelo psicodinámico individual y se sintieron atraídos por un modelo que ampliaba sus posibilidades de intervención al incorporar a la familia en la evaluación y el tratamiento”. Uno de los artífices del paradigma sistémico fue Gregory Bateson, que en 1956 con su concepto de “doble vínculo”, describe cómo un determinado proceso interaccional contribuye a generar patología en el individuo afectado: un progenitor que transmite al hijo/a dos mensajes mutuamente incompatibles, emitidos en distintos niveles de comunicación, situándole en una trampa relacional de la que es imposible salir. Esto supuso un cambio radical en el estudio del origen y tratamiento de las enfermedades mentales, al tener en cuenta los aspectos relacionales y comunicacionales. El paradigma sistémico se enfocó principalmente en estudiar los efectos que la conducta de un individuo tenía sobre el otro, las reacciones de éste y el contexto en el que se daba esa interacción (Watzlawick et al, 1971, citado en Castillo y Altea, 2017).

El primero de los pilares teóricos del paradigma sistémico, la *Teoría General de Sistemas*, aporta una descripción de los sistemas y sus propiedades: un sistema es un conjunto de elementos vinculados entre sí que constituyen una *totalidad*, de forma que el todo es más que la suma de las partes (por lo que, para conocer el sistema familiar, no basta con analizar por separado a cada uno de sus miembros). Y a su vez, para conocer las características y funcionamiento de cada componente, necesitamos situarlo en su contexto, comprender qué lugar y función cumple en ese sistema. Al estar los componentes del sistema vinculados en un todo, un cambio en cualquiera de las partes conllevará una modificación en el sistema en su totalidad. Otra de las características de los sistemas es la *circularidad*, que implica que hay una influencia recíproca (y no unilateral) entre los componentes del sistema. Por último, la *equifinalidad* y *equicausalidad* indican que a partir de unas determinadas condiciones iniciales pueden darse distintos resultados y que, a su vez, se puede haber llegado a una determinada situación a partir de condiciones iniciales muy diferentes. En la práctica clínica, esto implica que nuestra observación e intervención deben centrarse en el funcionamiento del sistema familiar aquí y ahora, puesto que es la propia organización del sistema la que va a influir en su estado actual y evolución posterior (Castillo y Altea 2017).

Otro de los pilares teóricos del paradigma sistémico lo desarrolló el equipo de Watzlawick et al, (1971, citado en Castillo y Altea, 2017), en el Mental Research Institute de Palo Alto, al formular los cinco *axiomas de la comunicación*, que describen los efectos pragmáticos (relacionales) de la comunicación humana y que son de máxima importancia en la terapia familiar sistémica. El primer axioma establece que toda conducta (incluso permanecer callado) implica una comunicación y, por tanto, no es posible no comunicar. El segundo axioma distingue los niveles de contenido y relación en toda comunicación, refiriéndose el primero a la información que se transmite y el segundo a la relación que se establece entre los comunicantes, constituyendo éste uno de los focos centrales de la terapia sistémica. El tercer axioma señala que la puntuación de la secuencia de hechos (dónde o en quién se sitúa el inicio de la comunicación o la interacción) es siempre arbitraria y depende del punto de vista del observador. El cuarto axioma distingue los niveles digital y analógico de la comunicación, expresados a través de la comunicación verbal y no verbal, respectivamente. El quinto y último axioma plantea que todas las relaciones están basadas en la igualdad o la diferencia, es decir, en interacciones simétricas o complementarias.

La familia es el sistema de pertenencia básico, que puede adoptar formas o estructuras muy diferentes para cada caso particular, en distintos momentos de la historia y evolución de la familia y en función de otras muchas variables, como el contexto cultural o socioeconómico. Es un sistema complejo que ha conseguido permanecer en el tiempo precisamente porque ha ido cambiando y adaptándose a las nuevas circunstancias sociales. El Ciclo Vital Familiar (CVF) es la sucesión de etapas por las que atraviesa la familia, etapas de una complejidad creciente, debido a la influencia de las características psicológicas de sus miembros y de las variables culturales, sociales y económicas del entorno (Castillo y Altea 2017).

Existen dos modelos del ciclo vital individual de Erikson y el del ciclo vital familiar de Duvall como precursores del modelo del CVF de Carter y McGoldrick (1999), citado en Castillo y Altea (2017), que es uno de los más utilizados en el campo de la terapia familiar sistémica. Este modelo considera que cada sistema familiar se encuentra en la intersección entre dos ejes: uno vertical donde se aprecian

patrones de relación y funcionamiento que se transmiten a través de generaciones, como son las cargas con las que nacemos, las actitudes, tabúes y expectativas de la familia y un flujo horizontal donde se sitúan las etapas previsible por las que pasa la familia a lo largo del CVF y los cambios del sistema familiar ante circunstancias imprevisibles, como divorcios, enfermedades, muerte, etc.

Las características de las diferentes etapas del CVF son: la del adulto joven independiente, la formación de la pareja, la familia con hijos pequeños, la familia con hijos adolescentes, la emancipación de los hijos y la familia en la vejez. En cada etapa hay distintas tareas a llevar a cabo, cambios en la estructura familiar, la composición y funciones de los subsistemas, la organización jerárquica, los vínculos afectivos y en muchas ocasiones, la entrada y salida de algunos miembros. Se da así un proceso de evolución de cada miembro paralelamente al de la familia en conjunto (Castillo y Altea 2017).

El estudio del CVF puede resultar muy útil en terapia al proporcionar información necesaria para entender la evolución del sistema familiar con el que intervenimos y para obtener una visión histórica de las generaciones anteriores (pues el mensaje que unos padres han recibido de los suyos sobre cómo debe ser la familia y qué roles debe desempeñar cada uno tendrá un reflejo en la crianza de sus hijos). Y es que el CVF delimita los papeles de cada miembro de la familia según la etapa en la que esté (por ejemplo, a medida que los hijos van creciendo, la diferencia jerárquica con los padres se reduce y flexibiliza). Además, esos cambios en el ciclo vital se producen dentro de determinados contextos sociales, culturales, económicos y con ciertas ideologías de género, que determinan poderosamente lo que ocurre en el interior de cada familia. Este modelo, por tanto, debe adaptarse también a la nueva realidad social, en la que, por ejemplo, cada vez son más frecuentes los divorcios, las familias monoparentales, homoparentales, reconstituidas o multiculturales (Castillo y Altea 2017).

La evaluación de la pareja o familia para identificar los aspectos disfuncionales de la estructura o interacción familiar sobre los que hay que intervenir y diseñar, y así las estrategias terapéuticas son: Los códigos de observación, los cuestionarios y

escalas, describiendo detalladamente en ambos casos los principales instrumentos utilizados en la práctica de la terapia familiar sistémica. Martínez y Espinar (2014, citadas en Castillo y Altea, 2017).

Siempre que un sistema, en este caso el familiar, atraviesa una etapa de cambio, lo que suele hacer la terapia es redirigir un poco el proceso desde los propios recursos de la familia. De esta forma, el paciente “identificado” como triste, depresivo, cabizbajo, etc., reconocerá más fácilmente dónde encontrar el cambio que necesita con ayuda de los demás. No obstante, por más extraño que parezca, es necesario poner en evidencia que no solo el “paciente identificado” se beneficia, sino que esto afecta positivamente a todos quienes interactúan a su alrededor.

La familia es así un espacio en el cual se puede apoyar el proceso cambio, donde los afectados de manera positiva son todos, incluso el propio terapeuta. Esto ocurre ya que siempre, a pesar de ser un elemento externo a la familia, este tercer elemento comienza a estar en una interacción especial que ayuda a la mejoría de todos y para todos (Carrillo 2014).

3.7. Programas para atender la depresión

“Resourceful Adolescent Program” (RAP) (Resourceful), citado en Martínez y cols. (2008). Programa australiano que en la actualidad tiene tres componentes que promueven factores protectores individuales (RAP-A), familiares (RAP-F ó RAP-P) y escolares (RAP-T). Es un programa diseñado para aplicación universal en los colegios. El componente RAP-A consiste en 11 sesiones de 40 a 50 minutos de duración, realizadas en grupos de 8 a 15 estudiantes de 12 a 15 años. El foco de las intervenciones es reestructuración cognitiva, resolución de problemas, manejo del estrés y acceso a red de apoyo. Los estudios han demostrado hallazgos positivos tanto en el corto plazo como en el seguimiento cuando ha sido aplicado por profesionales de salud mental (MacDowell y cols. 2004 y, Shochet 2001)

citados en Martínez y cols. (2008). Cuando fue aplicado por profesores no obtuvo los mismos resultados (Harnett 2004, citado por Martínez y cols., 2008).

“Problem Solving for Life” (PSFL) Programa australiano de prevención universal que integra un componente de reestructuración cognitiva y uno de entrenamiento en habilidades de resolución de problemas. Consiste en 8 sesiones semanales de 45 a 50 minutos de duración que se aplica a toda la clase (25 a 35 alumnos) de 8º grado. Es implementado por profesores que reciben 6 horas de entrenamiento. Los resultados a corto plazo indicaron que los participantes mostraron una significativa reducción en los síntomas depresivos, sin embargo las diferencias con el grupo control no se mantuvieron en los seguimientos a 1, 2, 3 y 4 años (Spence y cols. 2005 y, 2003, citado por Martínez y cols., 2008). Cuando se comparó esta intervención con una intervención cognitivo-conductual de prevención en la modalidad indicada, con la combinación de ambas y un grupo control de no intervención, no se encontraron diferencias significativas en la sintomatología depresiva (Sheffiel y cols. 2006., citado por Martínez y cols., 2008).

“Coping with Stress Course”, citado por Martínez y cols. (2008). Es un programa desarrollado en Estados Unidos sobre intervención psicoeducativa y cognitivo conductual dirigido a adolescentes en riesgo de depresión, es decir, corresponde a una modalidad de prevención específica. Consiste en 15 sesiones de 45 minutos a 1 hora de duración. Una investigación muestra resultados positivos al año de seguimiento al aplicar el programa en adolescentes de 9º y 10º grado con altos niveles de sintomatología depresiva (Clarke y cols. 1995, citado por Martínez y cols., 2008).

“Penn Prevention Program”, “Penn Resiliency Program” y “Penn Optimism Program” Es un programa desarrollado en la Universidad de Pennsylvania, que consiste de 10 a 12 sesiones de 90 minutos de duración con componentes cognitivo conductuales y de resolución de problemas. Se ha aplicado de 5º a 8º grado. Ha sido implementado por profesores y por estudiantes graduados de psicología. Ha tenido buenos resultados en algunos estudios (Gillham y cols., 1995, citado por Martínez y cols., 2008). En un estudio no hubo efectos

significativos de la intervención para el total de la muestra, pero hubo efectos diferenciales en las distintas escuelas en que se aplicó (Gillham y cols., 2007, citado por Martínez y cols., 2008). Estudios de este programa realizados en Australia no demostraron efectos positivos (Pattison y Stevenson y, Quayle y cols., 2001, citado por Martínez y cols., 2008).

“Ease of Handling Social Aspects in Everyday Life” (LISA-T) Es un programa alemán que se aplica en modalidad de prevención universal consistente en 10 sesiones semanales de 90 minutos de duración. Utiliza técnicas cognitivo conductuales de reestructuración cognitiva, asertividad y entrenamiento en competencia social. En los estudios publicados los grupos variaron entre 8 y 24 estudiantes, separados por género, y el programa fue implementado por profesionales de salud mental. Los resultados han sido favorables (Pössel y cols., 2005, y Pössel y cols., 2004, citado por Martínez y cols., 2008).

“The beyondblue Schools Research Initiative” Corresponde a un programa que se está realizando en 50 escuelas de Australia como parte de la iniciativa nacional de depresión. Participan profesionales de salud y de educación, fortaleciendo tanto los factores protectores individuales como los ambientales, incluyendo a la familia. El programa de la sala de clases se desarrolla en modalidad de prevención universal con el mismo grupo de estudiantes por un periodo de 3 años a partir de 8º grado, realizándose 10 sesiones semanales en cada año, de 30 a 45 minutos de duración. Incluye técnicas para favorecer la educación emocional, reducción del estrés, habilidades sociales, aumento de las redes de apoyo, resolución de conflictos y asertividad. (Spence y cols. 2005, citado por Martínez y cols., 2008).

3.8. Intervenciones grupales sobre depresión

Las intervenciones grupales son una forma de abordar esta brecha en la población infante-juvenil y tienen ventajas tanto para los individuos que participan en ellas como para los servicios de salud (Corey 1995, citado en Méndez y cols. 2012).

Dentro de las ventajas para los individuos, está el que estas intervenciones permiten recibir retroalimentación y apoyo de parte del terapeuta y de sus pares, aprender de las experiencias de otros y practicar habilidades en un ambiente protegido; por otro lado, para los sistemas de salud, las intervenciones grupales ofrecen las ventajas de otorgar una mayor cobertura a un menor costo económico.

La terapia grupal ha sido utilizada como estrategia preventiva y tratamiento para patologías como la depresión en adolescentes. Estudios internacionales han demostrado eficacia en reducir la sintomatología depresiva con el objetivo de prevenir la depresión en adolescentes con intervenciones grupales tanto en settings clínicos como en colegios (Martínez y cols. 2010, citado en Méndez y cols. 2012).

Una investigación llevada a cabo en un centro de atención primaria de salud de Chile, demostró eficacia en la reducción de sintomatología depresiva en un grupo pequeño de adolescentes con depresión leve o moderada que participaron en una intervención grupal al compararla con un grupo control (Abarca 2012, citado en Méndez y cols. 2012).

Además, en un estudio piloto chileno de un programa grupal diseñado para prevenir la depresión en adolescentes en colegios, encontró una buena aceptabilidad y los resultados de seguimiento a los seis meses sugerirían la posibilidad de prevenir la aparición de nuevos casos de depresión (Martínez y cols. 2011, citado en Méndez y cols. 2012).

3.9. Cohesión grupal en intervenciones sobre depresión

Hay estudios que demuestran una relación entre los resultados de intervenciones grupales y el grado de cohesión grupal que logra el grupo (Burlingame 2011, citado en Méndez y cols. 2012), entendiendo ésta como una propiedad grupal con sentimientos individuales de pertenencia al grupo (Lieberman 1973, citado en Méndez y cols. 2012).

Estudios internacionales han demostrado la eficacia de intervenciones grupales para reducir la sintomatología depresiva en adolescentes, correlacionando de manera positiva el grado de cohesión grupal con los resultados; el objetivo sería: Describir la cohesión grupal de un taller psicoeducativo (YPSA) destinado a reducir la sintomatología depresiva en escolares de liceos municipales de la Región Metropolitana (Méndez y cols. 2012).

La cohesión grupal puede estar determinada por la proximidad entre los miembros, por el atractivo físico, por la reciprocidad, todo enmarcado en el concepto de atracción interpersonal. A su vez puede estar determinada por la atracción hacia las actividades específicas que desarrolla el grupo, como también hacia los objetivos comunes y el grado de pertenencia que puedan llegar a tener (Molero 2004, citado en Méndez y cols. 2012).

En el estudio “Intervención Escolar para mejorar la Salud Mental de jóvenes de Enseñanza Media: Yo Pienso, Siento y Actúo”, un ensayo clínico controlado y aleatorio que tuvo como objetivo medir la efectividad de una intervención universal para mejorar la salud mental de una muestra representativa de establecimientos educacionales municipalizados de Santiago (Araya y cols. 2011, citado en Méndez y cols. 2012). Durante la quinta sesión de este taller psicoeducativo YPSA, que se llevó a cabo en 33 primeros medios de 11 liceos municipales de Santiago, durante el año escolar 2009, se solicitó a los participantes que respondieran un cuestionario de cohesión grupal (Méndez y cols. 2012).

El taller YPSA (Yo Pienso, Siento, Actúo) fue una intervención en colegios municipalizados, para disminuir la sintomatología depresiva en alumnos de 1° medio. Se trató de una intervención de tipo universal, de orientación cognitivo-conductual de 11 sesiones de frecuencia semanal y 2 sesiones de refuerzo a los 2 y 7 meses de finalizado el taller. Cada sesión fue diseñada para ser desarrollada en un curso de 40 a 45 alumnos durante dos horas pedagógicas, lo que corresponde a 90 minutos (Vöhringer y cols. 2010, citado en Méndez y cols. 2012).

La Guía Clínica 2009 para el Tratamiento de Personas con Depresión del gobierno de Chile, recomienda intervenciones grupales en el tratamiento de la patología depresiva, por lo cual es necesario evaluar los resultados de las intervenciones

que se aplican y las variables que puedan influir positiva o negativamente, dentro de las cuales está la cohesión grupal. Por lo que se hace necesario futuras investigaciones en este campo para mejorar las intervenciones grupales que se aplican como terapias en el tratamiento de la atención primaria (Méndez y cols. 2012).

Todas estas terapias se pueden utilizar de manera eficaz para el tratamiento de la depresión en los adolescentes. Es una de las muchas ventajas que tienen este tipo de terapias psicológicas, que igual se pueden abordar para el tratamiento de adolescentes, de adultos y hasta en su mayoría, de adultos mayores.

Propuesta de prevención de la depresión en adolescentes

Justificación

La depresión es una enfermedad recurrente y de graves consecuencias, cuya prevalencia aumenta desde la niñez a la adolescencia. Es así como más del 20% de los adolescentes a los 18 años han tenido al menos un episodio depresivo. (Martínez y cols. 2008).

En México en materia de salud emocional, se ha dejado ver que estamos muy por debajo de las necesidades reales, sin descartar el estigma al que han sido sometidos durante siglos los tratamientos psicológicos, y que aún no dejan de estarlo. Aun gran parte de la población se resiste, quizás debido a la falta de información fehaciente sobre las necesidades de la salud mental, y mucho por falta de programas dirigidos a la población en general; por lo que es necesario trabajar eficazmente en base a programas efectivos, tanto informativos como de posibilidad de prevención y tratamientos al alcance de la población, de lo contrario nos seguirá rebasando la proliferación del mal de este siglo, que va relacionado con el acelerado ritmo de vida socioeconómico y la cada vez más compleja competitividad.

Hoy en día está por demás pensar en tratamientos individualizados, como se ha venido trabajando, considerando que el problema avanza más aceleradamente que el remedio, por lo que se tiene que trabajar más en prevención y tratamientos grupales, que de forma individualizada.

En países desarrollados se han investigado estrategias de prevención en el sistema escolar, considerando ventajas tanto prácticas como evolutivas. Los meta-análisis de estos programas han encontrado resultados consistentemente significativos en el corto plazo, aunque con tamaños de efecto pequeños a

moderados. Sin embargo, el mantenimiento de estos resultados, en el seguimiento a largo plazo es contradictorio. Por otro lado, faltan estudios de costo-efectividad que apoyen la diseminación de alguno de estos programas. (Martínez y cols. 2008).

En Chile las investigaciones en prevención de depresión en adolescentes son escasas y se encuentran aún en desarrollo. Los resultados de éstas y otras investigaciones que consideren tanto las fortalezas y las limitaciones de los estudios extranjeros, como las características socioculturales chilenas, podrían permitir el desarrollo y validación de programas de prevención de depresión en adolescentes en el sistema escolar que sean eficaces, efectivos y eficientes (Martínez y cols. 2008).

La adolescencia es un periodo de alto riesgo para iniciar trastornos depresivos (Costello y cols. 2002, citado en Martínez y cols. 2008). El tratamiento de la depresión en adolescentes, principalmente el farmacológico, muchas veces resulta controversial (Whittington y cols. 2004, citado en Martínez y cols. 2008). Por otro lado, los adolescentes acuden poco a los servicios de salud, por lo que el acceder a ellos a través de los colegios es una buena oportunidad para prevenir una patología tan importante, dadas sus consecuencias negativas y el costo que implica como la depresión.

Si bien la posibilidad de mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento adecuado de la depresión es de suma importancia, lo es también la posibilidad de implementar estrategias adecuadas para su prevención. Se ha estudiado la prevención de depresión en distintos grupos de edad y en distintos escenarios, además por consideraciones tanto prácticas como evolutivas el implementar estrategias preventivas en adolescentes en los colegios es particularmente apropiado (Sutton 1994, citado en Martínez y cols. 2008).

Al respecto, se ha definido prevención como intervenciones que ocurren antes del inicio de un trastorno (Institute of Medicine 1994, en Martínez y cols., 2008).

En estricto rigor, de acuerdo a esta definición, lo que se previene es un primer episodio de trastorno depresivo mayor. Sin embargo, la mayoría de las

investigaciones amplían este concepto debido a la importancia de la prevención no sólo de un trastorno establecido sino también de los síntomas subumbrales depresivos, como también la prevención no sólo de un primer episodio de depresión sino también de recurrencias y recaídas (Fergusson y cols. 2005, Pine y cols. 1998, en Martínez y cols. 2008).

Las intervenciones preventivas pueden ser universales si están dirigidas a toda la población o específicas si se dirigen sólo a un grupo. A su vez, las intervenciones específicas se denominan selectivas cuando están dirigidas a grupos de riesgo y se denominan indicadas cuando están dirigidas a individuos con sintomatología subumbral (Institute of Medicine, 1994, en Martínez y cols. 2008).

En un meta-análisis se encontró que los programas que involucran un componente para aumentar las competencias tienen tamaños de efectos mayores que los programas con métodos conductuales y de apoyo social. Por otro lado, se encontró que los programas que incluyen tres o más diferentes tipos de métodos fueron significativamente mejores (Llopis y cols. 2003, en Martínez y cols. 2008).

Al diseñar un programa de intervención es importante considerar la edad de los participantes, ya que hay diferencias en el estilo de pensamiento, que va transcurriendo desde un pensamiento concreto hacia uno hipotético-deductivo, como también diferencia en los intereses, grado de relación con los pares y los padres, etc. (Papalia 1993, en Martínez y cols. 2008). Si bien no hay claridad en relación a qué edad o en qué curso escolar sería más útil implementar estrategias de intervención en la adolescencia, en algunos estudios chilenos se ha optado por la enseñanza media (Eguiguren 2004, Cova 2006, en Martínez y cols. 2008).

Por lo anterior, se ha considerado trabajar con terapias grupales en edades tempranas, abordando fundamentalmente las etapas pre iniciales a los estados depresivos en los adolescentes, es decir de los 12 a los 15 años, para que antes de presentar algún síntoma de depresión, los adolescentes estén en condiciones de vivir sanos emocionalmente su adolescencia y así ingresar a la edad adulta, con toda la vitalidad que les puede dejar una vigorizante y sana juventud.

La Terapia Racional Emotiva de Alber Ellis, es una de las técnicas con más relevancia e importancia que se ha tenido en el campo de la psicoterapia. Consiste en la aproximación cognitiva conductual para identificar y resolver problemas actuales en la vida del paciente y que son antecedentes de las respuestas desadaptativas; fundamentalmente, se basa en enseñar habilidades generales que le permitan manejar más eficaz e independientemente futuros problemas (Ibañez y cols. 2012).

El objetivo de esta terapia es: enseñar y mostrar al sujeto las consecuencias de sus actos; las causas de sus emociones y el aprendizaje de una forma diferente de pensar y por lo tanto de manejar sus emociones y actos; implica encontrar una forma de pensar mucho más funcional, más razonable y saludable ante situaciones difíciles de la vida cotidiana. Con la Terapia Racional Emotiva se practica para modificar las emociones a través de una evaluación del entorno más funcional, más racional para que afecte sus emociones de manera positiva y que le permita vivir de una manera más confortable (Ibañez y cols. 2012).

El planteamiento general de la línea de investigación que han desarrollado desde hace algunos años ha estado dirigido a intentar comprobar la hipótesis de que la reestructuración y, específicamente, el debate es un procedimiento verbal que se desarrolla para conseguir el cambio en la forma de pensar de una persona y en esos esquemas o creencias fuertemente arraigadas que supuestamente están en la base de las distorsiones cognitivas (Froján y cols, 2006, 2009, 2011, citado en Froján y Calero, 2011). Cualquier cambio en los supuestos subyacentes al comportamiento manifiesto sólo puede ser inferido a través de cambios en éste. No existe ninguna otra manera de comprobar que alguien ha cambiado su forma de pensar si no es a través del cambio en su actuación o en su verbalización. Se puede “adornar” este proceso de cambio con todos los elementos y procesos internos que queramos pero, en definitiva, lo que estaremos haciendo es analizar el comportamiento manifiesto a nivel motor y cognitivo/verbal, de manera que todo lo demás que infiramos a partir de éste puede resultar gratuito.

Metodología

Estrategia: Terapia grupal

Objetivo general:

Desarrollar un programa terapéutico grupal para prevenir la depresión en adolescentes.

Objetivos específicos

- Describir el concepto, causas y síntomas de la depresión.
- Exponer los diferentes factores de riesgo de la depresión.
- Distinguir las consecuencias que se pueden generar por no atender la depresión.
- Evaluar el nivel de autoestima y autoimagen
- Analizar el control de emociones negativas para no caer en depresión.

Muestra: No probabilística

Participantes: 20 alumnos del nivel básico (Secundaria) de 12 y 13 años, de ambos sexos.

Lugar: Escuela Secundaria No. 5, Anexas a la Normal Superior del Estado de México. En Toluca, México.

Procedimiento: Se realizará un taller de 5 sesiones de 2 horas cada una, en el cual se tratará el tema de la depresión en adolescentes, sus causas, sus síntomas, factores de riesgo, consecuencias y cómo prevenirla.

Evaluación: Inventario de Depresión de Beck (1961)

Es un inventario breve compuesto de 21 ítems de preguntas fáciles de entender y calificar, su objetivo es medir la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Tiene una duración aproximada de 20 minutos.

Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman todos los puntos, dando un total que puede estar entre 0 y 63. El resultado será de acuerdo a la puntuación obtenida:

- Una calificación de 0 a 13: sin depresión
- Una calificación de 14 a 19: depresión leve
- Una calificación de 20 a 28: depresión moderada
- Una calificación de 29 a 63: depresión severa

Contenido temático por sesión

Sesión 1: Depresión, evaluación, concepto, causas y síntomas

Sesión 2: Factores de riesgo de la depresión

Sesión 3: Consecuencias de la depresión

Sesión 4: Evaluación de autoestima y autoimagen

Sesión 5: Control de emociones.

Cartas descriptivas

Sesión 1 Depresión, evaluación, concepto, causas y síntomas				
Objetivo: Conocer qué tanto saben y las creencias que tienen los participantes sobre la depresión.				
Hora	Tema	Nombre de la actividad	Actividad	Material
7:30 a 8:00 a.m.	Presentación	Presentación	Se realizará la presentación del taller, los temas que se abordarán, el número de sesiones. Posteriormente se presentará cada uno de los participantes.	Verbal
8:00 a 8:30 a.m.	Evaluación	Evaluación	Se aplicará el Inventario de Depresión de Beck.	Hojas y lápices.
8:30 a 9:00 a.m.	Depresión, causas y síntomas	Exposición	Se expondrá el concepto de depresión y se explicarán las causas y síntomas.	Computadora, cañón, power point.
9:00 a 9:30 a.m.	Reflexión	Lluvia de ideas	Se realizará una lluvia de ideas para reflexionar lo que vimos.	Verbal

Sesión 2 Factores de riesgo de la depresión				
Objetivo: Ampliar sus conocimientos sobre los factores de riesgo de la depresión				
Hora	Tema	Nombre de la actividad	Actividad	Material

7:30 a 7:50 a.m.	Factores de riesgo	Presentación	Presentación de factores de riesgo de la depresión.	Computadora, cañón, power point.
7:50 a 8:30 a.m.	Factores de riesgo	Colagge	Realizarán por equipos un colagge exponiendo factores de riesgo de la depresión.	Pliegos de papel y marcadores
8:30 a 9:00 a.m.	Factores de riesgo	Exposición del colagge por equipos	Expondrá cada equipo sus ideas sobre el colagge que realizaron.	Verbal
9:00 a 9:30 a.m.	Reflexión	Lluvia de ideas	Se realizará una lluvia de ideas sobre lo que opinan del tema visto.	Verbal

Sesión 3 Consecuencias de la depresión				
Objetivo: Distinguir las consecuencias que se pueden generar por no atender la depresión.				
Hora	Tema	Nombre de la actividad	Actividad	Material
7:30 a 8:00 a.m.	Consecuencias de la depresión	Exposición	Exponer consecuencias de depresión en adolescentes.	Computadora, cañón, power point.
8:00 a 8:20 a.m.	Prevención de la depresión	Lista de ideas	Realizarán de manera individual una lista de ideas de qué hacer para no caer en depresión.	Hojas y lápices.
8:20 a 9:00 a.m.	Prevención de la depresión	Exposición de escritos	Se leerán algunos de los escritos de los compañeros y reflexionaremos sobre estos.	Verbal
9:00 a 9:30 a.m.	Consecuencias y prevención de la depresión	Historia de un caso	De manera voluntaria se contará alguna historia de un caso que quieran compartir, no necesariamente de ellos.	Verbal

Sesión 4 Evaluación de autoestima y autoimagen				
Objetivo: Conocer el nivel de autoestima				
Hora	Tema	Nombre de la actividad	Actividad	Material
7:30 a 8:00 a.m.	Autoimagen y autoestima	Evaluación	Se aplicará el inventario de autoestima de Coopersmith.	Hojas y lápices.
8:00 a 8:20 a.m.	Autoimagen y autoestima	Autoconocimiento	Enlistarán en media hoja que es lo que más les gusta de cada uno.	Hojas y lápices.
8:20 a 9:00 a.m.	Lectura de cualidades	Lectura de cualidades	Se dará lectura a lo escrito, recalcando las cualidades.	Verbal
9:00 a 9:30 a.m.	Reflexión	Lluvia de ideas	Se realizará una lluvia de ideas sobre los temas vistos.	Verbal

Sesión 5 Control de emociones.				
Objetivo: Analizar sus emociones y reacciones ante diferentes situaciones habituales.				
Hora	Tema	Nombre de la actividad	Actividad	Material
7:30 a 7:50 a.m.	Control de emociones	Exposición	Presentación sobre las emociones.	Computadora, cañón, power point.
7:50 a 8:10	Control de emociones	Análisis de emociones.	Enlistarán en una hoja una serie de emociones negativas (enojarse con los	Hojas y lápices.

			padres, reprobar un examen, enojarse con un amigo, etc.)	
8:10 a 8:30 a.m.	Control de emociones	Análisis de emociones.	Escribir en la hoja en la parte trasera, qué pueden hacer para controlar esas emociones.	Hojas y lápices.
8:30 a 9:00 a.m.	Depresión	Evaluación	Se aplicará el Inventario de depresión de Beck para ver los resultados del taller.	Hojas y lápices.
9:00 a 9:30 a.m.	Reflexión	Lluvia de ideas	Realizar una lluvia de ideas sobre los temas que se revisaron en todo el taller.	Verbal

CONCLUSIONES

Este trabajo en particular aborda la depresión en la adolescencia, sus niveles, sus riesgos y sus causas; pero ya para la prevención, se evidencia que no es suficiente prevenir desde la adolescencia, que lo mejor sería iniciar con programas de prevención desde la infancia, algo parecido de como se empezó a trabajar con programas de información sexual para evitar relaciones precoces y embarazos en la adolescencia; así deberán implementarse también, programas informativos y preventivos desde la edad preescolar. Y es que lamentablemente, cada vez a más corta edad se inicia con síntomas depresivos, y lo que es más lamentable aun, que ni los padres de familia, ni los profesores tienen la información precisa para distinguir esos primeros síntomas y dar atención oportuna.

La gran mayoría de las enfermedades mentales tiene su origen en la infancia, incluyendo la depresión. Pero en esta época contemporánea donde la competitividad está a la orden del día, donde el estrés es parte de la vida cotidiana, donde la ansiedad es también parte esencial de nuestra forma de vida, y que además, ya está adoptada como un estilo de vida “normal”, donde los padres deben trabajar para dar a los hijos “una mejor calidad de vida”, donde apenas sí vemos a los hijos porque “no hay tiempo”, cuando en realidad, estamos mermando esa calidad de vida. Donde el “bienestar” está enfocado en tener más para “vivir mejor”,

Si se aceptara que la depresión es el mal del siglo y que los adolescentes podrían ser presas fáciles, sería más sencillo trabajar en estrategias para prevenirla desde los primeros síntomas. Si se aceptara que se debe invertir en programas de información y de prevención, en tratamientos adecuados, y si se aceptara como sociedad, como padres de familia y como ciudadanos que se requiere esos servicios de salud pública, se estaría dando un paso importante en pro de una mejor y verdadera calidad de vida.

Abordar los conceptos, niveles y tipos de depresión, es fundamental en estos tiempos, para conocer más sobre el tema y buscar mejores estrategias para disminuir los síntomas. De igual manera, profundizar en los factores de riesgo para erradicarlos y ofrecer a los jóvenes una vida de mayor calidad.

Desarrollar intervenciones grupales, es una forma eficaz de abordar el tema de la depresión; así como sus características, sus causas y prevención en adolescentes, para evitar la proliferación de esta enfermedad muchas veces incapacitante, según el nivel en su manifestación. Además, el hecho de aprender de las experiencias de otros y practicar habilidades en un ambiente protegido, puede ofrecer ventajas otorgando una mayor cobertura a un menor costo económico.

La terapia grupal puede significar una excelente estrategia preventiva y de tratamiento en adolescentes, para la reducción de sintomatología depresiva con depresión leve o moderada.

REFERENCIAS

Aguirre, A. (2008) Antropología de la depresión. *Revista Mal-estar E Subjetividade*. Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Brasil. Volumen III (3) 563-601. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27180302>

Almudena, A. (2009) La depresión en adolescentes. *Revista de estudios de juventud* No. 9. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>

Alonso, J. (2015) La Terapia Psicoanalítica para el tratamiento de la depresión Extractado de la ponencia de Juan Pablo Jiménez - Argentina, 2003 - Tomado de la [Revista Aperturas Psicoanalíticas](#). Recuperado de: <http://todoendepresion.blogspot.mx/2015/02/la-terapia-psicoanalitica-para-el.html>

Berenzon, S., Lara, M., Robles, R., Medina, M. (2013) Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública Méx.* Vol. 55 (1) 74-80. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011

Bogaert H, (2012) La depresión: etiología y tratamiento *Ciencia y Sociedad*, vol. XXXVII, núm. 2, abril-junio, 2012, pp. 183-197 Instituto Tecnológico de Santo Domingo Santo Domingo, República Dominicana. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/870/87024179002.pdf>

Caballo, V. (2007) Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol. 1 Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Primera reimpresión. Siglo XXI de España, Editores. Recuperado de: <https://mmhaler.files.wordpress.com/2012/08/caballo-2007-manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicolc3b3gicos-vol-1.pdf>

Cárdenas, E., Feria, M., Vázquez, J., Palacios, L., De la Peña, L., (2010) Guías Clínicas para la atención de trastornos mentales. Guía clínicas para los trastornos afectivos (depresión y distimia) en niños y adolescentes. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Secretaría de Salud. México. Recuperado de: http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_afectivos.pdf

Carrillo R. (2014) Terapia familiar para ayudar a superar una depresión. Centro terapéutico Especializado en terapia familiar e individual CEPFAMI, de Sant Gervasi-Gracia. Barcelona. Recuperado de: <http://www.cepfami.com/blog/terapia-familiar-para-ayudar-a-superar-una-depresion/>

Castillo E. y Altea A. (2017) Reseña: Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención. Alicia Moreno. *Revista internacional de psicoanálisis. Aperturas psicoanalíticas* No. 49 (Ed.) Bilbao: Desclée De Brouwer, 2014 (597 páginas). Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000903>

Conesa, X. (2011) Cómo tratar la depresión. Cursos de bienestar y salud. Mailxmail. Recuperado en: <http://www.mailxmail.com/cursoPdf.cfm?gfnameCurso=depresion-como-tratarla>

Estrada, K., Marcheco, B., Carmenate, D., Herrera, M., Fuentes, E, Mors, O. (2015) Actitudes hacia la depresión, el diagnóstico predictivo y las investigaciones genéticas en individuos de Sagua la Grande, Villa Clara. *Revista cubana de genética comunitaria*. Vol. 9, (1) 57-72. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/327685564/Actitudes-hacia-la-depresion-el-diagnostico-predictivo>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (2011) La adolescencia una época de oportunidades. Estado mundial de la infancia. Nueva York, NY 10017, EEUU. Recuperado de: https://www.unicef.org/mexico/spanish/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf

Froján, M. Calero, A. (2011) Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento. Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 19. Universidad Autónoma de Madrid, España. Recuperado de: <http://www.itemadrid.net/pdf/guia-para-el-uso-de-la-reestructuracion-cognitiva.pdf>

García, A. (2010) El tratamiento psicológico de la depresión. Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia. Psicoterapeutas.com., Hermsilla, Madrid. Recuperado de: <http://www.cop.es/colegiados/M-00451/DEPRE.htm>

González, C., Hermsillo, A, Vacío, M, Peralta, R, Wagner, F (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 72 (2), 149-155. Recuperado en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462015000200149

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. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2007/09. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/apartado06/tratamiento.html#

Hernández, H, Rivera, J. (2007) Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana Marcelino Riveros. *Revista IIPSI Facultad de Psicología UNMSM*. Vol. 10 No. 1, 91-102 Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ripsi/v10n1/v10n1a05.pdf>

Ibáñez E, Onofre G, y Vargas, J (2012). Terapia Racional y Emotiva: Revisión Actualizada de la Investigación. Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2016/05/34790-82286-1-PB.pdf>

Ibáñez E, Onofre G, y Vargas, J (2012). Terapia Racional y Emotiva: Revisión Actualizada de la Investigación. Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2016/05/34790-82286-1-PB.pdf>

Instituto Nacional de Salud Mental (2009) Depresión. Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos. Publicación de NIH Num. SP 09 3561
Recuperado de:
https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_3879_1.pdf

Lazarevich, I., Delgadillo, H., Mora, F., Martínez, A. (2013) Depresión, autoestima y características de personalidad asociadas al género en estudiantes rurales de México. *Alternativas en Psicología. Periodicos Electrónicos en Psicología*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Vol. 17 No. 29. Pp. 44-57.
Recuperado de:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2013000200004

Maraffi V, (2017) Trastorno depresivo. *Fundación Cazabajones*. Recuperado de:
<https://fundacioncazabajones.org/>

Martínez V, Rojas G, Fritsch R (2008). Programas de prevención de la depresión en adolescentes en el sistema escolar: Una revisión de la literatura. CEMERA, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Clínica Psiquiátrica Universitaria, Hospital Clínico Universidad de Chile. GPU; 4; 2: 206-213. Recuperado en:
<http://depresionenadolescentes.cl/wp-content/uploads/2013/05/ARTÍCULO-Programas-De-Prevención-De-La-Depresión-En-Adolescentes-En-El-Sistema-Escolar-Una-Revisión-De-La-Literatura.pdf>

Méndez E, Guajardo V, Martínez V, Fritsch R, Guzmán M (2012). Cohesión grupal en un taller psicoeducativo para reducir la sintomatología depresiva en escolares

de liceos municipales de la Región Metropolitana. Universidad de Chile. 9683 - Rev. Psiq. Clín. 50(2): 9-15. Recuperado de: <http://depresionenadolescentes.cl/wp-content/uploads/2013/05/ARTÍCULO-Cohesión-grupal-en-un-taller-psicoeducativo.pdf>

Méndez, S. (2010) Tratamiento para la depresión. *Sanar. StoreBlocks Networt. Sanar. Org/Salud Mental/Gestalt y Depresión*. Recuperado de: <http://www.sanar.org/salud-mental/gestalt-y-depresion>

Ordóñez, M., Juca, C. (2016) Disfunción familiar y su relación con la depresión en adolescentes. *Revista Médica Electrónica Portales Médicos.com*. Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador. Recuperado de: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/disfuncion-familiar-depresion-adolescentes/>

Organización Mundial de la Salud (2017) Suicidio. Centro de prensa. Notas descriptivas. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, United States of America. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

Rosas, M, Yampufé, M., López M., Carlos G, C., Sotil, A (2011) Niveles de depresión en estudiantes de Tecnología Médica. *Anales de la Facultad de Medicina*, 72 (3), 183-186. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/379/37922112005/index.html>

Sanz, J, Gutiérrez, S, Gesteira, C, García, M (2014) Criterios y baremos para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España. Recuperado de: <http://www.pearsonclinical.es/Portals/0/DocProductos/13714632903.pdf> y <https://www.ucm.es/estres/textos/17558>

Universidad INCCA de Colombia (2010) La depresión en los jóvenes: síntomas,

consecuencias y tratamientos. Boletín informativo. Recuperado de:
<http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/w3-article-242215.html>

Veytia M, González N, Andrade P, Oudhof H, (2012) Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. Centro de Investigación en Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias de la Conducta y Facultad de Psicología. Universidad Autónoma del Estado de México. Salud Mental, vol.35 no.1 México. Recuperado

de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100006