

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

NUEVOS TIEMPOS. NUEVAS IDEAS

ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Luis Claudio Cervantes Liñán



**MAESTRÍA EN TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL DE LOS
TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS**

TESIS:

**APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVA-
CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON
DEPRESION PROVENIENTES DE LA UNIVERSIDAD
PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

PRESENTADA POR:

LIC. LIDIA CÉSPEDES VÁSQUEZ

**Para optar el grado de MAESTRA EN TERAPIA COGNITIVA-
CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y
PSIQUIÁTRICOS**

ASESORA DE TESIS: DRA. MILAGRITOS BARRIGA VÁSQUEZ

**LIMA – PERÚ
2017**

DEDICATORIA

Con mucho cariño, a mi esposo e hijos, por el apoyo y comprensión que me brindaron en todo momento, en mis logros profesionales y en la obtención del grado académico de maestra.

AGRADECIMIENTOS

A todos los docentes de la Escuela de Posgrado de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, por su valiosa enseñanza y permanente orientación durante nuestros estudios de maestría.

A la doctora Milagros Barriga, por su asesoría y estímulo constante.

También agradezco a la licenciada Dajana Muñoz, coordinadora de la Escuela de Psicología de la Universidad Privada San Juan Bautista, y al doctor Jorge Enríquez por su valiosa colaboración durante el desarrollo de la presente investigación.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1 Marco Histórico	12
1.2 Marco Teórico	17
1.3 Antecedentes de la Investigación	92
1.4 Marco Conceptual	100
CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPOTESIS Y VARIABLES	
2.1 Planteamiento del Problema	102
2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática	102
2.1.2 Antecedentes Teóricos	105
2.1.3 Definición del Problema	106
2.1.3.1 Problema Principal	107
2.1.3.2 Problemas Específicos	107
2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación	107
2.2.1 Finalidad	107
2.2.2 Objetivos Principal y Específicos	107
2.2.2.1 Objetivo Principal	107
2.2.2.2 Objetivos Específicos	108
2.2.3 Delimitación del Estudio	108
2.2.3.1 Delimitación Espacial	108
2.2.3.2 Delimitación Social	108
2.2.3.3 Delimitación Temporal	108
2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio	108

2.3	Hipótesis y Variables	109
2.3.1	Supuestos Teóricos	109
2.3.2	Hipótesis Principal y Específicas	111
2.3.2.1	Hipótesis Principal	111
2.3.2.2	Hipótesis Específicas	111
2.3.3	Variables e Indicadores	111

CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.1	Población y Muestra	114
3.2	Diseño	114
3.3	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	115
3.4	Procesamiento de Datos	120

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1	Presentación de Resultados	123
4.2	Contrastación de Hipótesis	126
4.3	Discusión de Resultados	136

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1	Conclusiones	139
5.2	Recomendaciones	141

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

Anexo 1:	Matriz de consistencia	151
Anexo 2:	Instrumento de investigación	155
Anexo 3:	Programa de Terapia Cognitiva-Conductual	158

RESUMEN

Actualmente, uno de los problemas que atraviesan los adolescentes y jóvenes es la depresión, que a su vez es causa y consecuencia de otros conflictos.

El **objetivo general** del trabajo de investigación fue determinar la influencia de la aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual en la reducción de los síntomas de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista.

El **diseño de investigación** fue experimental, específicamente de tipo preexperimental, con pretest y posttest en un solo grupo.

La **población** estuvo constituida por 120 adolescentes y jóvenes estudiantes de la Escuela de Psicología; y la **muestra** se seleccionó con técnica de **muestreo** no probabilístico de tipo intencional, quedando conformada por 60 alumnos.

Se empleó como **instrumento** de investigación el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

Se eligió la **prueba estadística** t de Student para muestras correlacionadas. El **margen de error** utilizado fue de 0,01.

La **conclusión** a la que llegó la tesis fue que hubo una reducción significativa de los síntomas de la depresión luego de la aplicación del Programa, tanto de los síntomas cognitivo-afectivos como de los somáticos en los estudiantes del grupo de estudio.

Palabras clave: Programa, Terapia cognitiva-conductual, Depresión, Estudiantes universitarios, Adolescentes y jóvenes.

ABSTRACT

Currently, one of the problems that teenagers and young people face is depression, which in turn is the cause and consequence of other conflicts.

The **general objective** of the research was to determine the influence of the application of a Cognitive-Behavioral Therapy Program in reducing the symptoms of depression in adolescents and young students of San Juan Bautista University.

The **research design** was experimental, specifically preexperimental type, with pretest and posttest in a single group.

The **population** was constituted by 120 adolescents and young students of the School of Psychology; and the **sample** was selected using a non-probabilistic **sampling** technique of intentional type, being made up of 60 students.

The Beck-II Depression Inventory (BDI-II) was used as a research **tool**.

Student's **t-test statistic** was chosen for correlated samples. The **margin of error** used was 0.01.

The **conclusion** reached by the thesis was that there was a significant reduction in the symptoms of depression after the application of the Program, both cognitive-affective and somatic symptoms in students of the study group.

Key words: Program, Cognitive-behavioral therapy, Depression, University students, Adolescents and young people.

INTRODUCCIÓN

Los humanos son seres que actúan de manera aprendida; las acciones que realizan son reguladas por la experiencia personal. Por ello, la terapia cognitiva-conductual establece técnicas que pueden reducir el malestar de ciertas conductas psicológicas mediante la modificación de los mismos. Tales técnicas pueden ser aplicadas a adolescentes y jóvenes, y constituye una intervención eficaz para el tratamiento. La terapia cognitiva-conductual ha sido y es una de las terapias con mayor auge, crecimiento y popularidad. Consiste en enseñar una serie de técnicas y estrategias psicológicas probadas científicamente para que la persona afronte su problema emocional y lo maneje hasta eliminarlo. El psicólogo es un entrenador y la terapia es un proceso de entrenamiento o reaprendizaje donde se elimina el resultado de malas experiencias.

Actualmente, uno de los problemas que atraviesan los adolescentes y jóvenes es la depresión, que a su vez es causa y consecuencia de otros conflictos. Las estadísticas a nivel mundial se han incrementado en este tema, en comparación a las antes reportadas, en que los diagnósticos en psicología no reconocían un inicio tan temprano de este trastorno. Esto conduce a reconocer la importancia de un acompañamiento a los jóvenes

por parte de los padres y de los centros de estudio para detectar síntomas tempranos y favorecer el tratamiento y la calidad de vida.

La depresión es una enfermedad persistente y debilitante que afecta casi dos veces más a las mujeres que a los hombres. Los investigadores siguen explorando cómo las características propias de las mujeres (ciclo de vida, desarrollo biológico y psicosocial) pueden influir en ellas en mayor proporción (Blehar y Oren, 1997). Asimismo, se puede afirmar que cada caso de depresión es único, es decir, nunca dos personas se deprimen exactamente de la misma forma. Muchos presentan solamente algunos de los síntomas, y éstos varían en su severidad y duración. El hecho de tener algunos síntomas depresivos no significa que la persona está deprimida clínicamente. Por ejemplo, no es raro que las personas que han perdido un ser querido se sientan tristes, impotentes, y pierdan interés en actividades cotidianas. Solamente cuando estos síntomas persisten por un tiempo más allá de lo usual y se alejan de la realidad, es que hay razón para sospechar de una enfermedad depresiva.

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

Hoy en día, uno de los tratamientos para la depresión es la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales. El objetivo es enseñar al paciente una forma más adecuada de enfrentar su vida, partiendo de una confrontación con su realidad y de cómo esta influye en su comportamiento. Lo importante es lograr una desvalidación de pensamientos automáticos perjudiciales y el reemplazo por otros funcionales que le permitan una mejor respuesta. Desde su origen, la teoría se basa en el fundamento que mantiene que lo

importante es la interpretación que le da el sujeto a los hechos antes que lo que sucede en sí (Caro, 2006).

Esta investigación se llevó a cabo con el objetivo de reducir los síntomas de la depresión en un grupo de estudiantes adolescentes y jóvenes de la Universidad San Juan Bautista, con la aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual; la reducción de tales síntomas les permitiría una mejora sustantiva en su calidad de vida personal y académica.

El presente estudio está estructurado en cinco capítulos, a saber:

En el Capítulo I se desarrolla el marco histórico y el marco teórico de la investigación, así como los antecedentes extranjeros y nacionales correspondientes, además del marco conceptual.

En el Capítulo II se aborda el tema del planteamiento del problema, que incluye la descripción de la realidad problemática, los antecedentes teóricos y la definición del problema; asimismo, se enfoca el tema de la finalidad y los objetivos de la investigación, que se extiende a versar sobre la delimitación, justificación e importancia del estudio; terminando con la formulación de las hipótesis, la fundamentación de los supuestos teóricos y la descripción de las variables e indicadores de estudio.

En el Capítulo III se incluye la metodología, en el cual se tipifica la población y muestra de estudio, y se especifica el diseño de estudio teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos del estudio; del mismo modo, se describen las técnicas e instrumentos de recolección de datos y su procesamiento.

En cuanto al Capítulo IV, aquí se presentan los resultados y el análisis de los mismos, continuando con la contrastación de las hipótesis de investigación y la discusión de resultados.

En el Capítulo V se citan las conclusiones y recomendaciones del estudio.

Finalmente, se incluye el apartado de la bibliografía, así como los anexos, con la matriz de consistencia y los formatos de los instrumentos aplicados.

CAPITULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Histórico

Inicio

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

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

1. Los métodos de reestructuración cognitiva (RC), que suponen que los problemas emocionales son una consecuencia de pensamientos desadaptativos y, por lo tanto, sus intervenciones tratarán de establecer patrones de pensamientos más adaptativos.

2. Las terapias de habilidades de afrontamiento (HA), que tratan de desarrollar un repertorio de habilidades para ayudar al paciente a afrontar una serie de situaciones estresantes.

3. Las terapias de solución de problemas (SP), que constituyen una combinación de los dos tipos anteriores y que se centran en el desarrollo de estrategias generales para tratar y solucionar un amplio rango de problemas personales, insistiendo en la importancia de la activa colaboración entre el paciente y el terapeuta.

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

Cuadro 1. Cronología de las terapias cognitiva-conductuales (Obst, 2008).

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

Desarrollo

El desarrollo de la terapia cognitiva-conductual se ha dado en tres generaciones o etapas. La primera generación, que coincide con el surgimiento de la terapia de conducta, se desarrolla entre los años 1950 y 1970 de manera paralela pero independiente en Inglaterra y Estados Unidos. Este período se halla signado por un fuerte auge de la teoría del aprendizaje fruto de la investigación básica en laboratorio. Por un lado, los psicólogos británicos dedicaron sus esfuerzos especialmente a los desórdenes de ansiedad, apoyando sus intervenciones en la teoría del condicionamiento clásico propuesta por Pavlov. En esta línea se destacan claramente los trabajos de Hans Eysenck y Joseph Wolpe. Precisamente este investigador (formación psicodinámica, pero experimentó con animales) es el principal exponente de la terapia de conducta en este entorno. La base de sus investigaciones se centra en el trabajo sobre neurosis experimentales de Masserman y la obra de Hull. Wolpe propuso el principio teórico de la inhibición recíproca como base de la intervención para la neurosis: la desensibilización sistemática. Aunque fue propuesto anteriormente, Wolpe lo sistematiza para humanos usando la relajación, las respuestas asertivas y sexuales como respuestas incompatibles con la ansiedad. La técnica de desensibilización sistemática (DS) fue recogida en detalle en su obra *Psicoterapia por inhibición recíproca*, donde aportaba datos de su eficacia. La DS incluía la aproximación gradual a los estímulos evocadores de la ansiedad, así como la presentación del material ansiógeno en la imaginación o con el uso de hipnosis, y se basaba en procesos de aprendizaje que eran explicados de manera precisa, detallada y científica. La construcción de la DS representa el comienzo real de la moderna terapia de conducta. Rachman (UK) y Lazarus (EE. UU.) colaboraron en la difusión de la DS.

Por otra parte, en Norteamérica, los psicólogos se orientaron predominantemente al tratamiento de pacientes institucionalizados y crónicos, fundamentalmente psicóticos con elevado grado de deterioro. En

este último caso, la teoría del condicionamiento operante propuesta por Skinner dio el marco de referencia. Más allá de estas diferencias, ambas líneas de trabajo se manejaron con escasa teorización y excesivo empirismo, poniendo su énfasis en el comportamiento. Este último era considerado el producto de los eventos ambientales, experiencias de aprendizaje formadas casi exclusivamente a través del condicionamiento. Este enfoque, que otorgaba escasa importancia a los fenómenos mentales o cognitivos, representa históricamente la arista conductual de la actual terapia cognitiva-conductual.

La insuficiente teorización del anterior modelo sumada a su dificultad para dar solución a algunos desórdenes psicológicos son elementos claves en el surgimiento de las terapias cognitivas, que inauguran la segunda generación o período en el desarrollo. A mediados de la década del 60, Aaron Beck y Albert Ellis comparten la visión de que la mayor parte de los desórdenes psicológicos nacen por cogniciones incorrectas y/o un procesamiento cognitivo defectuoso. Coherentemente con lo anterior, proponen que el “remedio” para tales desórdenes consiste en la corrección de los procesos cognitivos defectuosos y en el reemplazo de las ideas incorrectas y disfuncionales por otras más realistas, adaptativas y funcionales. Definitivamente, la terapia cognitiva de Beck selló su éxito en la historia de la psicología con el tratamiento de la depresión. El nuevo enfoque enriqueció sustancialmente las estrategias terapéuticas derivadas de las teorías del condicionamiento que no habían logrado respuestas totalmente satisfactorias para el desorden mencionado.

Hacia finales de la década del 80, con el desarrollo exitoso del tratamiento para el desorden por pánico, que establece el vínculo de las dos corrientes mencionadas (la del condicionamiento clásico-operante y la cognitiva) en un sistema de trabajo más amplio, se inaugura así la tercera generación o etapa del desarrollo de la terapia cognitiva-conductual, que continúa hasta nuestros días. En tal sentido, las terapias de tercera

generación tienen en común una perspectiva funcional y contextual de los trastornos psicológicos. A este enfoque o perspectiva se le ha dado el nombre de contextualismo funcional, por cuanto estudia los eventos psicológicos incluyendo los trastornos, como interacciones entre la persona y el contexto, entendidas de acuerdo con su historia y circunstancias actuales.

De este modo, descritas someramente las tres generaciones en la evolución de la terapia cognitiva-conductual, se puede afirmar que el enfoque de la terapia cognitiva se refiere a un sistema de trabajo terapéutico basado fundamentalmente en el rol que las cogniciones y los procesos cognitivos juegan en la generación de emociones. El cambio en los pensamientos y en los sistemas de procesamiento conducirá a cambios emocionales y comportamentales. En esta línea se ubican las técnicas terapéuticas: identificación, discusión y puesta a prueba de pensamientos automáticos; identificación, análisis y cambio de creencias y supuestos básicos; modificación de esquemas disfuncionales de procesamiento. Todos estos procedimientos se hallan orientados al proceso de reestructuración cognitiva, cuyo fin consiste en rediseñar, remodelar, cambiar el sistema de pensamientos, ideas, creencias que presenta el paciente a fin de transformarlas en más racionales, más realistas, más funcionales. En cambio, el enfoque conductual se fundamenta en la concepción de que el comportamiento en general y los desórdenes emocionales en particular, responden a contingencias ambientales de acuerdo con las leyes del condicionamiento. Así, las técnicas derivadas proponen un cambio comportamental basado en la creación de nuevas conexiones de estímulos y respuestas que reemplacen a las viejas y menos funcionales asociaciones. Esto se logra a través de una manipulación sistemática y cuidadosamente planificada de las contingencias ambientales, tal como cuando, para ayudar a una persona a superar sus miedos, se ordenan los estímulos provocadores de ansiedad y se presentan gradualmente mientras ella se relaja. De ese modo, se busca crear así una nueva asociación entre el evento disparador de ansiedad y la respuesta de relajación.

Actualmente, más allá de los avances en el terreno cognoscitivo, se acepta ampliamente que existen desórdenes psicológicos para cuyo tratamiento no se puede prescindir de las técnicas conductuales. Tal es el caso de los hábitos nerviosos (tricotilomanía, tartamudez), desórdenes del control de impulsos, adicciones, depresiones graves o problemas de aprendizaje. Baste sólo para ilustrar, en el tratamiento de la agorafobia la terapia de exposición con prevención de la respuesta, una técnica eminentemente comportamental, constituye la opción más efectiva.

No obstante los orígenes relativamente independientes de ambas líneas de trabajo, en la actualidad la mayoría de los psicólogos dedicados a la práctica clínica aceptan que la integración de ambos paradigmas conduce a la mayor eficiencia terapéutica.

1.2 Marco Teórico

1.2.1 Terapia cognitiva-conductual

A) Generalidades

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

La terapia cognitiva-conductual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales

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

Las terapias cognitiva-conductuales comparten algunos supuestos, por ejemplo, mantienen que los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en vez de los acontecimientos mismos y que el aprendizaje está mediado cognitivamente. Así mismo, la modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta y algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse. Algunas de las principales características de la terapia cognitiva conductual son las siguientes (Ingram y Scott, 1990):

1. Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos causales.
2. Los objetivos específicos de algunos procedimientos son cognitivos.
3. Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno.
4. Se emplean estrategias conductuales y cognitivas en intentos de modificar las cogniciones.
5. Se pone un notable énfasis en la verificación empírica.
6. La terapia es de duración breve.

7. La terapia requiere de la colaboración entre terapeuta y paciente.
8. Los terapeutas cognitivo conductuales son directivos.
9. El cambio de los síntomas sucede posterior al cambio cognitivo.

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

Las estructuras y el contenido cognitivo suelen denominarse conjuntamente esquemas.

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

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

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

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

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

La famosa frase de Epicteto describe el espíritu cognitivo así como la apuesta que el modelo cognitivo hace sobre el origen y el tratamiento de los problemas emocionales. “Los hombres no se

trastornan por las cosas que pasan, sino por las opiniones sobre las cosas: por ejemplo, la muerte no es terrible, porque si lo fuera, le hubiera parecido así a Sócrates, ya que la opinión sobre la muerte, que es terrible, es lo terrible” (Caro, 2006).

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

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

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

El modelo cognitivo-conductual en psicoterapia, en sus inicios se pudo sintetizar con uno de sus conceptos básicos: la mediación cognitiva. Este concepto afirmaba que la respuesta, sea emocional o conductual ante los estímulos no dependía exclusivamente del estímulo, sino en gran parte de la evaluación del estímulo, de lo que la persona pensaba e interpretaba del mismo. Como ejemplo podemos citar que las personas no se deprimen por el abandono de su pareja, o

por el no haber aprobado un examen, sino por lo que se dicen a sí mismos sobre eso, por lo que piensan sobre esa situación y sobre sí mismos en relación a sus objetivos y deseos, y por la visión que creen causar en los otros y en el mundo (Obst, 2008).

B) Albert Ellis: Terapia Racional Emotiva Conductual (T.R.E.C)

El ABC

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

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

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

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

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

1) El pensamiento es el principal determinante de las emociones humanas.

2) El pensamiento disfuncional es la principal causa del malestar emocional.

3) Debido a que sentimos en función de lo que pensamos, para acabar con un problema emocional, tenemos que empezar haciendo un análisis de nuestros pensamientos.

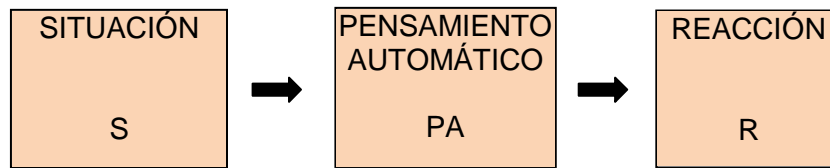
4) Múltiples factores, tanto genéticos como las influencias ambientales (educación, etc.) se encuentran en el origen del pensamiento irracional y la psicopatología.

5) A pesar de la existencia de influencias del pasado en la psicopatología, la terapia racional emotiva enfatiza las influencias presentes, ya que son las responsables de que el malestar haya continuado a través del tiempo, a pesar de que las influencias pasadas hayan dejado de existir.

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

Esquema básico

La terapia cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma lo que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación. Por lo tanto la forma en que sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan, y piensan sobre una situación. El esquema básico del paradigma puede representarse así:



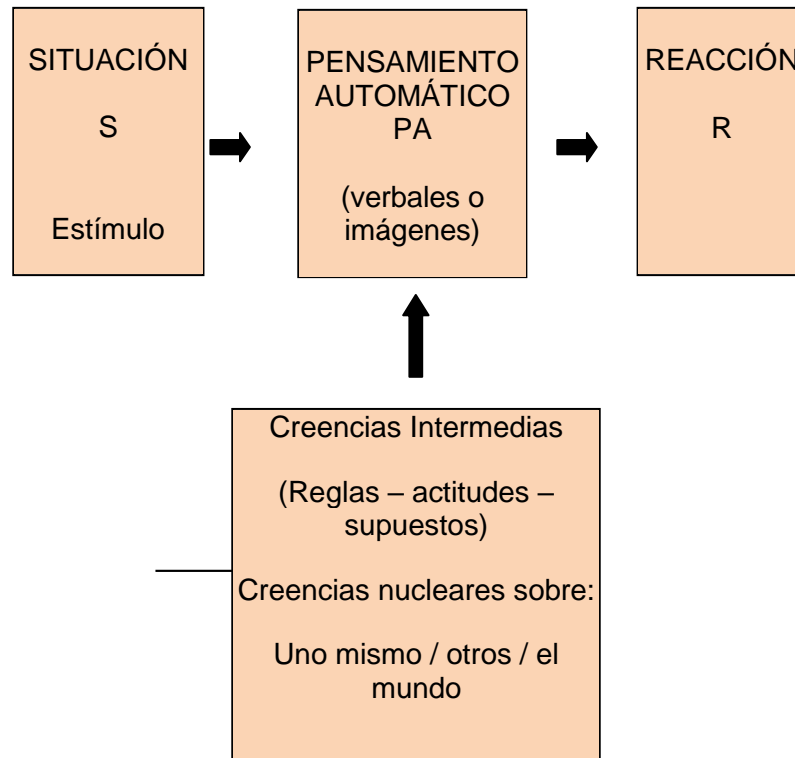
Cuadro 2. Esquema básico de la terapia cognitivo-conductual.

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

Las situaciones o estímulos pueden ser externos o internos. Los internos pueden ser fantasías, sensaciones, síntomas recuerdos o imágenes. Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos, que no suelen ser el resultado de razonamientos sino más bien nacen espontáneamente. Estos pensamientos pueden tener una forma verbal y/o no verbal. Los pensamientos automáticos surgen de creencias, son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cognición. Estas son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas.

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

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



Cuadro 3. Esquema completo de la terapia cognitiva-conductual.

C) Terapia cognitiva-conductual

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

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

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

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

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

2. Segunda etapa: generar alternativas.

El objetivo de esta segunda etapa, es ayudar al paciente a desarrollar pensamientos y conductas alternativas adaptativas, incompatibles con los círculos viciosos P-A-C anteriores, mediante la aplicación de técnicas conductuales y cognitivas que serán detalladas posteriormente.

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

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

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

Estructura de la sesión

Una de las características básicas del modelo cognitivo es el grado de estructuración sobre el cual se debe regir el tratamiento. El terapeuta organiza el tiempo de la sesión entre 45 y 60 minutos para poder trabajar el foco del conflicto y tratarlo de manera cognitiva (Caro, 2006). En primer lugar, si se trata de una sesión hasta de 60 minutos, se deberían dedicar entre 5 y 10 minutos iniciales a revisar el estado actual del paciente desde la última sesión que acudió. A continuación, se pueden utilizar 5 minutos para establecer la agenda del trabajo, es decir cuáles serán los temas a tratar. Esta agenda se basa en el propio estado del paciente y sobre el curso del tratamiento. Es importante además dedicar unos 5 minutos adicionales a revisar la tarea que el paciente ha traído a la sesión. Una vez terminada esta primera parte, se trabaja de forma específica en los temas de la sesión. Antes de terminar, se dedican unos 5 minutos a concretar y a explicarle al paciente la tarea para la próxima sesión y 5 minutos finales para recabar del paciente retroalimentación de cómo se ha sentido en la sesión y sus opiniones acerca del curso de la terapia.

La relación terapéutica

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

Estrategias de tratamiento

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

La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales. Facilitan la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales y proporcionan experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades fóbicos (Harrison, Beck, y Buceta 1984).

Técnicas cognitivas

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

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

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

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

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

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

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

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

Técnicas conductuales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estrategias cognitivo-conductuales grupales

La terapia cognitiva también se ha utilizado como estrategia grupal.

Especificidad de los grupos

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

Existen dos niveles de trabajo:

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

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

Al igual que las sesiones de psicoterapia individual, existe una estructura típica de la sesión cognitiva grupal. En la primera fase se hace una introducción progresiva de elementos conceptuales de la terapia y se trabaja sobre técnicas cognitivas y técnicas conductuales a

ser utilizadas, posteriormente se trabaja con la revisión de las tareas para casa y finalmente se realiza un resumen del trabajo y se programan nuevas de tareas para casa.

Las tareas terapéuticas

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

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

El objetivo específico de la asignación de tareas es que el paciente comunique al terapeuta su estado cognitivo emocional a lo largo de la semana, y que aprenda a relacionar pensamientos, emociones y conductas. Permiten desarrollar su capacidad de introspección, básica para poder hacer terapia cognitiva, y su motivación y adherencia al tratamiento.

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

Existen ciertos pasos para la planificación de las tareas, primero se debe definir el problema y formular un proyecto que inicie con

actividades sencillas para que progresivamente se incremente la dificultad. El terapeuta deberá dar retroalimentación inmediata al paciente y aclararles las dudas o los problemas que se hayan podido suscitar en el proceso.

El terapeuta deberá explicar con claridad la importancia de las tareas y prevenir al paciente de posibles fracasos y consecuencias que éstas traerán para su vida. Deben ser definidas en cooperación y de común acuerdo, analizando los problemas y las posibles soluciones.

Finalmente, es fundamental asegurarse de que el paciente cumpla con las tareas, y con el registro y memorización de lo acordado, para lo cual éstas siempre deben ser revisadas en cada sesión. El paciente desde un inicio debe conocer en detalle su finalidad para sentir la motivación en su ejecución, y si llegara a incumplirlas se debe analizar los motivos para corregirlos (Caro, 2006).

1.2.2 La adolescencia

A) Conceptualización de adolescencia

El término *adolescente* proviene del latín *adolescere*, y significa ir creciendo, desarrollarse hacia la madurez, hacerse adulto. Hay diferentes conceptualizaciones sobre el término. Algunos ubican la adolescencia como un periodo vital entre la infancia y la adultez. Otros la conciben como un „segundo nacimiento”, en tanto entienden que en ese periodo se reavivan ciertos conflictos relacionados con el estado de indefensión del bebé, enfrentado a un mundo que le es caótico y desconocido (Rascovan, 2000).

La adolescencia es la transición del desarrollo entre la infancia y la adultez que implica cambios físicos, cognitivos y emocionales

importantes. Inicia aproximadamente a los 12 años en promedio en las mujeres y 14 en los hombres. Los genes heredados aún ejercen mucha influencia en el pensamiento y la conducta, pero ésta ahora se combina con las condiciones sociales, las experiencias familiares y escolares (Feldman, 2007).

Desarrollo cognitivo

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

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

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

La inteligencia en esta etapa involucra no solo la acumulación de conocimientos nuevos sino también el procesamiento y el perfeccionamiento de la información. La capacidad de entender

situaciones contrarias a los hechos influye en la relación de los adolescentes con sus padres al comparar a su progenitor ideal con el que ven todos los días. Las disputas familiares suelen intensificarse durante los primeros años. Los adolescentes tienen necesidad de seguridad, pero a la vez, buscan independencia de sus padres y para ello emplean la desobediencia (Craig y Baucum, 2009).

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

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

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

desempeña en la sociedad. La tendencia a estar en grupo y la intolerancia a las diferencias, son mecanismos de defensa contra ésta confusión de identidad.

También se puede demostrar esta confusión regresando hacia actitudes infantiles para resolver conflictos. De la crisis de identidad surge la virtud de la fidelidad, que le da un sentido de pertenencia, valores, ideología, etnia, etc. El sentido de identidad, comienza donde termina el proceso de identificación. La fidelidad representa un sentido amplio de confianza, en la infancia es importante confiar en los otros, en la adolescencia lo es el confiar en sí mismo. Además los adolescentes transfieren la confianza que antes solo tenían en sus padres a otras personas, como amigos y posteriormente a su pareja (Feldman, 2007).

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

Hay diferencias en el logro de la identidad para hombres y mujeres.

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

Usando la teoría de Erickson como punto de partida, el psicólogo Jaime Marcia (1980) propuso que la identidad puede clasificarse según

dos características: crisis y compromiso. La crisis es el período de desarrollo de la identidad durante la cual el adolescente elige entre alternativas coherentes, de forma consciente; y el compromiso es una apuesta por una ideología, es cuando el adolescente muestra un interés personal en lo que va a hacer.

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

1. *Exclusión de identidad*: se experimenta cuando los individuos se han comprometido pero no han tenido ninguna crisis. Comúnmente sucede cuando los padres transmiten compromisos a sus hijos, sobre todo de una forma autoritaria. Lo que ocasiona es que los adolescentes no tengan la oportunidad de explorar distintos enfoques, ideologías, ni vocaciones con autonomía, sino que, aceptan decisiones de otros. Ejemplo: los padres que quieren que su hijo estudie una determinada carrera.

2. *Moratoria de la identidad*: surge cuando los individuos se encuentran en medio de una crisis, exploran muchas alternativas pero sus compromisos aún no existen o están vagamente definidos. Son alegres y atractivos, buscan intimidad con otros y luchan por tomar una decisión, son competitivos, ansiosos y vivaces pero a veces conflictivos. Ejemplo: alguien que no sabe qué carrera estudiar pero busca ayuda en el departamento de orientación universitaria.

3. *El logro de la identidad*: aparece cuando los individuos han pasado por una crisis adoptando un compromiso concreto. Han tomado decisiones y empieza a tomar responsabilidades sobre ellas, se convierten en personas analíticas, tienen sentido del humor, funcionan

bajo estrés, pueden mantener relaciones íntimas, mantienen sus convicciones y están abiertos a nuevas ideas. Ejemplo: Alguien que obtuvo una licenciatura luego de analizar la mejor carrera, ahora espera para iniciar su trabajo.

4. *Confusión de identidad*: se presenta cuando los individuos, aún no han experimentado una crisis, y no han realizado ningún tipo de compromiso. Los adolescentes de esta categoría no se comprometen ni exploran alternativas. Tienden a ser superficiales y cambian de una cosa a otra. Suelen ser infelices y a menudo solitarios porque tampoco se comprometen con la gente. Ejemplo: Adolescente de 13 años que no sabe qué hacer de adulta.

La adolescencia es un momento de búsqueda y consecución de la identidad personal. Esta identidad es de naturaleza psicosocial y contiene importantes ingredientes de naturaleza cognitiva. El adolescente se juzga a sí mismo de la misma forma de cómo es percibido por los otros, y se compara con ellos. Estos juicios pueden ser conscientes o inconscientes, con inevitables connotaciones afectivas, que dan lugar a una conciencia de identidad exaltada o dolorosa, pero nunca afectivamente neutra.

Características psicológicas

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

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

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

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

Las emociones del adolescente a veces parecen exageradas, sus acciones son inconsistentes y cambian repentinamente de estado emocional, entre la felicidad y la tristeza, entre sentirse inteligentes o incapaces. En ocasiones requieren ser cuidados como niños pequeños, pero en otras piden independencia y autonomía. De ahí la importancia de la buena comunicación con los padres quienes les ayudarán a

comprender que están atravesando una etapa con muchos y grandes cambios, situaciones que no siempre parecen mejorar en el progreso.

Características sociales

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

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

También es importante destacar la relación que mantiene el adolescente con el colegio, los profesores democráticos y liberales influyen en la forma de pensar y actuar del adolescente. Por el contrario, aquellos que adopten posturas excesivamente rígidas e inflexibles serán criticados con dureza y recibirán una abierta oposición. Los compañeros de clase cobran gran importancia al influenciar en su imagen física, psíquica y social.

La vida afectiva del adolescente va a fluctuar entre el retraimiento o aislamiento personal y la tendencia a relacionarse con otros. Pueden observarse diferentes etapas como la afirmación de sí,

donde el individuo goza de la soledad y ve a la intimidad como algo muy valioso, el espíritu de independencia, el cual le lleva a separarse de quien hasta entonces ha ejercido un cierto dominio sobre él; o la conquista afectiva del mundo, en la cual, quiere que los demás reconozcan su valor (Papalia, Olds y Feldman, 2009).

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

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

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

como parte integrante de sus intereses sociales (Craig y Baucum, 2009).

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

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

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

El desarrollo social no es el mismo en hombres y mujeres, existen diferencias biológicas determinantes. Hay que considerar también las características familiares, como el lugar que ocupa entre los hermanos, si vive en una ciudad o en el campo, los recursos económicos, si se pertenece a un cierto grupo étnico, cultural o religioso, etc.

Problemas frecuentes en la adolescencia

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

Problemas y comportamientos relacionados con la salud

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

El ejercicio (o la falta de él) afecta la salud tanto física como mental. La participación frecuente en los deportes mejora la fortaleza o resistencia, reduce la ansiedad y el estrés, y aumenta la autoestima, las calificaciones escolares y el bienestar del adolescente. Por desgracia, una tercera parte de los alumnos de educación media no realizan la cantidad recomendada de actividad física y la proporción de jóvenes inactivos va en aumento.

La privación del sueño entre los adolescentes se considera una epidemia. Según un estudio de la OMS en el 2008, un promedio de 40% de los adolescentes consultados de 28 países informaron somnolencia durante la mañana por lo menos una vez a la semana. En general reportaron irse a dormir más tarde y dormir menos durante los días de la semana a medida que aumenta la edad. Un patrón de dormir tarde y quedarse dormido en la mañana puede contribuir al insomnio, un problema que a menudo comienza en la adolescencia.

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

Según Simon et al. (2001), la preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal están ocasionando trastornos como la anorexia y la bulimia nerviosa. Ambos trastornos implican patrones anormales de ingesta de alimentos, como alimentación errática, inanición autoimpuesta o atracones de comida seguidos por vómito auto inducido o uso de laxantes para purgar el sistema digestivo. Estos trastornos crónicos afectan mayormente a las mujeres adolescentes. Son especialmente comunes en niñas presionadas a tener éxito, en hijas de padres solteros o divorciados y niñas que con frecuencia comen solas.

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

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

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

Problemas por el uso de alcohol

El abuso de sustancias es el uso dañino de alcohol u otras drogas. Conduce a una adicción fisiológica, psicológica, o ambas que en ocasiones continua hasta la edad adulta. El alcohol es un depresor del sistema nervioso central, con efectos similares al de los tranquilizantes.

Cuando se ingiere en cantidades pequeñas, los efectos son una menor inhibición y un sentido eufórico de bienestar. El consumo prolongado de alcohol aumenta la tolerancia pero causa daño al hígado y al cerebro (Craig y Baucum, 2009).

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y fatal, caracterizada por tolerancia y dependencia física y por cambios orgánicos patológicos. Existe predominio del sexo masculino de esta

afección, aunque es cada vez mayor su adición en el sexo femenino y en jóvenes en general.

Es importante tener en cuenta que existe un cambio considerable en las costumbres que favorecen el consumo de alcohol, este está presente en todos los contextos de interacción social, los adolescentes tienen hoy una mayor independencia económica en líneas generales, que les permite ingresar aceleradamente en la sociedad de consumo. Está en nuestra sociedad porque cumple determinadas funciones como la de servir de elemento de integración para unos jóvenes y de evasión para otros, también da una solución temporal a los problemas al alejar al paciente de la realidad.

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

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

Según la OMS (2008), cada año crece el número de adolescentes que consumen bebidas alcohólicas en el mundo entero. Sin embargo, muchos niegan sufrir alcoholismo puesto que no

consumen entre semana, sin embargo, sobrepasarse todos los fines de semana y comenzar a depender de ese hábito conlleva también un tipo de alcoholismo, ya que crea dependencia y adicción hacia ese tipo de bebida. Generalmente, el adolescente tiene dificultades en saber cuál es su límite, y pocas veces tiene conciencia de cuándo tiene que parar de beber.

Con el tiempo, la forma de beber de los adolescentes ha cambiado considerablemente, ahora consumen alcohol intermitentemente y sin diferencia en los sexos, la mujer ha alcanzado al hombre en el consumo. Normalmente, beben más los fines de semana y las bebidas preferidas son la cerveza, las bebidas destiladas y los combinados. Buscan una rápida intoxicación y ocupan casi la totalidad del tiempo libre en actividades relacionadas con beber (Papalia, Olds y Feldman, 2009).

La accesibilidad de los jóvenes a las bebidas alcohólicas es cada vez mayor, a pesar de las prohibiciones impuestas de su venta a menores. La edad media de inicio en el consumo de alcohol entre los escolares, según los datos de la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 1998 (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas), es de 13.6 años, y la edad media de inicio de consumo semanal se sitúa en los 14.9 años. Según esta fuente las mujeres registran mayor prevalencia de consumo de alcohol, aunque en cantidades menores (Contradrogas, 1999).

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

representan el 50%, existiendo un mayor porcentaje de suicidios en los adictos a estas sustancias.

Problemas de conducta y sujeción a reglas

Los adolescentes y sus padres suelen quejarse cada uno de la conducta del otro. Los padres con frecuencia sienten que han perdido cualquier tipo de control o influencia sobre sus hijos. Por su parte, los adolescentes, al mismo tiempo que desean que sus padres les apoyen comprendan, rechazan cualquier restricción en sus libertades crecientes y en la capacidad para decidir sobre sí mismos (Papalia, Olds y Feldman, 2009).

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

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

El acompañamiento y la supervisión de los padres en esta etapa del desarrollo son cruciales para poder orientarlos en una vida

saludable. Sin embargo, la confianza, acompañada de responsabilidad, también es importante para que los adolescentes, puedan aprender a tomar sus propias decisiones de manera inteligente ante situaciones de riesgo. La adecuada comunicación es la clave para llegar a acuerdos de convivencia, que permitan una buena relación familiar, que será la base para un desarrollo saludable del adolescente.

1.2.3 La depresión

A) Conceptualización de la depresión

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

La tristeza es el síntoma común a todas las definiciones; así que por tanto la depresión es un estado de tristeza con falta o déficit de energía psíquica (Márquez, 1990). Energía psíquica es aquella fuerza que vivifica y anima y que procede de unas relaciones satisfactorias con el ambiente y con uno mismo. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993) describe a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad.

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

Características generales

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoconcepto) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza.

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

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

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

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

En el análisis histórico de la depresión hay conceptos e ideas que parecen asomar una y otra vez como son: la persistente conexión de la fase oral del desarrollo y la unidad madre/hijo, la regulación de la autoestima y finalmente una asociación normal entre agresión, hostilidad, súper yo y culpa resultante.

B) Clasificación de la depresión según el DSM-IV-R (APA, 2002)

El tema de la clasificación de las depresiones no está totalmente resuelto. Aún se discuten aspectos como la estructura unitaria o binaria, las fronteras entre la depresión y la normalidad, la depresión involuntaria, las depresiones psicóticas-endógenas frente a las neuróticas-reactivas (Vallejo, 1999). Por esta razón y para motivos de esta investigación, se ha tomado la clasificación estandarizada del DSM-IV-R ya que proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de poder diagnosticar y estudiar a la depresión.

Al igual que en otras enfermedades, existen varios tipos de trastornos depresivos. El DSM-IV-R (APA, 2002) en su sección de trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Esta sección se divide en tres partes. La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto). Estos episodios

no tienen asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos.

La segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I). Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos que serán descritos en la siguiente sección. La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes. Los trastornos del estado de ánimo están divididos en: trastornos depresivos («depresión unipolar»), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

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

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

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión). El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo

depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

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

Dentro de los trastornos bipolares, el trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores. El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.

Según el DSM-IV-R (APA, 2002), y con el objetivo de estandarizar la clasificación de las enfermedades mentales, se desarrolló un registro para la denominación de los diagnósticos. Primero se toma en cuenta el nombre del trastorno (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar), luego se consideran las especificaciones (recidivante, episodio más reciente maníaco) y posteriormente la clasificación según su gravedad (leve, moderado y grave).

Igualmente se incluye la presencia o no de síntomas psicóticos.

Para el propósito de esta investigación se ha realizado un estudio de los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto) y de trastornos del estado de ánimo: trastorno

depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos depresivos no especificados.

Episodios afectivos

Episodio depresivo mayor

Según el DSM-IV-R (APA, 2002) para diagnosticar un episodio depresivo mayor, se debe considerar esencialmente un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte o ideación y planes o intentos suicidas.

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

Síntomas y trastornos asociados

Los sujetos con un episodio depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo).

Durante un episodio depresivo mayor, algunos sujetos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia. En los niños puede presentarse una ansiedad por separación.

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

La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias. También puede haber una alta tasa de muertes por enfermedades médicas (APA, 2002).

Síntomas dependientes de la edad y el sexo

Los síntomas centrales de un episodio depresivo mayor son los mismos para niños y adolescentes, aunque hay datos que sugieren que las manifestaciones de los síntomas característicos pueden cambiar

con la edad. Algunos síntomas, como las quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales), la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son menos frecuentes antes de la pubertad que en la adolescencia y la edad adulta. En los niños, antes de la pubertad los episodios depresivos mayores se presentan con más frecuencia de forma simultánea con otros trastornos de comportamiento perturbador, trastornos por déficit de atención y trastornos de ansiedad.

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

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

Curso

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes de que comience un episodio depresivo mayor propiamente dicho, puede haber un período prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que puede durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio. En la

mayoría de los casos hay una remisión completa de los síntomas, en una proporción considerable de casos (quizá el 20 o el 30 %), algunos síntomas depresivos que son insuficientes para cumplir totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor, persisten durante meses o incluso años y se asocian a incapacidad o malestar.

Criterios para el episodio depresivo mayor:

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

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

(1) Estado de ánimo depresivo, la mayor parte del día, casi todo el día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros. *Nota:* En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.

(3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi todo el día. *Nota:* En los niños hay que valorar el fracaso de lograr un peso estable.

(4) Insomnio o hipersomnia casi todo el día.

(5) Agitación o enlentecimiento psicomotor, casi cada día según lo indica el propio sujeto (o la observación realizada por otros).

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todo el día.

(7) Sentimiento de inutilidad o excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes).

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día.

(9) Pensamiento recurrente de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio.

B.- Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

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

D.- Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

E.- Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de dos meses se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Cuadro 4. Criterios para el episodio depresivo mayor, según DSM-IV-R (APA, 2002).

Episodio maníaco

El DSM-IV-R (APA, 2002) lo define como un período concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Este período de estado de ánimo anormal debe durar al menos 1 semana (o menos, si se requiere hospitalización). La alteración del estado de ánimo debe ir acompañada por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye aumento del autoconcepto o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves.

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

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

Es característico que se dé una exageración de la autovaloración, que va desde la confianza en uno mismo carente de autocrítica, hasta una evidente grandiosidad que puede alcanzar

proporciones delirantes. Los sujetos pueden dar consejos en materias sobre las que no tienen especiales conocimientos. Casi invariablemente, hay un descenso de la necesidad de dormir. El sujeto suele despertarse varias horas más temprano de lo habitual, sintiéndose lleno de energía. Cuando el trastorno del sueño es grave, el sujeto puede llevar días sin dormir sin sentirse cansado.

Síntomas y trastornos asociados

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

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

Criterios para el episodio maníaco:

A.- Un periodo diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

B.- Durante el periodo de alteración del estado de ánimo han percibido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) y ha habido en un grado significativo.

1. autoestima exagerada o grandiosidad
2. disminución de la necesidad de dormir (p. eje., se siente descansado tras solo 3 horas de sueño)
3. mas hablador de lo habitual o verborreico
4. fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento esta acelerado
5. distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
6. aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora

C.- Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto (v. pág. 341).

D.- La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

E.- Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

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

Cuadro 5. Criterios para el episodio maníaco, según DSM-IV-R (APA, 2002).

Síntomas dependientes de la edad y el sexo

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

Curso

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

Episodio mixto

Según el DSM-IV-R (APA, 2002), un episodio mixto se caracteriza por un período de tiempo (de al menos 1 semana de duración) en el que casi cada día se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor. El sujeto experimenta estados de ánimo que se alternan con rapidez (tristeza, irritabilidad, euforia), acompañados de síntomas de un episodio maníaco y de un episodio depresivo mayor. Los síntomas de presentación suelen incluir agitación, insomnio, alteración del apetito, síntomas psicóticos e ideación suicida. La alteración debe ser suficientemente grave como para provocar un deterioro social o laboral importante o para precisar hospitalización, o está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos.

Síntomas y trastornos asociados

Las características asociadas de un episodio mixto son parecidas a las de los episodios maníacos y los episodios depresivos mayores. Los sujetos pueden estar desorganizados en el pensamiento o el comportamiento. Puesto que los sujetos con episodios mixtos

experimentan más disforia que los que presentan episodios maníacos, pueden ser más proclives a buscar ayuda médica.

Síntomas dependientes de la edad y el sexo

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

Curso

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

Criterios para el episodio mixto:

A.- Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco (v. pág. 338) como para un episodio depresivo mayor (v. pág. 333) (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un periodo de 1 semana.

B.- La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

C.- Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

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

Cuadro 6. Criterios para el episodio mixto, según DSM-IV-R (APA, 2002).

Trastornos depresivos

Trastorno depresivo mayor

Según el DSM-IV-R (APA, 2002), la característica esencial de un trastorno depresivo mayor (TDM) es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. El tercer dígito en el código diagnóstico del trastorno depresivo mayor indica si se trata de un episodio único (utilizado sólo para los primeros episodios) o si es recidivante.

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

Síntomas y trastornos asociados

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

El trastorno depresivo mayor puede ir precedido por un trastorno distímico. También se estima que cada año aproximadamente el 10 % de los sujetos con un trastorno distímico iniciarán un primer episodio depresivo mayor. Otros trastornos mentales se presentan con frecuencia al mismo tiempo que el trastorno depresivo mayor (trastornos relacionados con sustancias, trastorno de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno límite de la personalidad) (APA, 2002).

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Las características específicas relacionadas con la cultura se exponen en el texto referente al episodio depresivo mayor. El trastorno depresivo mayor (único o recidivante), tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones. En la edad prepuberal los niños y las niñas están afectados en la misma proporción. Tanto en varones como en mujeres las tasas son más altas en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y los 44 años, mientras que tanto en hombres como en mujeres las tasas más bajas se dan en las personas de más de 65 años (APA, 2002).

Curso

El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad, y la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida. Los datos epidemiológicos sugieren que la edad de inicio está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente. El curso del trastorno depresivo, recidivante, es variable. Algunas personas tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos, en tanto que otras tienen episodios agrupados, e incluso otras tienen episodios cada vez más frecuentes a medida que se hacen mayores (APA, 2002).

Algunos datos sugieren que, en general, los períodos de remisión duran más en las fases tempranas del curso del trastorno. El número de episodios previos es predictor de las probabilidades de presentar un episodio depresivo mayor posterior. Según estadísticas del DSM-IV-R (APA, 2002) aproximadamente, se puede esperar que el 50-60 % de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, tengan un segundo episodio. Los sujetos que han tenido un segundo episodio tienen un 70 % de posibilidades de tener un tercero y los sujetos que han tenido tres episodios tienen un 90% de posibilidades de tener el cuarto.

Los episodios depresivos mayores pueden desaparecer completamente (aproximadamente en dos terceras partes de los casos). Los sujetos que presentan sólo una remisión parcial tienen más probabilidades de presentar otros episodios y de continuar con el patrón de recuperación parcial interepisódica. A menudo, los episodios de trastorno depresivo mayor se producen después de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido o el divorcio. Los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o el segundo episodios del

trastorno depresivo mayor y que desempeñan un papel menor en el inicio de los episodios posteriores. Las enfermedades médicas crónicas y la dependencia de sustancias (especialmente la dependencia de alcohol o cocaína) pueden contribuir al inicio o la severidad del trastorno depresivo mayor.

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

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

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

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

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

(Para CIE-9-MC Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión)

- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto

Cuadro 7. Criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor episodio único, según DSM-IV-R (APA, 2002).

Patrón familiar

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

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

A.- Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

B.- Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C.- Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

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

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

(Para CIE-9-MC Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión)

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional

Cuadro 8. Criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor recidivante, según DSM-IV-R (APA, 2002).

Trastorno distímico

La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día, de la mayoría de los días, durante al menos 2 años. Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o «desanimado». En los niños, el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo y la duración mínima exigida es sólo de 1 año.

Durante los períodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

Los sujetos pueden señalar pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles. Puesto que estos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana con frases como “yo siempre he sido así”, “esta es mi forma de ser”, es frecuente que no sean manifestados. A lo largo del período de 2 años (1 año en niños y adolescentes), los intervalos libres de síntomas no son superiores a 2 meses (APA, 2002).

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

Después de los 2 primeros años del trastorno distímico, pueden sobreañadirse al trastorno distímico episodios depresivos mayores. En estos casos («depresión doble») se diagnostica tanto el trastorno depresivo mayor como el trastorno distímico. Una vez que la persona vuelve a la línea de base distímica (dejan de cumplirse los criterios para el episodio depresivo mayor, pero persisten los síntomas distímicos), sólo se diagnostica el trastorno distímico (APA, 2002).

Síntomas y trastornos asociados

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

En los sujetos con trastorno distímico los síntomas vegetativos (p. ej., sueño, apetito, cambio de peso y síntomas psicomotores) parecen ser menos frecuentes que en los sujetos con un episodio depresivo mayor. El trastorno distímico puede ir asociado a los trastornos de la personalidad límite, histriónico, por evitación y por dependencia. Sin embargo, la valoración de las características de los trastornos de la personalidad en estos sujetos es difícil, porque los síntomas crónicos del estado de ánimo pueden contribuir a los problemas interpersonales o estar asociados a una percepción de sí mismos distorsionada (APA, 2002).

Síntomas dependientes de la edad y el sexo

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

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

- *Inicio temprano*: Se debe usar esta especificación si el inicio de los síntomas distímicos se produce antes de los 21 años. Estos sujetos tienen más probabilidades de desarrollar episodios depresivos mayores.
- *Inicio tardío*: Se debe usar esta especificación si el inicio de los síntomas distímicos se produce a los 21 años o con posterioridad (APA, 2002).

Curso

Frecuentemente, el trastorno distímico tiene un inicio temprano e insidioso (p. ej., en la niñez, adolescencia o al principio de la edad adulta), así como un curso crónico. Habitualmente, en el marco clínico, los sujetos con trastorno distímico presentan un trastorno depresivo mayor superpuesto, que suele ser la razón por la que buscan tratamiento. Si el trastorno distímico precede al inicio del trastorno depresivo mayor, es menos probable que se produzca una recuperación completa espontánea entre los episodios depresivos mayores y aumentan las probabilidades de presentar más episodios posteriores.

Patrón familiar

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

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

A.- Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración deber ser de al menos 1 año.

B.- Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

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

C.- Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D.- No ha habido ningún episodio depresivo mayor (v. pág. 333) durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E.- Nunca ha habido un episodio maníaco (v. pág. 338) un episodio mixto (v. pág. 341) o un episodio hipomaníaco (v. pág. 344) y nunca se han cumplido los criterios para un trastorno ciclotímico.

F.- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G.- Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H.- Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

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

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

Cuadro 9. Criterios para el diagnóstico de trastorno distímico, según DSM-IV-R (APA, 2002).

Diagnóstico diferencial para el trastorno depresivo mayor y trastorno distímico

El trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor se distinguen en base a la gravedad, la cronicidad y la persistencia. En el trastorno depresivo mayor el estado de ánimo depresivo debe estar presente la mayor parte del día, casi cada día, durante un período de al menos 2 semanas, mientras que la característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo la mayoría de los días a lo largo de un período de al menos 2 años.

El diagnóstico diferencial entre el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor resulta especialmente difícil por el hecho de que los dos trastornos comparten síntomas parecidos y porque sus diferencias en cuanto al inicio, la duración, la persistencia y la gravedad no son fáciles de evaluar retrospectivamente (APA, 2002).

El trastorno depresivo mayor suele consistir en uno o más episodios depresivos mayores separados, que se pueden distinguir de la actividad normal de la persona, mientras que el trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante muchos años. Si en el inicio de la alteración los síntomas depresivos crónicos son de suficiente gravedad y número como para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor, el diagnóstico debe ser trastorno depresivo mayor, crónico (si todavía se cumplen los criterios), o trastorno depresivo mayor, en remisión parcial (si ya no se cumplen los criterios) (APA, 2002).

Sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico con posterioridad a un trastorno depresivo mayor si el trastorno distímico se produjo antes del primer episodio depresivo mayor (ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de los síntomas

distímicos) o si ha habido una remisión total del episodio depresivo mayor antes del inicio del trastorno distímico.

Trastorno depresivo no especificado

EL DSM-IV-R (APA, 2002) asigna la categoría de trastorno depresivo no especificado para los trastornos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado. Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen: trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo menor, trastorno depresivo breve recidivante, trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia, episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, o casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.

Trastorno Bipolar

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

Los cambios de estado de ánimo se llaman “episodios anímicos”, pueden ser dramáticos y rápidos, aunque por lo regular son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno

depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía (APA, 2002).

La manía afecta al paciente en su manera de pensar, su juicio, la manera de comportarse con los otros y puede causar graves problemas de conducta. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar irresponsables decisiones de negocios, e involucrarse en aventuras emocionales. Si la manía no es oportunamente tratada puede empeorar y desencadenarse en un estado psicótico (el paciente pierde temporalmente la razón). No todas las personas que están en fases depresivas o maníacas padecen de todos los síntomas.

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

Principales síntomas según Belloch, Sandín y Ramos (1996)

Fase eufórica:

- Sentimientos desproporcionados e injustificados de bienestar y euforia.
- Delirios de grandiosidad.
- Problemas de concentración e hiperactividad.
- Abuso de drogas, particularmente cocaína, alcohol y barbitúricos. Incremento significativo en los niveles de energía y actividad.
- Incremento del deseo sexual.

- Lenguaje acelerado y verborreico. Agitación psicomotora manifiesta.
- Comportamiento inapropiado en situaciones sociales.

Fase depresiva:

- Intensos sentimientos de tristeza, abatimiento y desesperanza. Pérdida de interés en actividades diarias.
- Incapacidad de experimentar sensaciones/emociones positivas.
- Disminución del deseo sexual.
- Cambios significativos en los patrones de sueño, bien por un descenso o un aumento
- Empeoramiento matutino del estado de ánimo depresivo.
- Dificultades de concentración, memoria y toma de decisiones.
- Sensaciones de cansancio y agotamiento físico.
- Perspectiva sombría del futuro.
- Pérdida de autoconfianza y autoestima.
- Ideación suicida recurrente y/o intentos de suicidio.

C) Causas de la depresión

Factores genéticos

Existe cierto riesgo a desarrollar trastornos afectivos cuando hay historial familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una vulnerabilidad biológica.

Existen datos que avalan una participación genética en los trastornos afectivos, aunque no se especifica todavía el modo de transmisión. La síntesis sobre los estudios realizados hasta 1979 sugiere

un factor genético, ya que la concordancia en monocigotos es de 65% frente a la de los dicigóticos que solo alcanzan el 14% (Vallejo, 1999).

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

Factores Bioquímicos

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

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

Estresores externos

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

Otros factores psicológicos y sociales

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

La depresión en las mujeres

Durante la infancia, no hay diferencias importantes en la incidencia de depresión entre los niños y las niñas. Pero entre las edades de 11 y 13 años hay un incremento elevado de depresión en las niñas. Al llegar a los 15 años, las mujeres tienen una probabilidad

dos veces mayor que los varones de haber experimentado un episodio depresivo serio. Esto ocurre en un momento en el que los roles y las expectativas cambian drásticamente (Cyranowski, Frank, Young y Shear, 2000).

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

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

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

Por último, otro factor que influye en el alto porcentaje de depresión de la mujer, en especial en la adolescencia, es su excesiva preocupación por mantener una buena imagen, por una parte en su apariencia física, lo que causa a su vez frecuentes trastornos

alimenticios, y por otra en su preocupación de tener un buen desempeño en lo que haga y ser popular (Feldman, 2007).

Depresión en adolescentes

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

Estos frecuentes sentimientos pueden dar lugar a un estado depresivo que puede no ser evidente para los demás. Los cambios en la alimentación (atracones o falta de apetito), la agresividad, el bajo rendimiento escolar, la somnolencia y las excesivas preocupaciones sobre la apariencia física pueden ser signos de malestar o discomfort emocional en los adolescentes. De forma más visible, pueden aparecer fobias y ataques de pánico (Craig y Baucum, 2009).

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

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

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

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

Los jóvenes son uno de los grupos etarios más vulnerables de sufrir depresión, ya que en la etapa de adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social (Blum, 2000). Según Gómez y Rodríguez (1977), los altos índices de depresión en adolescente pueden deberse a las condiciones socioeconómicas y políticas actuales, a altos índices de desempleo, violencia y pobreza, incertidumbre laboral y pocas expectativas ocupacionales. Otros factores de estrés durante la adolescencia incluyen la formación de una identidad, la sexualidad en desarrollo, la separación del adolescente de los padres, y la toma de decisiones por primera vez. Todo esto se suma a otros cambios físicos, intelectuales y hormonales. Estos factores de estrés son más fuertes en las mujeres quienes presentan mayor incidencia de depresión (Lewisohn, Hyman, Robert, Seeley y Andrews, 1993).

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

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

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

La depresión en la adolescencia puede presentarse como un problema transitorio y común, o como una enfermedad peligrosa que puede generar conductas autodestructivas. Se considera que el adolescente está enfermo cuando el proceso de su desarrollo biopsicosocial se altera y esto se manifiesta en conductas anormales, y alteración en sus funciones mentales (Dallal y Castillo, 2000).

La depresión ha sido asociada al Síndrome de riesgo en la adolescencia. El Síndrome de riesgo consiste en la presencia simultánea y covariada de factores de riesgo asociados a la

presentación de los cuatro problemas típicos en la salud del adolescente: (a) abuso de las sustancias, (b) embarazo o iniciación sexual temprana, (c) deserción escolar o problemas de rendimiento académico, y (d) delincuencia (Blum, 2000).

En cuanto al diagnóstico clínico, cualquier persona puede sentir tristeza en un momento determinado, depende de la situación que atraviesa, para recibir el diagnóstico de un trastorno depresivo se deben cumplir los criterios diagnósticos del DSM-IV-R o CIE-10.

Estas escalas de evaluación son una herramienta estandarizada que ayuda al diagnóstico, sin embargo no es la única, y debe ser considerando dentro de un proceso de evaluación psicológica que incluye además, una entrevista completa con el paciente y baterías de test psicológicos estandarizados, seleccionados según la edad del paciente.

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

Tratamiento

La psicoterapia es la primera elección de tratamiento en depresión leve y moderada, y la más utilizada es de tipo cognitivo conductual. La farmacoterapia es una elección en depresión moderada-severa, depresión psicótica y cuando no hay respuesta a psicoterapia en depresión leve-moderada. El tratamiento se considera, por tanto,

multimodal (intervenciones a nivel individual, familiar, grupal y farmacológico) (Harrison, Beck y Buceta, 1984).

Psicoeducación

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

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

Psicoterapia

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

- *Terapias conductivo-conductuales*, que reúne un grupo de tratamientos que incluyen el entrenamiento en habilidades sociales, la resolución de problemas (siendo opcional la relajación), la terapia racional emotiva, entre otros. Está orientada a que el paciente aprenda nuevas habilidades en su forma de percibir, entender y reaccionar ante las dificultades, y así reducir la gravedad y duración de la enfermedad.

La duración del tratamiento no es larga, aproximadamente 12-20 sesiones (Caro, 2006).

- *Terapias de grupo*, con el objetivo de favorecer el desarrollo de las habilidades sociales y reducir el aislamiento social del adolescente deprimido.

- Finalmente, las *intervenciones socio-familiares*, que incluye a los padres y familiares. Es fundamental para los padres y cuidadores conocer la sintomatología de sus hijos, comprender sus actitudes, aceptar la enfermedad, y no reforzar las conductas negativas.

Farmacoterapia

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

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

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

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

D) Principios de la terapia cognitiva (Judith Beck, 1995)

1. La terapia cognitiva se basa en una formulación permanentemente evolutiva del paciente y sus problemas en términos cognitivos.
2. Requiere una sólida alianza terapéutica
3. Enfatiza la colaboración y participación activa.
4. Se orienta hacia metas y se orienta en los problemas. Inicialmente enfatiza el presente.
5. Es educativa, apunta a enseñarle al paciente a ser su propio terapeuta y se enfoca en la prevención de la recaída.
6. Es de tiempo limitado y con sesiones estructuradas
7. Le enseña a los pacientes a identificar, evaluar y responder a sus creencias y pensamientos disfuncionales.
8. Usa una diversidad de técnicas para cambiar los pensamientos, el estado de ánimo y las conductas.

Principales conceptos

La pérdida

La pérdida es uno de los conceptos claves en la teoría de Beck; fue tomado de su formación psicoanalítica del escrito de Sigmund Freud, *Duelo y Melancolía*, publicado en 1917. Para Freud, el depresivo melancólico siente la pérdida personal y la humillación por parte de otra persona significativa, pero no puede tolerar sus propios

impulsos agresivos por estar herido. Psicológicamente, incorpora al otro en el sí mismo, y castiga en forma simbólica al otro por el propio sufrimiento del ego.

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

La esfera personal

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

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

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

Las reglas

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

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

Los esquemas

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

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

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

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

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

Los modos

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

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

Triada cognitiva

Para Beck (1967), la depresión es un trastorno de la cognición. La pérdida se manifiesta en la triada cognitiva. El paciente considera que ha perdido algo que considera esencial para su felicidad, anticipa resultados negativos para cualquier cosa que haga y se considera a sí mismo incapaz de lograr metas importantes. La depresión se considera como un punto negativo sobre el sí mismo los otros y el mundo. El depresivo se ve a sí mismo como deficiente o inútil, como inadecuado o sin valor.

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

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

Las distorsiones cognitivas

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

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

- Pensamiento “de todo o nada” (“pensamiento dicotómico”).
- Adivinación del futuro (“catastrofización”).
- Descalificar o descartar lo positivo.
- Inferencia arbitraria.
- Razonamiento emotivo (“siento que...”).
- Explicaciones tendenciosas.
- Rotulación (“etiquetar”).
- Magnificar lo negativo y minimizar lo positivo.
- Filtro mental (“abstracción selectiva”).
- Lectura de la mente.
- Generalización (o “sobregeneralización”).

- Personalización.
- Expresiones con “debe” (exigencias).
- Visión en túnel.

La disfuncionalidad

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

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

1.3 Investigaciones

A continuación, se describen los estudios más relevantes encontrados respecto a las variables y diseño de estudio.

A) A nivel del extranjero

Sales, Pardo, Mayordomo, Satorres-Pons, y Meléndez (2015). España. “Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas”. *Objetivo*: Comprobar que la aplicación de una terapia de reestructuración cognitiva en ancianos deprimidos institucionalizados sin deterioro cognitivo es efectiva para la mejora de la depresión así como en diferentes variables consideradas. *Material y método*:

Se realizó un estudio experimental aleatorizado con dos grupos de análisis (experimental y control), en el que, tras la aplicación de dicha terapia, se evaluó el cambio sufrido en las diferentes variables psicológicas medidas en una muestra de 8 ancianos deprimidos institucionalizados sin daño neurológico de la provincia de Albacete. *Resultados:* Los resultados encontrados demostraron resultados positivos de esta terapia para reducir la depresión en ancianos deprimidos institucionalizados sin deterioro cognitivo, así como en la mejora las diferentes variables consideradas. *Conclusiones:* Los resultados obtenidos sugieren que la aplicación de una terapia de reestructuración cognitiva en personas mayores ha sido satisfactoria mostrando la utilidad de este tipo terapia.

Acevedo (2014). Colombia. "Adaptación e implementación de un tratamiento cognitivo conductual para la fobia social". *Objetivo:* Adaptar e implementar una terapia cognitivo conductual basada en los fundamentos teóricos y empíricos de la terapia de Heimberg y otros (1990), (Heimberg et al., 1998; Echeburúa, 1996; Overholser, 2002) para el tratamiento de la fobia social (temor a hablar en público), implementadas en formato de grupo. *Material y método:* El diseño empleado fue pre-experimental pretest-posttest con un solo grupo, con una muestra de nueve participantes, seis mujeres, tres hombres, estudiantes universitarios. El procedimiento involucró: a) la adaptación del protocolo, b) convocatoria y selección de los participantes, c) mediciones pre tratamiento, d) implementación del tratamiento, e) ejecución de las mediciones post tratamiento, f) el análisis de los resultados. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario Breve de Auto Informe para el Diagnóstico de la Fobia Social (Rey, 2006), Cuestionario sobre el Temor a Hablar en Público de Clavijo y Restrepo (1989), la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa de Watson y Friend (1969) y la Escala de Ansiedad y Evitación Social de Watson y Friend (1969). *Resultados:* Se encontró una disminución estadísticamente significativa en las tres mediciones realizadas: SAD ($F= 19.710$, $p<.001$, bilateral), FNE ($F= 64.409$, $p<.000$, bilateral) y THP ($F =154.159$, $p <.001$, bilateral), (Chi Cuadrado = 14.000, $p <.001$, bilateral).

Conclusiones: El programa fue efectivo para disminuir significativamente el temor a hablar en público, la ansiedad social y la evitación de las situaciones sociales.

Ranero (2014). Guatemala. “Propuesta de programa cognitivo-conductual de autoestima para niños de 7 a 10 años víctimas de maltrato intrafamiliar”. *Objetivo:* La presente investigación se realizó con el fin de determinar los aspectos que debe contener un programa cognitivo conductual de autoestima para niños de 7 a 10 años que han sido víctimas de violencia intrafamiliar. *Material y método:* La investigación se realizó bajo las directrices del modelo de investigación de tipo cualitativo. La muestra estuvo conformada por cinco personas, psicólogas que laboran en la Unidad de Maltrato en la Procuraduría de los Derechos Humanos. Las psicólogas trabajan diariamente con niños y familias, las cuales han sido víctimas de violencia intrafamiliar. El instrumento de estudio fue una entrevista semiestructurada, la cual fue validada y constó de 20 preguntas abiertas relacionadas con las variables de estudio. Este modelo e instrumento utilizado, permitió conocer la experiencia y lo observado por las psicólogas según su experiencia con este tipo de problemática, además se obtuvo la percepción de ellas acerca de cómo la autoestima se ve dañada como repercusión el maltrato experimentado. *Conclusiones:* Se pudo determinar que para la realización de un programa para el restablecimiento en la autoestima en niños víctimas de violencia intrafamiliar, se debe de tener en cuenta el fortalecer de la autoestima, desarrollar cualidades resilientes y fortalecer las habilidades sociales, siendo estos factores los que se ven afectados de manera directa por las circunstancias de vida que estos niños llevan.

Cortez, López, Mejía y Salgado (2013). El Salvador. “Aplicación de dos programa psicoterapéuticos basados en el modelo cognitivo-conductual y la terapia racional emotiva para la reducción de conductas agresivas en estudiantes de los primeros años de educación media del Instituto Nacional

de Usulután durante febrero a agosto de 2013”. *Objetivo:* El objetivo de esta investigación es Determinar si el nivel de agresividad de dos grupos de estudiantes de primer año de bachillerato que reciben tratamiento psicológico durante diez sesiones es diferente al del grupo de estudiantes de primer año de bachillerato que no reciben ningún tratamiento psicológico en el Instituto Nacional de Usulután.

Material método: Esta investigación se realizó con ocho secciones de los primeros años del Instituto Nacional de Usulután. Para la realización del presente se utilizó una investigación de tipo cuasiexperimental. Los resultados se presentaron mediante tablas y/o gráficos y para el análisis se aplicó la técnica de números absolutos y porcentajes. El universo estuvo constituido por 263 estudiantes de los primeros años de bachillerato (4 técnicos, 1 general y 3 industriales). La muestra estuvo constituida por 90 estudiantes seleccionados por sus mayores puntajes obtenidos en la prueba de Buss y Perry. El cual se realizó una selección al azar, al integrarlos a los 3 grupos: dos grupos fueron experimentales y uno fue el grupo control. Para la comprobación de hipótesis se utilizó la prueba de valores “f” y la prueba de “t” Student. En el proceso de tratamiento se utilizaron dos terapias individuales para los grupos experimentales, el primer grupo se basó en la Terapia Cognitiva Conductual, y el otro grupo se basó Terapia Racional Emotiva, la cual se obtuvo un mejor resultado en el grupo basado en la terapia cognitiva conductual.

Resultados: El nivel de agresividad de los dos grupos de estudiantes de primer año de bachillerato que reciben tratamiento psicológico basado en los programas de Terapia Cognitiva-conductual y Terapia Racional Emotiva durante diez sesiones, será menor al del grupo de estudiantes de primer año de bachillerato que no se sometió a ningún tratamiento psicológico en el Instituto Nacional de Usulután.

Conclusiones: Los dos programas psicoterapéuticos resultaron eficaces en la reducción de la conducta agresiva; sin embargo, se obtuvieron mejores resultados en el segundo grupo psicoterapéutico que fue basado en la Terapia Racional Emotiva, se debe a que la Terapia Racional Emotiva lleva un mayor contenido emocional y va enfocada en ayudar a las personas de forma más racional a generar emociones más apropiadas y actuar de forma funcional y adaptativa logrando sus metas y por tanto ser más feliz. A diferencia del primer grupo, en el que se obtuvo una reducción de la conducta agresiva pero menor nivel que en la terapia Racional Emotiva, ya que esta se basa en el proceso cognitivo, es decir, a través de controlar aquellos pensamientos negativos que nos llevan actuar de una forma impulsiva debido a que ya se tiene una idea de cómo actuar ante una situación o amenaza.

Ortiz (2012). Ecuador. "Aplicación de la terapia cognitiva de Beck para el tratamiento de depresión en un grupo de adolescentes de 12 a 15 años del Instituto Técnico Superior Gran Colombia de la Ciudad de Quito de octubre del 2011 a enero del 2012". *Objetivo:* Reducir la depresión de un grupo de adolescentes del Instituto Técnico Superior Gran Colombia de 12 a 15 años mediante la aplicación de terapia cognitiva de Beck. *Material y método:* Investigación de tipo correlacional, de diseño experimental intrasujeto. Para la muestra, se seleccionaron 11 adolescentes que puntuaron depresión moderada, depresión grave y depresión extrema en el Cuestionario de Depresión de Beck y que cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM-IV-R (2002) para trastornos del estado de ánimo. Para el diagnóstico de depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck. La primera evaluación se realizó a modo de diagnóstico, al inicio del proceso. Posteriormente se evaluó el progreso de la terapia en una fase intermedia y finalmente se realizó una evaluación final. *Resultados:* El tratamiento aplicado logró resultados favorables para las pacientes, existiendo una mejora significativa en la mayor parte de los casos, pues como fue claro observar, no todas las alumnas tuvieron una mejoría, pero si la mayoría.

Conclusiones: Los principales factores que incidieron en los estados depresivos de las adolescentes fueron los pensamientos erróneos acerca de sí mismas, los otros y el mundo, así como conflictos de comunicación y abandono por parte de padres. Se observó además una importante influencia del medio y la toma de decisiones equivocadas. El proceso terapéutico mejoró los estados emocionales de las adolescentes mediante la utilización de técnicas cognitivo conductuales, brindándoles herramientas que les permitieron manejar de mejor manera sus conflictos. La terapia les permitió modificar su pensamiento, identificar sus creencias disfuncionales, confrontar su realidad, proporcionándoles así otras posibilidades para la resolución de conflictos y el adecuado manejo de sus emociones.

Prada, Cáceres, González, Quirós y Solano (2012). Costa Rica. “La efectividad de la terapia cognitiva de la depresión en cuatro mujeres cuyas edades oscilan entre los 30 y 50 años”. *Objetivo:* El presente estudio tiene como objetivo reportar los resultados de la implementación con la Terapia Cognitiva de la Depresión, de acuerdo a lo postulado por Aaron Beck, Rush, J. Shaw, B. y Emery, G., en cuatro mujeres entre los 30 y 50 años de edad. *Material y método:* La presente investigación se abordó bajo un modelo mixto de enfoque dominante con predominancia del enfoque cualitativo. Se intervino un total de 4 mujeres entre las edades de 30 a 50 años que hicieron una solicitud de servicios terapéuticos al CASI, por depresión o por motivos de consulta que dieran referencia a síntomas depresivos. Para la inclusión de las pacientes, debieron puntuar un nivel medio o alto de depresión según la Escala de Depresión de Beck. El proceso psicoterapéutico se llevó a cabo durante doce a quince sesiones basado en la terapia propuesta. *Resultados:* Según los resultados obtenidos es posible rescatar que la terapia cognitiva de la depresión permitió tanto a las pacientes como a las terapeutas centrarse en problemas aquí y ahora. Uno de los elementos esenciales del enfoque es el tener un plan de las sesiones previamente establecido, con metas y objetivos claros acordados entre terapeuta y paciente. Esto permitió

que el proceso tuviera una dirección clara y que las pacientes pudieran comprender las tareas que se aplicaban.

Conclusiones: Luego de ser conscientes de estas distorsiones las técnicas cognitivas permitieron a las pacientes modificar percepciones estereotipadas que presentaban, logrando con esto la disminución de los intensos sentimientos negativos y centrando su atención en aquellos problemas que fueran resolubles.

B) A nivel del país

Manrique (2016). "Efectividad de un Programa Cognitivo-Conductual en la inteligencia emocional y resolución de problemas en estudiantes de Psicología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega". *Objetivo:* Reportar los resultados de la efectividad de un Programa Cognitivo-Conductual en la inteligencia emocional y resolución de problemas en estudiantes de Psicología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. *Material y método:* La investigación fue de tipo experimental con diseño cuasi experimental de medición de un grupo pre y post test. La muestra estuvo constituida por 54 estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Se administró a la muestra un Programa Cognitivo-Conductual, así como el Inventario de Inteligencia emocional de BarOn y la Escala de Habilidades de Resolución de Problemas Sociales. Se utilizó el programa SPSS versión 24, para el análisis de los Resultados y la prueba "t" de Student para la contrastación de hipótesis, con un nivel de significancia de $p < 0,05$. *Resultados:* Los resultados indican que el programa cognitivo-conductual produce efectos positivos en la inteligencia emocional e incrementó la habilidad de resolución de problemas en estudiantes de psicología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. *Conclusiones:* El programa cognitivo-conductual tuvo efectos positivos en las dimensiones intrapersonal interpersonal, adaptabilidad y estado de ánimo de la inteligencia emocional, e incrementó la habilidad de resolución de problemas

en estudiantes. Contrariamente el programa no ha producido efectos positivos en la dimensión manejo del estrés de la inteligencia emocional.

Según (2016). "Niveles de depresión y percepción de la autoeficacia en estudiantes de psicología en dos universidades: pública y privada"
Objetivo: Establecer si existe correlación o asociación significativa entre la depresión y la percepción de la autoeficacia. *Material y método:* Participó un grupo de doscientos estudiantes de psicología de una universidad pública y privada. La depresión fue evaluada con la Escala de Beck y la Autoeficacia con la Escala de Baessler y Schwarzer, modificada por Anicama y Cirilo, con adaptaciones psicométricas en Lima. La muestra fue de tipo estratificada por edad y por nivel educativo, así como aleatoria y sistemática. *Resultados:* Los resultados de su investigación muestran que hay una relación negativa relativamente baja: -0.364 para las estudiantes de la universidad privada y -0.389 para la pública, cuando $p < .001$, es decir, a mayor depresión menor autoeficacia o viceversa.

Conclusiones: Existe mayor nivel de depresión en las estudiantes de la universidad privada que en la universidad pública y no se hallaron diferencias significativas según edad y año de estudio en las dos universidades. Se halló mayor promedio en autoeficacia en la universidad privada y diferencias significativas según año de estudios en las estudiantes de la universidad pública.

Magallanes (2012). "Programa cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad en pacientes con VIH - Chimbote 2009". *Objetivo:* Analizar los efectos de la aplicación del programa cognitivo conductual para el manejo de ansiedad en pacientes con VIH pertenecientes a la red Organización de Personas Viviendo con VIH Sida de Chimbote 2009. *Material y método:* El diseño corresponde a las investigaciones experimentales de tipo cuasi-experimental con pre test y pos test. Para tal efecto se aplicó la prueba del STAI a 24 personas infectadas con el VIH, conformando la muestra

experimental 12 sujetos y 12 el grupo control. Para la obtención de resultados se empleó el estadístico “t” de Student. *Resultados:* Luego de aplicar el programa cognitivo-conductual al grupo experimental, se encontró una disminución estadísticamente significativa de la ansiedad, es decir, el nivel alto del 42% se reduce al 8%. *Conclusiones:* El programa cognitivo-conductual es eficaz para la disminución de la ansiedad.

Ventura (2009). “Eficacia de un programa de intervención grupal cognitivo-conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del Puesto de Salud Las Dunas-Surco”. *Objetivo:* Determinar la eficacia de un Programa de Intervención Grupal Cognitivo-Conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada. El tratamiento grupal duró un mes (dos sesiones semanales). *Material y método:* El diseño metodológico fue cuasi experimental con mediciones pre test y post test. Participaron 30 mujeres, cuyas edades oscilan entre 20 a 60 años, con ansiedad generalizada, las cuales fueron designadas a 15 al grupo experimental y 15 al grupo control. Se utilizó como instrumento la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), del cual se hizo el análisis psicométrico respectivo. *Resultados:* Se mostraron diferencias significativas a favor del grupo experimental. *Conclusiones:* concluyendo que el Programa de intervención Grupal Cognitivo-Conductual logró disminuir el trastorno de ansiedad generalizada.

1.4 Marco Conceptual

Adolescencia: Es la etapa comprendida entre los 11 años hasta los 19 años; en esta etapa se presentan cambios físicos (cambios hormonales) y psicológicos (busca su autoafirmación y autonomía).

Depresión: Según el modelo cognitivo de Beck (1995), es un trastorno de la cognición, y existe una triada cognitiva para la depresión: El primer elemento es la visión negativa acerca de sí mismos; se ven faltos de

atributos para ser felices, estar satisfechos o sentirse útiles. El segundo elemento es la frecuente apreciación negativa de las experiencias propias presentes; sienten que el ambiente exige demasiado. El tercer elemento es la terna negativa acerca del futuro; estos pacientes anticipan que su sufrimiento se prolongará indefinidamente.

Programa: Es un plan, proyecto o servicio mediante el cual se diseña, organiza y se pone en práctica un conjunto de acciones y recursos materiales dirigidos a la consecución de una meta.

Terapia cognitiva-conductual: Es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos. La TCC le puede ayudar a cambiar la forma cómo piensa (“cognitivo”) y cómo actúa (“conductual”) y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. A diferencia de algunas de las otras “terapias habladas”, la TCC se centra en problemas y dificultades del “aquí y ahora”. En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora.

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema

2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática

Este trabajo tiene como finalidad dar a conocer la problemática que existe en la Universidad Privada San Juan Bautista, pues se ha observado que algunos adolescentes presentan síntomas de depresión, tales como: baja autoestima, ideas suicidas, irritabilidad, bajo rendimiento, pérdida de interés en actividades placenteras, etc. Como se sabe, el sustrato psicológico de la depresión de Beck está expresado en el modelo cognitivo, que postula tres conceptos específicos: La triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información). Todo ello se expresa en que el individuo se considera a sí mismo, su futuro y sus experiencias de modo negativo, con una visión pesimista de la realidad; por lo tanto, sus pensamientos también serán negativos y distorsionados. Teniendo en cuenta la etapa de adolescencia tardía en la que se encuentran los estudiantes de la mencionada Universidad, tales síntomas descritos podrían manifestarse con mayor intensidad.

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

Nadie es inmune a períodos de tristeza y depresión, y los adolescentes no son la excepción. La depresión clínica es un trastorno del estado anímico que se manifiesta en diferentes planos psíquicos y somáticos, en el que los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de tiempo prolongado. Se manifiesta mediante un conglomerado de síntomas que incluyen la pérdida de interés hacia las actividades que realizan normalmente, pesimismo, baja autoestima, aislamiento social, fatiga, llanto, trastornos del sueño y de la alimentación, e impulsos autodestructivos (Dowd, 2004). En general, los individuos depresivos se caracterizan por poseer un esquema cognitivo negativo, centrado en torno a temas de deficiencia personal, autoculpa y expectativas negativas que tendrían un papel muy importante en cómo el individuo procesa la información personal y social, dado que dicho esquema influiría no solo en qué tipo de estímulos son atendidos por el individuo, sino también en cómo estos son integrados y evaluados (Vara, 2006).

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

La depresión puede ser una respuesta a muchas situaciones y factores de estrés en los adolescentes. Una de las clasificaciones más utilizadas para la depresión es la distinción entre depresión endócrina y reactiva. La segunda parece poder explicarse mediante agentes precipitadores externos y algunas manifestaciones sintomatológicas pueden diferir entre ambas: los depresivos endógenos presentan más síntomas físicos y sentimientos de culpa: se encuentran peor por la mañana que durante el resto del día y tienden a manifestar un mayor retraso o agitación motora.

Según Beck (1995) y su modelo cognitivo, existe una triada cognitiva para la depresión: la primera es la visión negativa acerca de sí mismos; se ven faltos de atributos para ser felices, estar satisfechos o sentirse útiles. La segunda es la frecuente apreciación negativa de las experiencias propias presentes, sienten que el ambiente exige demasiado. El tercer elemento es la terna negativa acerca del futuro. Estos pacientes anticipan que su sufrimiento se prolongará indefinidamente. El esquema básico de la terapia cognitiva de Beck establece que una situación o estímulo, que puede ser externo o interno, provoca una respuesta que puede ser emotiva, conductual o fisiológica. Para lo cual, pasa por un proceso cognitivo: los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de un razonamiento, sino más bien parecen brotar automáticamente y pueden tener forma verbal (lo que me estoy diciendo a mí mismo) y/o visual (imágenes).

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

La terapia cognitiva se basa en una formulación permanentemente evolutiva del paciente y sus problemas en términos cognitivos, requiere una sólida alianza terapéutica y enfatiza la colaboración y la participación activa del paciente. Se orienta hacia metas y se centra en los problemas, es educativa, apunta a enseñarle al paciente a ser su propio terapeuta y enfatiza la prevención de la recaída. Las sesiones de la terapia son estructuradas, tienen como objetivo enseñar a los pacientes a identificar, evaluar y responder a sus creencias y pensamientos disfuncionales.

Precisamente, ante lo anteriormente expuesto, el propósito de este estudio es investigar en los alumnos de los primeros ciclos cómo se reducen los síntomas propios de la depresión (baja autoestima, ideaciones suicidas y negativas acerca de su futuro, irritabilidad, etc.) al participar en un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual; así como conocer cómo se producen los cambios en sus actitudes con la aplicación de las distintas técnicas que considera el Programa, que conlleven a una reducción significativa de los síntomas cognitivo-afectivos y somáticos. De igual modo, este trabajo pretende determinar el grado de eficacia de la aplicación del Programa al generar un efecto positivo en la remisión de los síntomas de la depresión en la muestra de estudiantes de la Universidad Privada San Juan Bautista.

2.1.2 Antecedentes Teóricos

La terapia cognitiva-conductual (TCC) es la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente. Trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas de carácter aprendido. Se aplica en trastornos de ansiedad, depresión, pánico, agorafobia y otras fobias: fobia social, bulimia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, esquizofrenia, etc.

Se le enseña al sujeto a reaprender nuevas formas de respuesta ante la situación apremiante, o a disminuir el malestar o conducta no deseada, guiándolo hacia la adquisición de conductas más adaptativas; también a tener control de los pensamientos negativos, a identificar la relación entre cognición, afecto y conducta; a examinar las evidencias a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados y sobre todo a identificar las creencias falsas.

En cuanto a la depresión, el modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

1. *La triada cognitiva*, que consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse así mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático, y se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo.

2. *Modelo de los esquemas*, el cual se usa para explicar por qué el paciente depresivo mantiene actitudes que lo hacen sufrir.

3. *Errores en el procesamiento de la información*, que hace referencia a aquellos errores que mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria.

2.1.3 Definición del Problema

El problema de la investigación se formula de la siguiente manera:

2.1.3.1 Problema Principal

¿De qué manera la aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual influye en la reducción de los síntomas de la depresión, en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista?

2.1.3.2 Problemas Específicos

1: ¿En qué medida la aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual influye en la reducción de los síntomas cognitivo-afectivos de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista?

2: ¿En qué medida la aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual influye en la reducción de los síntomas somáticos de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista?

2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1 Finalidad de la Investigación

Este estudio pretende conocer en qué medida la aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual puede influir en la reducción de los síntomas de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista.

2.2.2 Objetivo General y Específicos

2.2.2.1 Objetivo General

Determinar si la aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual influye en la reducción de los síntomas de la depresión, en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista.

2.2.2.2 Objetivos Específicos

1: Establecer si la aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual influye en la reducción de los síntomas cognitivo-afectivos de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista.

2: Determinar si la aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual influye en la reducción de los síntomas somáticos de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista.

2.2.3 Delimitación del Estudio

2.2.3.1 Delimitación Espacial

La investigación se realizó en las instalaciones de la Universidad Privada de San Juan Bautista, sede del distrito de San Borja.

2.2.3.2 Delimitación Social

El estudio se realizó en una muestra constituida por 60 estudiantes, de ambos sexos, que cursan el 1º y 2º ciclo de estudios universitarios.

2.2.3.3 Delimitación Temporal

La investigación se desarrolló entre setiembre del año 2016 y agosto del año 2017.

2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio

Por ser la depresión un trastorno mental frecuente se calcula que en la actualidad afecta a 350 millones de personas en el mundo. La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de

morbilidad. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

Esta investigación pretende emplear el conocimiento teórico-práctico de la depresión y su influencia en los aspectos: cognitivos, afectivos y somáticos, que hacen vulnerables a los adolescentes provocando desadaptaciones personales y sociales, y mermando sus niveles de resiliencia y afrontamiento. Lo que se esperó –y se consiguió, posteriormente– es que mediante la aplicación de un programa de Terapia Cognitiva-Conductual disminuyan los síntomas de la depresión. El programa constó de 15 sesiones en las cuales se usaron técnicas cognitivas conductuales como: Técnicas de relajación de Jacobson, técnicas de autocontrol, juego de roles, resolución de problemas, debate socrático, moldeamiento, reforzamiento positivo, registro o autorregistro de pensamientos distorsionados, reestructuración cognitiva, etc.

2.3 Hipótesis y Variables

2.3.1 Supuestos Teóricos

Los reportes de estudios realizados por algunos autores indicarían una significativa asociación entre la aplicación de un programa de terapia cognitiva-conductual y la reducción de los síntomas de la depresión en estudiantes universitarios de los primeros ciclos, que se encuentran aún en el estadio tardío de la adolescencia. Tal es el caso del estudio de Ortiz (2012), quien reporta hallazgos significativos en adolescentes de 12 a 15 años luego de la aplicación

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

Por su parte, Prada et al. (2012) demostraron la efectividad de la terapia cognitiva de la depresión según Beck, en una muestra de mujeres cuyo motivo de consulta era la manifestación de síntomas depresivos en niveles medios y altos. Luego de las sesiones de terapia realizadas, las técnicas cognitivas permitieron a las pacientes modificar percepciones estereotipadas que presentaban, logrando con esto la disminución de los intensos sentimientos negativos y centrando su atención en aquellos problemas que fueran resolubles.

En nuestro medio, un estudio desarrollado por Manrique (2016) permite confirmar la efectividad de un Programa Cognitivo-Conductual en la inteligencia emocional y resolución de problemas de un grupo de estudiantes universitarios. El Programa tuvo efectos positivos en las dimensiones intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad y estado de ánimo de la inteligencia emocional, e incrementó la habilidad de resolución de problemas en los estudiantes.

En consecuencia, este trabajo de investigación pretende demostrar la hipótesis de que la aplicación de una terapia con técnicas cognitivo-conductuales, en un grupo de alumnos universitarios que cursan los primeros ciclos de estudio, tiene un efecto positivo en la reducción de por los menos el 50% de los síntomas característicos de la depresión, tanto los cognitivo-conductuales como los somáticos.

2.3.2 Hipótesis Principal y Específicas

2.3.2.1 Hipótesis Principal

H_P: La aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual influye en la reducción de los síntomas de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista.

2.3.2.2 Hipótesis Específicas

H₁: La aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual influye en la reducción de los síntomas cognitivo-afectivos de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista.

H₂: La aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual influye en la reducción de los síntomas somáticos de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista.

2.3.3 Variables e Indicadores

Variable independiente:

.- Aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual

Definición operacional:

Es el desarrollo de una serie de técnicas de terapia cognitiva-conductual en el transcurso de 13 sesiones, con la participación de un grupo de estudiantes universitarios adolescentes y jóvenes, dirigidas a tratar determinadas problemáticas específicas, tales como: pérdida de interés y placer en actividades que antes se disfrutaba, sentimiento de

desvalorización o baja autoestima, pensamientos de muerte (ideación o intentos de suicidio), e irritabilidad.

Variable dependiente:

.- Depresión

Definición operacional:

Es un trastorno de la cognición que se caracteriza por la aparición de síntomas cognitivo-afectivos como tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, culpa, etc.; y síntomas somáticos como irritabilidad, insomnio, pérdida de apetito, pérdida de peso, entre otros.

Cuadro 11

Operacionalización de las Variables de Estudio

Variables	Dimensiones	Indicadores
<p>Variable independiente:</p> <p>Aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta problemática: Pérdida de interés y placer en actividades que antes disfrutaba • Conducta problemática: Sentimiento de desvalorización o baja autoestima • Conducta problemática: Pensamientos de muerte (ideación o intentos de suicidio) 	<ul style="list-style-type: none"> • Interés por las actividades diarias. • Establecimiento de conductas placenteras con ayuda de reforzadores positivos. • Establecimiento de pensamientos y actitudes positivas. • Identificación de un real conocimiento de sí mismo y mejora de su autoconcepto. • Identificación de pensamientos negativos y trabajo contra afirmaciones positivas. • Análisis de la realización de metas. • Búsqueda de alternativas que no sean suicidio o muerte. • Trabajo contra afirmaciones positivas a las ideas de muerte o suicidio. • Reconocimiento de que hay alternativas de solución efectivas y que la muerte acaba con las metas de vida. • Reconocimiento de vencer los obstáculos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta problemática: Irritabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de control de emoción con el uso de técnicas de respiración y relajación. • Análisis de la lectura para un mejor autoconocimiento y control de emociones. • Reconocimiento de la importancia del autocontrol en la vida diaria. • Reconocimiento de la mejora de relaciones con los demás con un lenguaje asertivo en la vida diaria. • Análisis del video y comprensión de producir uno mismo un cambio de vida mediante sus pensamientos y actitudes.
Variable dependiente: Depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas cognitivo-afectivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Pesimismo • Sensación de fracaso • Insatisfacción • Culpa • Expectativas de castigo • Autodesprecio • Autoacusación • Ideas suicidas • Episodios de llanto • Retirada social • Indecisión • Cambios en la imagen corporal
	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas somáticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad • Enlentecimiento • Insomnio • Fatigabilidad • Pérdida de apetito • Pérdida de peso • Preocupaciones somáticas • Bajo nivel de energía

CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

3.1 Población y Muestra

La población estuvo conformada por 120 adolescentes y jóvenes de ambos sexos, matriculados en el primer y segundo ciclo en la Escuela de Psicología de la Universidad Privada San Juan Bautista, ubicada en los distritos de San Borja y Chorrillos.

La muestra se seleccionó con técnica de muestreo no probabilístico de tipo intencional, en la medida en que los estudiantes accedieron, mediante consentimiento informado, a participar del Programa de Terapia Cognitiva-Conductual. De ese modo, se estimó la muestra en 60 alumnos que participaron del Programa mencionado.

3.2 Diseño

El diseño empleado en la investigación fue el experimental, específicamente el de tipo Preexperimental, con Pretest y Posttest en un solo grupo. El diagrama de este diseño es el siguiente:

$O_1 \quad X \quad O_2$

Donde:

- O₁:** Observaciones pre test de los síntomas de la depresión.
- O₂:** Observaciones post test de los síntomas de la depresión.
- X:** Aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual.

Según Sánchez y Reyes (2006), "la ejecución de este diseño implica tres pasos a ser realizados por parte del investigador: 1) Una medición previa de la variable dependiente a ser estudiada (pretest: O₁); 2) introducción o aplicación de la variables independiente o experimental (X) a los sujetos del grupo; y 3) una nueva medición de la variable dependiente en los sujetos (postest: O₂)." (p. 118)

3.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

3.3.1 Técnica

Para la recolección de datos se empleó la técnica de la encuesta, mediante la cual se administró a la muestra de estudiantes, en las pruebas pretest y postest, un inventario que permite recoger información acerca de los síntomas de la depresión, tanto las de tipo cognitivo-afectivos como los somáticos.

3.3.2 Instrumento

Ficha técnica

Nombre: Inventario de Depresión de Beck – II (BDI-II).

Autores: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.

Autores de la adaptación española: Assessment España: Jesús Sanz, Frederique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.

Editor de la adaptación española: Pearson Educación S. A.

Fecha de la última revisión del test en su adaptación española: 2011.

Descripción

El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 o más años. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV-R (APA, 2002) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud) (OMS, 1993). En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV-R y el 75% del CIE-10).

Áreas de aplicación

- Psicología clínica
- Neuropsicología
- Psicología forense

Formato de los ítems

Tipo Likert, con cuatro categorías de respuesta ordenadas que se codifican de 0 hasta 3.

Numero de ítems: 21 ítems. Si una persona ha elegido varias opciones en un ítem, se toma la opción con la puntuación más alta. También se puntúan de 0 a 3 los ítems 16 y 18, que tienen 7 categorías. En estos ítems, el Manual recomienda registrar la categoría seleccionada, por su valor diagnóstico.

El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanta más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas

depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Cuadro 12

Distribución de los ítems del Inventario de Depresión de Beck, de acuerdo a sus dimensiones

Ítem	Dimensión: Síntomas cognitivo-afectivos	Subtotal de ítems
1	Tristeza	13
2	Pesimismo	
3	Sensación de fracaso	
4	Insatisfacción	
5	Culpa	
6	Expectativas de castigo	
7	Autodesprecio	
8	Autoacusación	
9	Ideas suicidas	
10	Episodios de llanto	
12	Retirada social	
13	Indecisión	
14	Cambios en la imagen corporal	
Ítem	Dimensión: Síntomas somáticos	
11	Irritabilidad	8
15	Enlentecimiento	
16	Fatigabilidad	
17	Insomnio	
18	Pérdida de apetito	
19	Pérdida de peso	
20	Preocupaciones somáticas	
21	Bajo nivel de energía	

Interpretación

El manual no contiene baremos. La principal estrategia para la interpretación de una puntuación consiste en su comparación con 3 puntos de corte que permiten calificar el nivel de depresión como mínima, leve, moderada o grave, y su consecuente clasificación en una de 4 categorías. Sanz, Perdigón y Vásquez (2003), y otras publicaciones de los adaptadores de la prueba, ofrecen distintos baremos para las poblaciones general española y de estudiantes españoles universitarios.

Validez

En lo que se refiere a la estructura interna, Vallar, De la Guía y Hernández (2011) realizaron análisis factoriales exploratorios en los que se replicaron los resultados de estudios factoriales en población clínica realizados por los autores de las pruebas, obteniéndose dos factores: una dimensión somática (pérdida de energía, fatiga, pérdida de placer e interés, cambios en el patrón del sueño, etc.) y un factor cognitivo (autocríticas, insatisfacción con uno mismo, inutilidad, pensamientos o deseos de suicidio, etc.). Dada la alta asociación entre ambos factores, es razonable considerar que la prueba mide un factor dominante de gravedad de la depresión. De hecho, el primer factor en la extracción inicial daba cuenta de un porcentaje de varianza sensiblemente superior (mayor del 30%) al de los factores sucesivos (menores del 7%).

Las puntuaciones de la prueba presentaron una adecuada validez convergente: elevadas correlaciones (superiores a 0.50) con las medidas de depresión del MCMI-II y del LED. La validez discriminante resultó más comprometida. Por un lado, se obtuvieron correlaciones moderadas con la medida de ansiedad del STAI. Por otro, sin embargo, se observaron altas correlaciones con la medida de ansiedad del BAI. Los autores argumentan que esta elevada asociación se explica por la

presencia de síntomas compartidos en las definiciones clínicas de depresión y ansiedad.

Recientemente, Carranza (2011) realizó un estudio con estudiantes universitarios de 16 a 36 años, de la ciudad de Lima, y, en cuanto a la validez de contenido del instrumento, fue estudiado inicialmente a través de la validez por criterio de jueces. Para cuantificar los hallazgos, se aplicó el coeficiente V de Aiken (Escurra, 1998). Las respuestas de los jueces fueron calificadas con el valor 1 si estaban de acuerdo y 0 si estaban en desacuerdo. Los resultados indican que todos los jueces coinciden de forma significativa en sus apreciaciones respecto a la valoración del cuestionario en su forma global. Por tanto, bajo este criterio, de acuerdo con los resultados obtenidos, el BDI-II presenta validez de contenido.

Asimismo, Carranza (2011) aplicó la validez de constructo a través de la técnica de análisis factorial, obteniendo resultados altos y satisfactorios, con lo cual se estableció que el BDI-II reúne las propiedades psicométricas para su aplicación a la muestra de investigación.

Fiabilidad

Los datos sobre la fiabilidad de las puntuaciones se basan exclusivamente en la consistencia interna. Los coeficientes obtenidos por Vallar et al. (2011) son elevados (superiores a 0.85) y similares a los obtenidos en los estudios internacionales con la versión original del BDI-II. En Lima, Carranza (2011), respecto a la fiabilidad del BDI-II, calculó un índice de alfa de Cronbach de 0.878, lo cual indica que el instrumento presenta una consistencia interna óptima.

Por su parte, la autora de esta investigación procedió a determinar la confiabilidad del instrumento en los estudiantes

universitarios que participaron en el Programa de Terapia Cognitiva-Conductual, habiéndose obtenido un valor de coeficiente alfa de Cronbach equivalente a 0,726, el cual indica un aceptable nivel de consistencia interna; por consiguiente, se establece que el BDI-II es un instrumento confiable e idóneo para su administración a la muestra de estudio.

3.4 Procesamiento de Datos

El análisis estadístico de los datos del estudio se efectuó mediante Hoja de Cálculo Excel 2010 y el software IBM SPSS versión 22 en español.

Para identificar las categorías en cada una de las dimensiones de la variable: depresión, se tuvo en cuenta la prueba de estatinos. Para la escala total, se recurrió al baremo que, al respecto, elaboró Carranza (2011) como parte de una estandarización en 300 estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. Las puntuaciones típicas se observan en el siguiente cuadro:

Cuadro 13

Puntuaciones típicas del BDI-II para la muestra de jóvenes universitarios

Percentil	PD	Percentil	PD
1	0		
2	0	55	12
3	0	60	13
4	0	65	14
5	1	70	15
10	3	75	16
15	4	80	17
20	5	85	19
25	6	90	22
30	7	95	26
35	8	96	27
40	9	97	30
45	10	98	33
50	11	99	39
Media			11.91
Mediana			11
Desv. típ.			8.083

Tomando en cuenta tanto los valores de las puntuaciones directas transformadas en puntuaciones típicas o estándar, como el valor del punto de corte establecido por los resultados de la sensibilidad y especificidad del BDI-II, Carranza (2011) consideró apropiado precisar la siguiente clasificación diagnóstica, de modo tal que la interpretación de los puntajes directos resulte sencilla.

Cuadro 14

Puntajes directos categorizados para evaluar los niveles de depresión

Categoría	Puntaje
Mínimo	0 – 6
Leve	7 – 11
Moderado	12 – 16
Severo	17 – 63

Con referencia a la contrastación de las hipótesis de estudio, se empleó como prueba estadística paramétrica la *t* de Student para muestras correlacionadas, para determinar diferencias entre las puntuaciones medias de los estudiantes del grupo de estudio, antes y después de la aplicación del Programa de Terapia Cognitiva-Conductual. Su fórmula es la siguiente:

$$t = \frac{(\bar{y}_B - \bar{y}_A) - (\mu_B - \mu_A)}{s \sqrt{\frac{1}{n_A} + \frac{1}{n_B}}}$$

Donde \bar{y}_A , \bar{y}_B son las medias muestrales, μ_A , μ_B las correspondientes medias poblacionales, *s* la desviación típica muestral conjunta. Se distribuye como una *t* de Student con n_A+n_B-2 grados de libertad, proporcionándonos una referencia probabilística con la que juzgar si el valor observado de diferencia de medias nos permite mantener la hipótesis planteada, que será habitualmente la hipótesis de igualdad de las medias, o, lo que es lo mismo,

nos permite verificar si es razonable admitir que $\mu_B - \mu_A = 0$, a la luz de los datos obtenidos.

Asimismo, las hipótesis fueron contrastadas a un nivel de significación de $p < 0,05$, que equivale a un nivel de confianza del 95%.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1.1 RESULTADOS DE LOS DATOS PERSONALES DE LA MUESTRA DE ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD SAN JUAN BAUTISTA

Tabla 1

Frecuencia y porcentajes en el dato: Ciclo de estudios de la muestra de estudiantes de la Universidad San Juan Bautista

Ciclo	Frecuencia	Porcentaje
I	53	88,3%
II	7	11,7%
Total	60	100,0%

El 88,3% de la muestra de estudiantes de la Universidad San Juan Bautista que participaron del Programa, corresponde al I ciclo, en tanto que el 11,7% cursa el II ciclo de estudios.

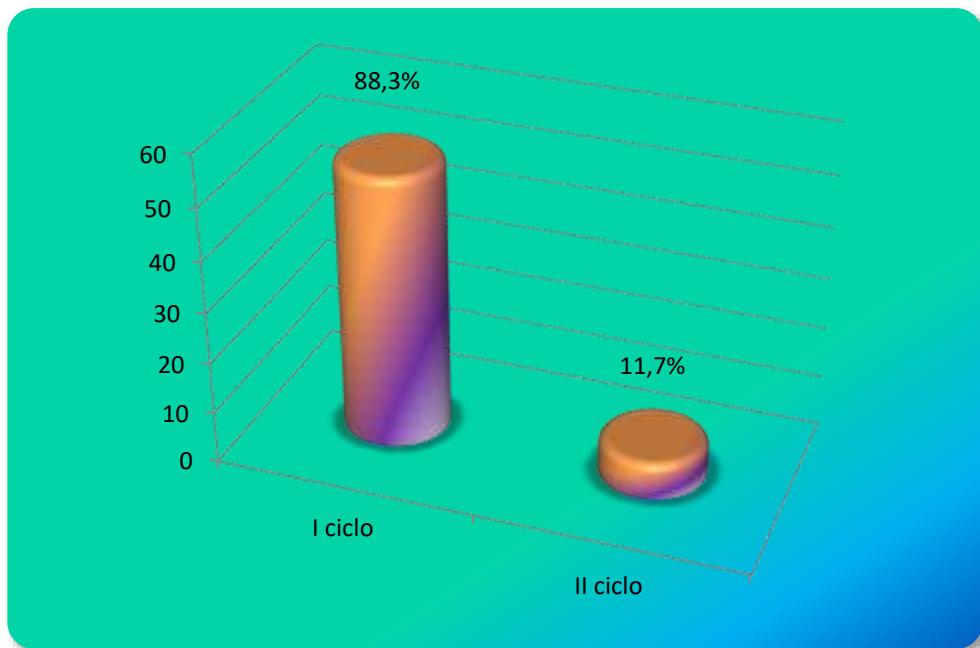


Figura 1. Distribución de porcentajes en el dato: Ciclo de estudios de la muestra de estudiantes de la Universidad San Juan Bautista

Tabla 2

Frecuencia y porcentajes en el dato: Grupo etario, de acuerdo al ciclo de estudios, de la muestra de estudiantes de la Universidad San Juan Bautista

Grupo etario	Ciclo de estudios		Total
	I	II	
16 - 20 años	45 84,9%	4 57,1%	49 81,7%
21 - 25 años	7 13,2%	2 28,6%	9 15,0%
26 - 30 años	1 1,9%	0 0,0%	1 1,7%
31 - 35 años	0 0,0%	1 14,3%	1 1,7%
Total	53 100,0%	7 100,0%	60 100,0%

Un alto porcentaje de estudiantes (84,9%) del I ciclo tiene de 16 a 20 años; el 13,2%, de 21 a 25 años; y solo el 1,9%, de 26 a 30 años. Asimismo, el 57,1% de los estudiantes del II ciclo cuenta con edades del 16 a 20 años; el 28,6%, de 21 a 25 años; y apenas el 14,3%, de 31 a 35 años.

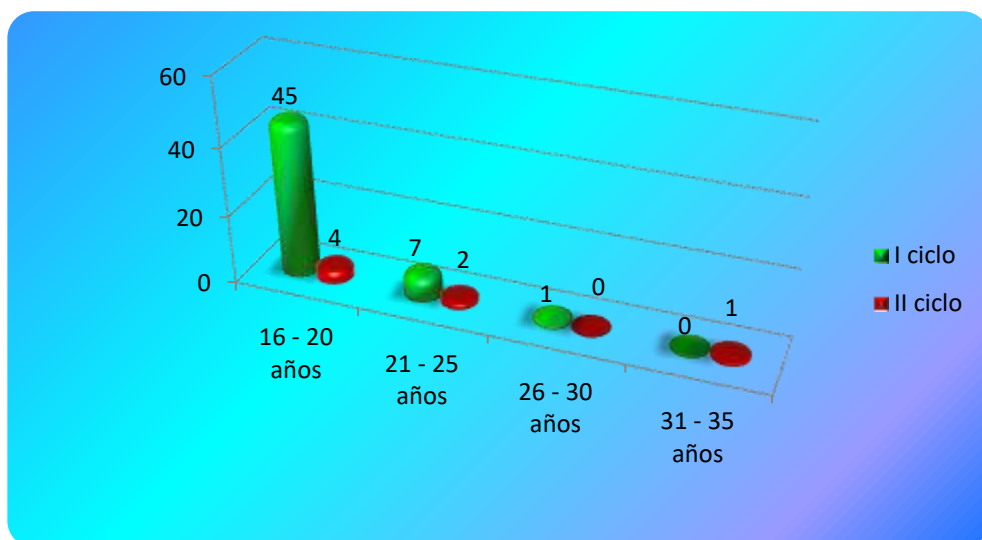


Figura 2. Distribución de porcentajes en el dato: Grupo etario, de acuerdo al ciclo de estudios, de los estudiantes de la Universidad San Juan Bautista

Tabla 3

Frecuencia y porcentajes en el dato: Sexo, de acuerdo al ciclo de estudios, de la muestra de estudiantes de la Universidad San Juan Bautista

		Ciclo de estudios		Total
		I	II	
Sexo	Masculino	12 22,6%	0 0,0%	12 20,0%
	Femenino	41 77,4%	7 100,0%	48 80,0%
Total		53 100,0%	7 100,0%	60 100,0%

En cuanto al dato personal: Sexo, el 22,6% de los que cursan el I ciclo son del sexo masculino; y el 77,4% corresponde al sexo femenino. Del mismo modo, se aprecia que el 100% de los que llevan el II ciclo pertenece al sexo femenino, no habiendo ninguno del sexo masculino.

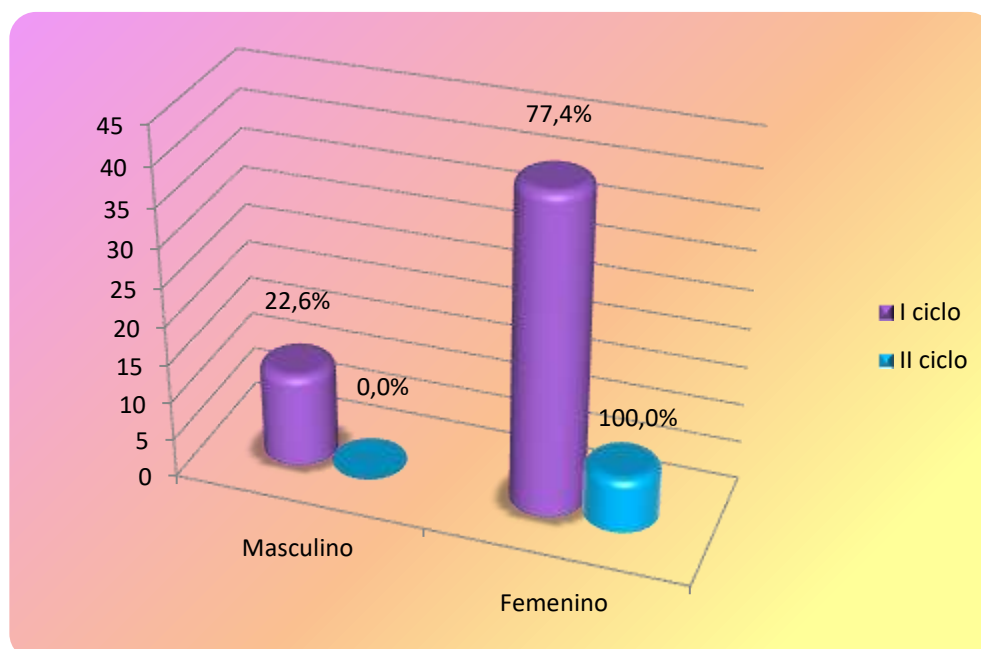


Figura 3. Distribución de porcentajes en el dato: Sexo, de acuerdo al ciclo de estudios, de los estudiantes de la Universidad San Juan Bautista

4.1.2 RESULTADOS COMPARATIVOS DE LA VARIABLE DE ESTUDIO: DEPRESIÓN

Tabla 4

Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Síntomas cognitivo-afectivos en estudiantes de la Universidad San Juan Bautista

Nivel	Pretest		Posttest	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alta presencia	9	15,0%	0	0,0%
Mediana presencia	34	56,7%	31	51,7%
Baja presencia	17	28,3%	29	48,3%
Total	60	100,0%	60	100,0%

En la prueba pretest, el 56,7% de los estudiantes mostraba síntomas cognitivo-afectivos en mediana presencia, en tanto que el 28,3% los tenía en baja presencia. Pero en la prueba posttest, la proporción en mediana frecuencia se redujo a 51,7%, siendo más notorio el incremento en la categoría de baja frecuencia, con un 48,3%.

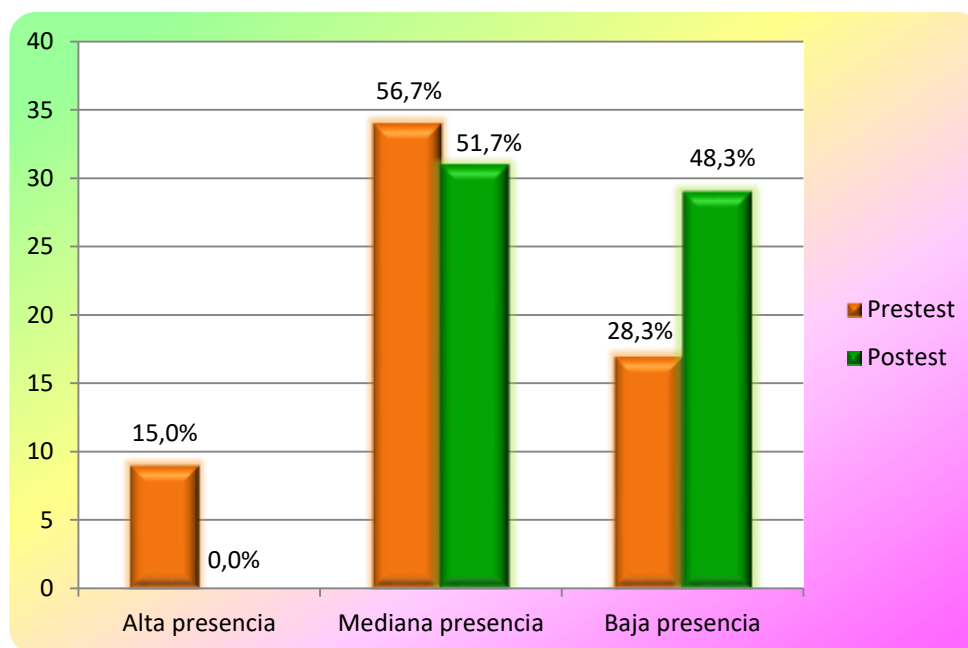


Figura 4. Distribución de porcentajes en la dimensión: Síntomas cognitivo-afectivos en estudiantes de la Universidad San Juan Bautista

Tabla 5

Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Síntomas somáticos en estudiantes de la Universidad San Juan Bautista

Nivel	Pretest		Posttest	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alta presencia	9	15,0%	1	1,7%
Mediana presencia	36	60,0%	26	43,3%
Baja presencia	15	25,0%	33	55,0%
Total	60	100,0%	60	100,0%

En la prueba pretest, el 60% de los estudiantes mostraba síntomas somáticos en mediana presencia, mientras que el 25% los presentaba en baja presencia. Más en la prueba posttest, la proporción en mediana frecuencia se redujo a 43,3%, siendo más evidente el incremento en la categoría de baja frecuencia, con un 55%.

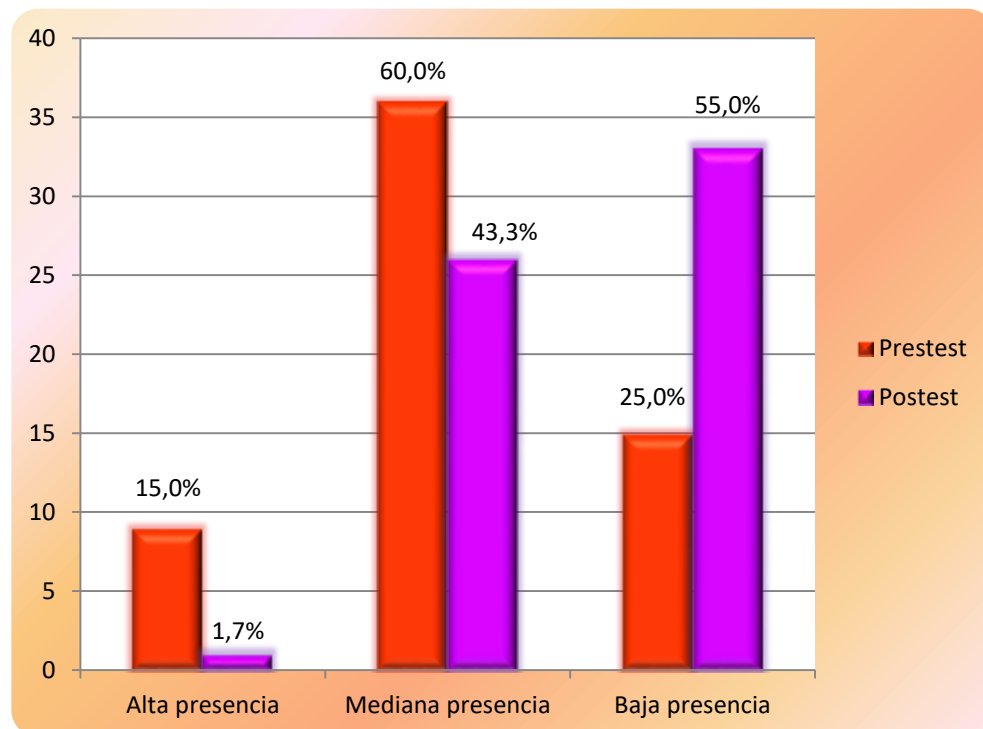


Figura 5. Distribución de porcentajes en la dimensión: Síntomas somáticos en estudiantes de la Universidad San Juan Bautista

Tabla 6

Frecuencias y porcentajes en la escala total de la variable: Depresión en estudiantes de la Universidad San Juan Bautista

Nivel	Pretest		Posttest	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Grave	2	3,3%	0	0,0%
Moderada	7	11,7%	0	0,0%
Leve	28	46,7%	13	21,7%
Ausente o mínima	23	38,3%	47	78,3%
Total	60	100,0%	60	100,0%

Considerando la escala total de la variable: Depresión, en la prueba pretest, el 46,7% de los estudiantes presentaba un nivel leve de depresión; el 38,3%, un nivel ausente o mínimo; y el 11,7%, un nivel moderado. Luego, en la prueba posttest, la proporción en el nivel leve disminuyó a 21,7%, pero aumentó notablemente en el nivel ausente o mínimo, con un 78,3%.

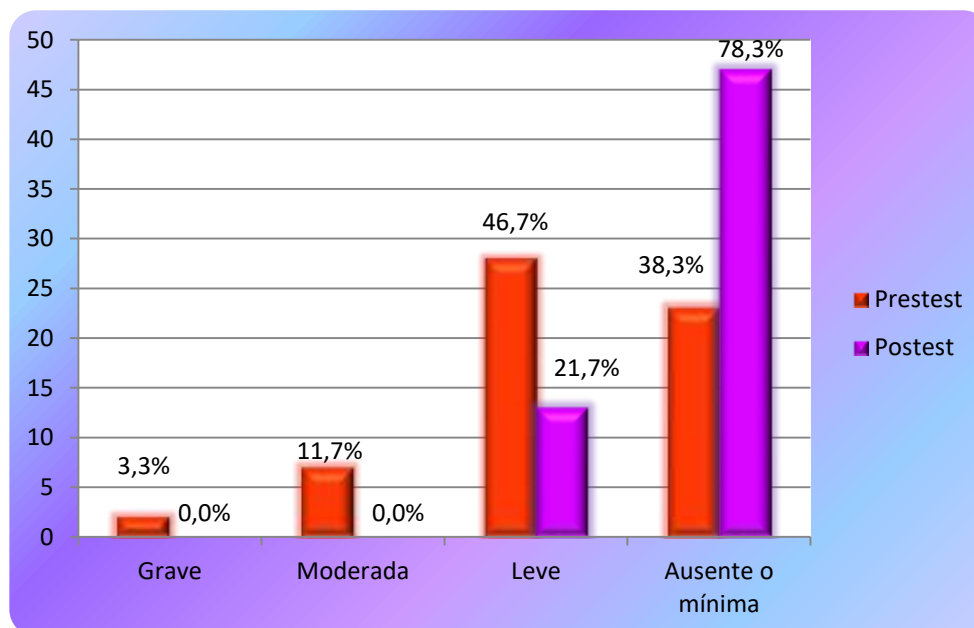


Figura 6. Distribución de porcentajes en la escala total de la variable: Depresión en estudiantes de la Universidad San Juan Bautista

4.2 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Para proceder a la contrastación de las hipótesis de estudio, se eligió la prueba paramétrica t de Student para muestras relacionadas con la finalidad de hacer comparaciones entre las puntuaciones medias obtenidas por los estudiantes del grupo de estudio en las pruebas pretest y postest de la aplicación de un Programa de Terapia Cognitivo-Conductual. Es decir, tanto en la prueba de entrada como de salida, se les administró a los estudiantes el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), para luego establecer diferenciaciones significativas en la depresión en general, así como, específicamente, en los síntomas cognitivo-afectivos y los somáticos.

CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS PRINCIPAL

H_P: La aplicación de un Programa de Terapia Cognitivo-Conductual influye en la reducción de los síntomas de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista.

H₀: La aplicación de un Programa de Terapia Cognitivo-Conductual no influye en la reducción de los síntomas de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista.

Tabla 7

Diferencias en las puntuaciones medias en la variable de estudio: Síntomas de la depresión en los estudiantes de la Universidad San Juan Bautista (n = 60)

Variable	Prueba	Media	Desv. estándar	t	Sig. unilateral
Síntomas de la depresión	Pretest	11,62	6,682	5,020**	0,000
	Postest	6,37	3,723		

** Significativo al nivel de $p < 0,01$.

El valor t de Student obtenido ($t = 5,020$; Sig. unilateral = 0,000) indica que la diferencia entre las puntuaciones medias de los estudiantes en la variable: Síntomas de la depresión, es significativa al nivel de $p < 0,01$. Cabe

resaltar que la menor puntuación media recae en la prueba postest (Media = 6,37), lo cual significa que hubo, en general, una reducción significativa de los síntomas de la depresión en los estudiantes del grupo de estudio.

Decisión: Por consiguiente, se rechaza la hipótesis nula de la hipótesis principal de estudio.

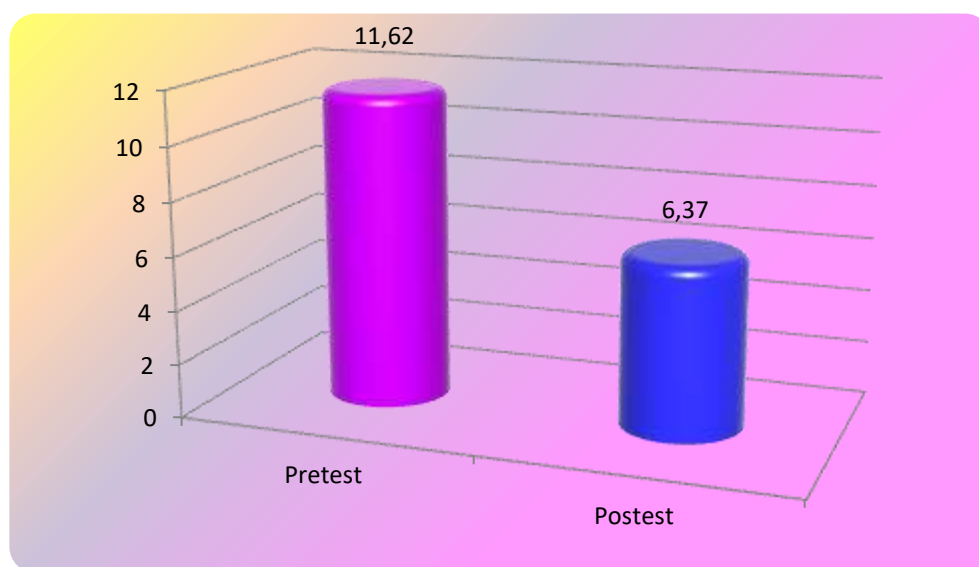


Figura 7. Distribución de puntuaciones medias en la variable: Depresión en estudiantes de la Universidad San Juan Bautista

CONTRASTACIÓN DE LAS HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

H₁: La aplicación de un Programa de Terapia Cognitivo-Conductual influye en la reducción de los síntomas cognitivo-afectivos de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista.

H₀: La aplicación de un Programa de Terapia Cognitivo-Conductual no influye en la reducción de los síntomas cognitivo-afectivos de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista.

Tabla 8

Diferencias en las puntuaciones medias de los síntomas cognitivo-afectivos de la depresión en los estudiantes de la Universidad San Juan Bautista (n = 60)

Síntomas cognitivo-afectivos	Prueba	Media	Desv. estándar	t	Sig. unilateral
1. Tristeza	Pretest	0,37	0,637	1,747*	0,043
	Postest	0,18	0,390		
2. Pesimismo	Pretest	0,17	0,615	-0,444	0,330
	Postest	0,22	0,555		
3. Sensación de fracaso	Pretest	0,33	0,729	2,580**	0,006
	Postest	0,08	0,279		
4. Insatisfacción	Pretest	0,80	0,819	3,831**	0,000
	Postest	0,35	0,481		
5. Culpa	Pretest	0,52	0,676	2,481**	0,008
	Postest	0,23	0,465		
6. Expectativas de castigo	Pretest	0,42	0,907	1,900*	0,031
	Postest	0,15	0,515		
7. Autodesprecio	Pretest	0,13	0,343	1,524	0,67
	Postest	0,05	0,220		
8. Autoacusación	Pretest	0,60	0,718	1,267	0,105
	Postest	0,45	0,502		
9. Ideas suicidas	Pretest	0,23	0,427	1,150	0,128
	Postest	0,15	0,360		
10. Episodios de llanto	Pretest	0,95	1,254	3,793**	0,000
	Postest	0,25	0,541		
12. Retirada social	Pretest	0,60	0,764	2,509**	0,008
	Postest	,30	0,561		
13. Indecisión	Pretest	0,52	0,930	1,351	0,91
	Postest	0,32	0,725		
14. Cambios en la imagen corporal	Pretest	0,35	0,755	1,457	0,75
	Postest	0,18	0,469		
Total	Pretest	5,98	4,824	4,347**	0,000
	Postest	2,92	2,367		

* Significativo al nivel de $p < 0,05$.

** Significativo al nivel de $p < 0,01$.

El valor t de Student obtenido ($t = 4,347$; Sig. unilateral = 0,000) indica que la diferencia entre las puntuaciones medias de los estudiantes en la dimensión: Síntomas cognitivo-afectivos, es significativa al nivel de $p < 0,01$. Cabe resaltar que la menor puntuación media recae en la prueba postest (Media = 6,37), lo cual significa que se registra una reducción significativa de los síntomas cognitivo-afectivos de la depresión en los estudiantes del grupo de estudio.

De otro lado, es necesario acotar que entre los síntomas cognitivo-afectivos que más resaltan con una disminución significativa luego de la aplicación de un Programa de Técnicas Cognitivo-Conductuales, están las siguientes: Tristeza, Sensación de fracaso, Insatisfacción, Culpa, Expectativas de castigo, Episodios de llanto y Retirada social.

Decisión: Por lo tanto, se decide rechazar la hipótesis nula.

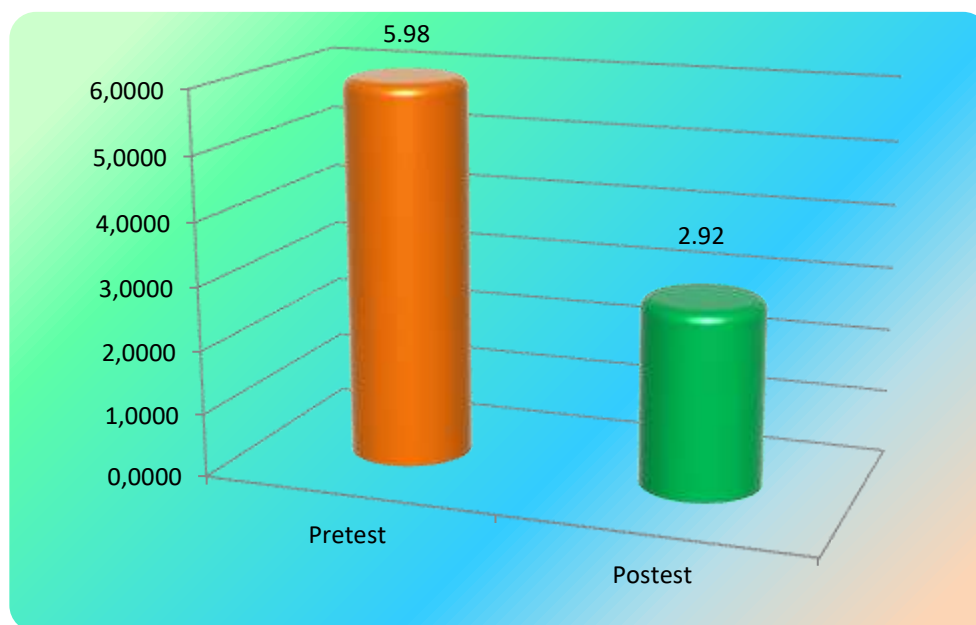


Figura 8. Distribución de puntuaciones medias en la dimensión: Síntomas cognitivo-afectivos en estudiantes de la Universidad San Juan Bautista

H₂: La aplicación de un Programa de Terapia Cognitivo-Conductual influye en la reducción de los síntomas somáticos de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista.

H₀: La aplicación de un Programa de Terapia Cognitivo-Conductual no influye en la reducción de los síntomas somáticos de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista.

Tabla 9

Diferencias en las puntuaciones medias de los síntomas somáticos de la depresión en los estudiantes de la Universidad San Juan Bautista (n = 60)

Síntomas somáticos	Prueba	Media	Desv. estándar	t	Sig. unilateral
11. Irritabilidad	Pretest	1,30	1,319	2,643**	0,006
	Postest	0,70	0,944		
15. Enlentecimiento	Pretest	0,58	0,671	1,293	0,101
	Postest	0,43	0,621		
16. Insomnio	Pretest	1,05	0,790	2,570**	0,007
	Postest	0,70	0,720		
17. Fatigabilidad	Pretest	0,72	0,761	2,453**	0,009
	Postest	0,40	0,616		
18. Pérdida de apetito	Pretest	0,50	0,725	2,120*	0,019
	Postest	0,25	0,541		
19. Pérdida de peso	Pretest	0,60	1,061	1,331	0,94
	Postest	0,37	0,736		
20. Preocupaciones somáticas	Pretest	0,38	0,585	0,948	0,174
	Postest	0,28	0,490		
21. Bajo nivel de energía	Pretest	0,50	0,854	1,243	0,110
	Postest	0,32	0,596		
Total	Pretest	5,63	2,969	4,290**	0,000
	Postest	3,45	2,062		

* Significativo al nivel de $p < 0,05$.

** Significativo al nivel de $p < 0,01$.

El valor t de Student obtenido ($t = 4,290$; Sig. unilateral = 0,000) señala que la diferencia entre las puntuaciones medias de los estudiantes en la dimensión: Síntomas somáticos, es significativa al nivel de $p < 0,01$. Cabe

mencionar que la menor puntuación media recae en la prueba postest (Media = 3,45), lo cual significa que se registra una reducción significativa de los síntomas somáticos de la depresión en los estudiantes del grupo de estudio.

También cabe indicar que entre los síntomas somáticos que más destacan con una disminución significativa luego de la aplicación de un Programa de Técnicas Cognitivo-Conductuales, están las siguientes: Irritabilidad, Insomnio, Fatigabilidad y Pérdida de apetito.

Decisión: En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula.

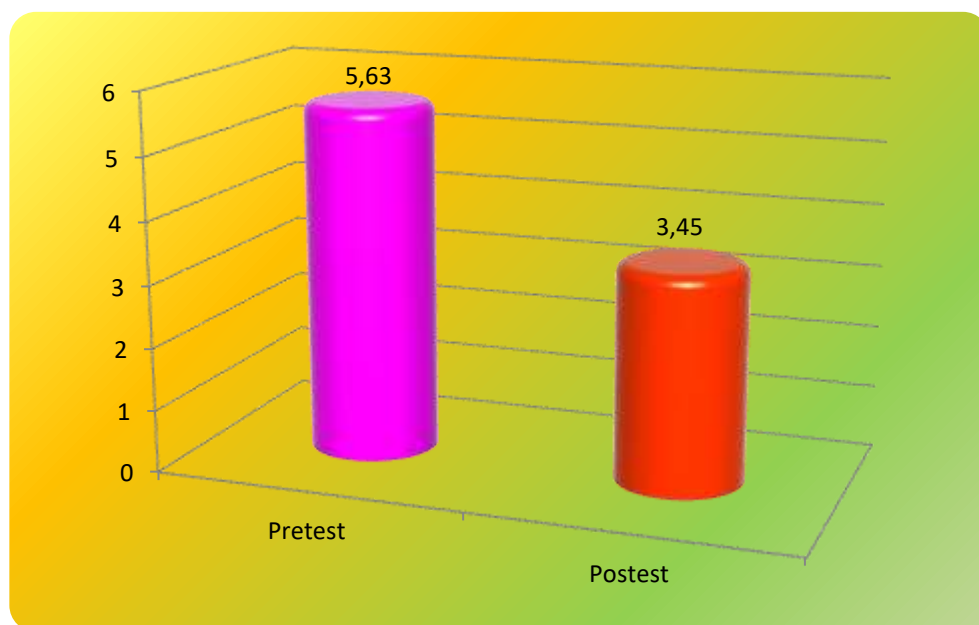


Figura 9. Distribución de puntuaciones medias en la dimensión: Síntomas somáticos en estudiantes de la Universidad San Juan Bautista

4.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados detectados con la *t* de Student permiten establecer una significativa diferenciación entre las pruebas pretest y posttest de la aplicación de un Programa de Terapia Cognitivo-Conductual en adolescentes y jóvenes con depresión, estudiantes de la Universidad San Juan Bautista, observándose una reducción notable de la puntuación en la prueba posttest o de salida, lo que denota una disminución global de los síntomas de depresión en la muestra estudiada. En otros términos, se puede afirmar que el mencionado Programa aplicado resulta ser significativamente eficaz en el logro de la reducción de los síntomas depresivos, considerando el tiempo y el número de sesiones en la administración del Programa, y el grado de participación de los estudiantes que conformaron el grupo de estudio.

Los resultados aquí encontrados confirman lo reportado por Ortiz (2012) quien utilizó la terapia cognitiva de Beck para el tratamiento de depresión en un grupo de adolescentes de un instituto técnico superior, y llegó a la conclusión de que el proceso terapéutico mejoró los estados emocionales de las adolescentes mediante la utilización de técnicas cognitivo-conductuales, brindándoles herramientas que les permitieron manejar de mejor manera sus conflictos. Asimismo, la terapia les permitió modificar su pensamiento, identificar sus creencias disfuncionales, confrontar su realidad, proporcionándoles así otras posibilidades para la resolución de conflictos y el adecuado manejo de sus emociones.

En cuanto a la contrastación de la primera hipótesis específica, los hallazgos indican que se redujo en más del 50% los síntomas cognitivo-afectivos de la depresión, luego de haberse culminado la aplicación del Programa. Cabe mencionar que los síntomas cognitivo-afectivos donde se produjo una reducción importante son: tristeza, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativas de castigo, episodios de llanto y retirada social. Al respecto, Beck et al. (1979) señalan que los síntomas de la

dimensión cognitivo-afectiva son derivados de la activación de patrones cognitivos negativos, los cuales conforman la denominada tríada cognitiva que opera como sustrato psicológico de la depresión, esto es, la visión negativa de uno mismo, la interpretación de las vivencias actuales en forma negativa y la visión negativa del futuro. Con referencia a esta dimensión, un estudio del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos ha puesto de manifiesto que el 40% de los adolescentes en algún momento “se han sentido tan tristes que han llorado y han deseado alejarse de todo y de todos”. En el transcurso de su adolescencia, el 20% de los adolescentes piensa que la vida no merece la pena vivirla y se han planteado el suicidio como una opción.

En cuanto a la contrastación de la segunda hipótesis específica, se registró, similar a la dimensión anterior, una reducción del 50% de los síntomas somáticos, posterior a la aplicación y desarrollo del Programa. Los síntomas somáticos que se redujeron de manera significativa son: irritabilidad, insomnio, fatigabilidad y pérdida de apetito. Craig y Baucum (2009) afirman que los síntomas somáticos, por lo general, pueden dar lugar a un estado depresivo que puede no ser evidente para los demás. Los cambios en la alimentación (atracones o falta de apetito), la agresividad, el bajo rendimiento escolar, la somnolencia y las excesivas preocupaciones sobre la apariencia física pueden ser signos de malestar o discomfort emocional en los adolescentes. De forma más visible, pueden aparecer fobias y ataques de pánico.

En resumen, por los resultados aquí obtenidos, se puede establecer la efectividad de la aplicación del Programa de Terapia Cognitiva-Conductual en la reducción al menos de 50% de los síntomas de la depresión en la muestra de adolescentes y jóvenes estudiantes que participaron en el Programa. Hubo una mejoría general en ellos, quienes, a lo largo de las trece sesiones de terapia, aprendieron técnicas de manejo de emociones y fueron capaces de cuestionar ideas absolutistas y demandantes que

afectaban su sistema de creencias y les hacían reaccionar inadecuadamente. Igualmente, lograron manejar la realidad en la que se encontraban y establecer estrategias de convivencia que les permitió sentirse mejor. En varios de los casos atendidos durante el desarrollo del Programa se pudo constatar que, en cierta medida, la ausencia de padres y los constantes problemas económicos fueron determinantes para reforzar estados depresivos, acompañados de la caótica influencia de los medios que continúan mostrando estereotipos y una imagen distorsionada de la realidad alejada de las situaciones individuales.

Muy probablemente, el relativamente corto número de sesiones terapéuticas (unas trece) no permitió consolidar muchos de los cambios en las actitudes de los estudiantes con relación a una visión más positiva de sí mismos y de su futuro, pero cabe mencionar que parte del trabajo de terapia cognitiva-conductual se basa en la prevención de recaídas y en la enseñanza de técnicas para que los participantes actúen en situaciones futuras como sus propios terapeutas.

Por último, al haberse demostrado la efectividad del Programa se cumple también lo propuesto por la hipótesis de estudio planteada, en el sentido de que la aplicación de la terapia cognitivo-conductual redujo significativamente los síntomas de la depresión, tanto los cognitivo-afectivos como los somáticos, en los adolescentes y jóvenes estudiantes de la muestra investigada, quienes modificaron en gran medida sus pensamientos disfuncionales, cambiando sus creencias inadecuadas y haciendo uso de alternativas cognitivas y conductuales para un adecuado manejo de sus emociones.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- 1) En términos generales, los resultados indican que la aplicación de un Programa de Terapia Cognitivo-Conductual influye significativamente en la reducción de los síntomas de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista.
- 2) Asimismo, los resultados permiten concluir que la aplicación de un Programa de Terapia Cognitivo-Conductual influye significativamente en la reducción de los síntomas cognitivo-afectivos de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista.
- 3) Se encontró, además, que los síntomas cognitivo-afectivos con diferencias significativas son: Tristeza, Sensación de fracaso, Insatisfacción, Culpa, Expectativas de castigo, Episodios de llanto y Retirada social; la presencia de estos síntomas se redujo significativamente luego de la aplicación de un Programa de

Programa de Terapia Cognitivo-Conductual en los estudiantes de la Universidad San Juan Bautista.

- 4) La aplicación de un Programa de Terapia Cognitivo-Conductual influye significativamente en la reducción de los síntomas somáticos de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista.

- 5) Finalmente, los resultados muestran que, con la aplicación de un Programa de Programa de Terapia Cognitivo-Conductual en un grupo de estudiantes de la Universidad San Juan Bautista, se redujo significativamente la presencia de los siguientes síntomas somáticos: Irritabilidad, Insomnio, Fatigabilidad y Pérdida de apetito.

5.2 Recomendaciones

- 1) Abrir espacios de psicoeducación continuos para trabajar en la prevención de casos de depresión en los estudiantes de la Universidad Privada San Juan Bautista.
- 2) Realizar sesiones de seguimiento mensuales y, posteriormente, semestrales, de acuerdo a la duración del ciclo académico, para evaluar que los adolescentes y jóvenes estudiantes se encuentren manejando adecuadamente las técnicas aprendidas, y que los índices de depresión se mantengan bajos.
- 3) Es importante complementar, en algunos casos, la terapia individual con sesiones de terapia familiar, pues no siempre las causas de los conflictos se encuentran en los adolescentes y jóvenes estudiantes, sino también son necesarios reajustes en el hogar.
- 4) Capacitar a los docentes sobre trastornos emocionales, específicamente de los síntomas de depresión, para que puedan detectarlos y orientar a las estudiantes a acceder al consultorio psicológico de la Universidad de forma oportuna.
- 5) Permanentemente, con las ventajas que brindan las tecnologías de la comunicación, mantener canales abiertos que permitan el diálogo con los padres de familia, docentes y tutores, y garanticen una mejor convivencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, A. (2014). *Adaptación e implementación de un tratamiento cognitivo conductual para la fobia social*. Tesis de Maestría en Psicología. Universidad Católica de Colombia. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2079/1/Tesis%20Astrid%20Acevedo.pdf>
- Artigas, F. (1997). El transportador de serotonina como diana terapéutica. *Psicofarmacología*, 2, 13-19. Recuperado de <http://digital.csic.es/bitstream/10261/35002/3/9656-272615.pdf>
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-R*. Barcelona: Masson.
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Beck, A. T., & Weishaar, M. E. (1989). Cognitive Therapy. In Corsini D., & Wedding, D. (EDs.), *Current Psychotherapies*. IL: Peacock Club.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. New York: Gilford Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Int. Univ. Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper and Row.

- Belloch, A. Sandín, B. y Ramos, F. (1996). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
- Blehar, M. C. y Oren, D. A. (1997). Gender differences in depression. *Medscape Womens Health*, Feb, 2(2), 3.
- Blum, R. (2000). *Un mundo conceptual de salud del adolescente*. En E. Dulanto, *El adolescente*. México: McGraw-Hill.
- Brewin, C. (1996). Theoretical foundations of Cognitive-Behavior therapy for anxiety and depression. *Annual Review of Psychology*, 47, 33-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.47.1.33>
- Burton, I. (1997). *Anatomía de la melancolía*. Madrid: AEN.
- Caro, I. (2006). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Carranza, R. (2011). *Propiedades psicométricas de inventario de Beck para universitarios de Lima*. Tesis para optar el título en psicología. Lima, Perú: Universidad Peruana Unión.
- Castilla del Pino, C. (1981). *Un estudio sobre la depresión. Fundamentos de antropología dialéctica*. Barcelona: Península.
- Clark, D.A., Beck, A.T., & Alford, B.A. (1999). *Scientific foundations of cognitive therapy and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons.
- Contradrogas (1999). *Encuesta Nacional sobre Prevención y Uso de Drogas. Informe final*. Lima: Contradrogas. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/I_ENCUESTA_1998.pdf

- Cortez, E. A., López, J. E., Mejía, A. O. y Salgado, D. E. (2013). *Aplicación de dos programas psicoterapéuticos basados en el modelo cognitivo-conductual y la terapia racional emotiva para la reducción de conductas agresivas en estudiantes de los primeros años de educación media del Instituto Nacional de Usulután durante febrero a agosto de 2013*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad de El Salvador. San Miguel, El Salvador. Recuperado de <http://ri.ues.edu.sv/5308/1/50107893.pdf>
- Craig, G. y Baucum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico*. México D.F.: Pearson.
- Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, 21-27.
- Dallal, E., y Castillo, J. (2000). *Depresión en la adolescencia*. E. En Dulanto (Ed.), *El adolescente* (pp.1300-1331). México: McGraw-Hill.
- Dowd, E. T. (2004). Depression: Theory, assessment and new directions in practice. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 413-423.
- Elkind, D., & Bowen, R. (1979). Imaginary audience behavior in children and adolescents. *Developmental Psychology*, 15, 38-44.
- Erikson, Eric (1968). *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Escurra, L. (1998). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú*, 6 (2), 103- 105.

- Feldman, R. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida*. México: Pearson.
- Freeman, A. (comp.). (1983). *Cognitive therapy with couples and groups*. New York: Plenum Press.
- Gómez, C., y Rodríguez, N. (1997). Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26(1), 23-35.
- Grimberg, L. (1983). *Culpa y Depresión un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires. Paidós.
- Harrison, R., Beck, A. y Buceta, J. (1984). Terapia cognitiva de la depresión: Una introducción al desarrollo histórico. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39(4), 623-647.
- Haste, H., & Torney-Purta, J. (Eds) (1992). *The development of political understanding. New Directions For Child Development*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ingram, R. E. & Scott, W. D. (1990). Cognitive behavior therapy. En A. S. Bellack, M. Hersen y A.E. Kazdin (Eds.), *International Handbook of behavior modification and therapy*. New York: Plenum Press.
- Leahy, RL, Holland, SJ. (2000). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.

- Lewisohn, PM, Hyman, H, Roberts, RE, Seeley, JR, and Andrews, JA. (1993). Adolescent psychopathology: 1. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-44.
- Magallanes, L. M. (2012). Programa cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad en pacientes con VIH - Chimbote 2009. *Rev. Inv. Est.*, Vol. 01, Nº 01, Diciembre, 176-186. Recuperado de https://issuu.com/kikeportal/docs/revista_de_investigaci_n_de_estudiantes_de_psicologo
- Manrique, O. (2016). *Efectividad de un Programa Cognitivo-Conductual en la inteligencia emocional y resolución de problemas en estudiantes de Psicología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega*. Tesis para optar el grado de Maestra en Terapia Cognitiva-Conductual de los Trastornos Psicológicos y Psiquiátricos. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima, Perú.
- Marcia, J.E. (1980). Identity in adolescence. In J.Andelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology*. New York: Wiley.
- Márquez, R. (1990). *Tratamiento natural de la depresión*. Buenos Aires: Paidós.
- Méndez, J., Olivares, J. y Ros, C. M. (2001). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En V. E. Caballo y M. A. Simón (dirs.). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Mendlewicz, J. (1988). *Genetics of Depression and Mania*. Nueva York: Elsevier.

Nolen-Hoksema, Girjus S., & Joan S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, May, Vol. 115(3), 424-443.

Obst, J. (2008). *La Terapia Cognitiva Integrada y Actualizada*. Buenos Aires: CATREC.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Mental Health Financing. Política de Salud Mental y Paquete de Servicios*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (1993). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Ortiz, A. C. (2012). *Aplicación de la terapia cognitiva de Beck para el tratamiento de depresión en un grupo de adolescentes de 12 a 15 años del Instituto Técnico Superior Gran Colombia de la Ciudad de Quito de octubre del 2011 a enero del 2012*. Tesis previa a la obtención del título de Psicóloga. Universidad Internacional del Ecuador. Quito, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/485/1/T-UIDE-0451.pdf>

Papalia, D. E., Olds W. S., Feldman R. D. (2009). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. México: McGraw-Hill.

Prada, S., Cáceres, D., González, Y., Quirós, R. y Solano, P. (2012). La efectividad de la terapia cognitiva de la depresión en cuatro mujeres cuyas edades oscilan entre los 30 y 50 años. *Revista Cúpula*, Vol. 26, N° 1, 9-21. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n1/art2.pdf>

Ranero, M. Á, (2014). *Propuesta de programa cognitivo-conductual de autoestima para niños de 7 a 10 años víctimas de maltrato intrafamiliar*. Tesis para el título de Psicóloga Clínica en el grado académico de Licenciada. Universidad Rafael Landívar. Guatemala de la Asunción, Guatemala. Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2014/05/42/Ranero-Maria.pdf>

Rascovan S. (2000). *Los jóvenes y el futuro*. Buenos Aires: Psicoteca.

Reynolds, W. M. (2004). Depresión en adolescentes. Un problema contemporáneo y sus perspectivas. *Avances en Psicología Clínica*, 16(1), 261-316.

Rodríguez Consuegra, F. R. (2004). Cognitivismo y lenguaje: ¿Un paradigma que se hunde? *Diálogos*, 84.

Rodríguez, A. (2007). Trastornos Depresivos en la infancia y adolescencia. *Revista Clínica Médica Familiar*, 1(6), 270-276.

Sales, A., Pardo, A., Mayordomo, T., Satorres-Pons, E., y Meléndez, J. C. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 165-172. Recuperado de http://www.aepcp.net/arc/07_2015_n2_varios.pdf

Sánchez, H. y Reyes, C. (2006). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima: Visión Universitaria.

Sanz, J., Perdígón, A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.

- Sanz, J., Vázquez, C., Vallar, F., De la Guía, E., y Hernández, A., (2011). *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Madrid: Pearson Educación.
- Seguín, C. M. (2016). *Niveles de depresión y percepción de la autoeficacia en estudiantes de psicología en dos universidades: pública y privada*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología.
- Simon, H. et al. (Eds.). (2001). *Eating disorders: Anorexia and Bulimia*. Nidus Information Services. Harvard Medical School. Massachusetts General Hospital, March.
- Vallejo, J. (1999). Teorías bioquímicas clásicas de la depresión. En Vallejo, J., y Cuenca, E. *Depresión y Noradrenalina*. Barcelona: Doyma.
- Vara, A. (2006). *Aspectos generales de la depresión: Una revisión empírica*. Asociación por la Defensa de las Minorías: Lima.
- Ventura, M. P. (2009). *Eficacia de un programa de intervención grupal cognitivo-conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del Puesto de Salud Las Dunas-Surco*. Tesis para optar el grado académico de Magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

ANEXOS

ANEXO 1:

MATRIZ DE COHERENCIA INTERNA

TÍTULO: APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DEPRESION PROVENIENTES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN		MÉTODO
			VARIABLES / DIMENSIONES	INDICADORES	
<p>Problema Principal</p> <p>¿De qué manera la aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual influye en la reducción de los síntomas de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>1: ¿En qué medida la aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual influye en la reducción de los síntomas cognitivo-afectivos de la depresión en</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar si la aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual influye en la reducción de los síntomas de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>1: Establecer si la aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual influye en la reducción de los síntomas cognitivo-afectivos de la depresión en</p>	<p>Hipótesis Principal</p> <p>H_p: La aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual influye en la reducción de los síntomas de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista.</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <p>H₁: La aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual influye en la reducción de los síntomas cognitivo-afectivos de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan</p>	<p>Variable Independiente:</p> <p>Aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conducta problemática: Pérdida de interés y placer en actividades que antes disfrutaba 	<ul style="list-style-type: none"> • Interés por las actividades diarias. • Establecimiento de conductas placenteras con ayuda de reforzadores positivos. • Establecimiento de pensamientos y actitudes positivas. 	<p>Población: Estuvo conformada por 120 adolescentes de ambos sexos, matriculados en el primer y segundo ciclo en la Universidad Privada San Juan Bautista, ubicada en el distrito de San Borja.</p> <p>Muestra: Se estimó la muestra en 60 alumnos que participaron del Programa mencionado.</p> <p>Diseño: Experimental, específicamente</p>

<p>adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista?</p> <p>2: ¿En qué medida la aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual influye en la reducción de los síntomas somáticos de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista?</p>	<p>adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista.</p> <p>2: Determinar si la aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual influye en la reducción de los síntomas somáticos de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista.</p>	<p>Bautista.</p> <p>H₂: La aplicación de un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual influye en la reducción de los síntomas somáticos de la depresión en adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta problemática: Sentimiento de desvalorización o baja autoestima • Conducta problemática: Pensamientos de muerte (ideación o intentos de suicidio) 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de un real conocimiento de sí mismo y mejora de su autoconcepto. • Identificación de pensamientos negativos y trabajo contra afirmaciones positivas. • Análisis de la realización de metas. • Búsqueda de alternativas que no sean suicidio o muerte. • Trabajo contra afirmaciones positivas a las ideas de muerte o suicidio. • Reconocimiento de que hay alternativas de solución efectivas y que la muerte acaba con las metas de vida. • Reconocimiento de vencer los obstáculos. 	<p>el de tipo Preexperimental, con Pre test y Post test en un solo grupo.</p> <p>Instrumentos: .- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).</p>
--	---	---	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Conducta problemática: Irritabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de control de emoción con el uso de técnicas de respiración y relajación. • Análisis de la lectura para un mejor autoconocimiento y control de emociones. • Reconocimiento de la importancia del autocontrol en la vida diaria. • Reconocimiento de la mejora de relaciones con los demás con un lenguaje asertivo en la vida diaria. • Análisis del video y comprensión de producir uno mismo un cambio de vida mediante sus pensamientos y actitudes. 	
--	--	--	--	--	--

			<p>Variable Dependiente:</p> <p>Depresión</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas cognitivo-afectivos • Síntomas somáticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Pesimismo • Sensación de fracaso • Insatisfacción • Culpa • Expectativas de castigo • Autodesprecio • Autoacusación • Ideas suicidas • Episodios de llanto • Retirada social • Indecisión • Cambios en la imagen corporal • Irritabilidad • Enlentecimiento • Insomnio • Fatigabilidad • Pérdida de apetito • Pérdida de peso • Preocupaciones somáticas • Bajo nivel de energía 	
--	--	--	--	---	--

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Inventario de Depresión de Beck

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

1) .

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

2) .

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

3) .

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

4) .

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

5) .

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

6) .

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

7) .

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

- 8) .
- No me considero peor que cualquier otro.
 - Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 - Continuamente me culpo por mis faltas.
 - Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) .
- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 - Desearía suicidarme.
 - Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10).
- No lloro más de lo que solía llorar.
 - Ahora lloro más que antes.
 - Lloro continuamente.
 - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11).
- No estoy más irritado de lo normal en mí.
 - Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 - Me siento irritado continuamente.
 - No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
- 12).
- No he perdido el interés por los demás.
 - Estoy menos interesado en los demás que antes.
 - He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 - He perdido todo el interés por los demás.
- 13).
- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 - Evito tomar decisiones más que antes.
 - Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 - Ya me es imposible tomar decisiones.
- 14).
- No creo tener peor aspecto que antes.
 - Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 - Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
 - Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15).
- Trabajo igual que antes.
 - Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 - Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 - No puedo hacer nada en absoluto.
- 16).
- Duermo tan bien como siempre.
 - No duermo tan bien como antes.

- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

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

18).

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

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar Sí/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

**VERIFICA, POR FAVOR, TUS RESPUESTAS EN CADA UNA DE LAS PRUEBAS.
GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**

ANEXO 3: PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL

PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL aplicado a la depresión en adolescentes

Conducta problemática: Pérdida de interés y placer en actividades que antes disfrutaba

SESIONES	TÉCNICAS	OBJETIVOS	FINALIDAD
1	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de Programación de horario-actividades diarias: - Tareas conductuales para la casa. Técnica de aproximaciones sucesivas de desensibilización sistemática. Técnica de Aplicación de Reforzadores Primarios. 	<p>Aprender a organizarse y lograr que las actividades como las de bañarse, vestirse y arreglarse sean actividades habituales y placenteras. Incluir dentro de las actividades otras como: limpiar y ordenar el dormitorio, clasificar la ropa por colores y lavarla, etc.</p>	<p>Establecer el interés por las actividades diarias reconociendo que eso nos hace sentir mejores emocionalmente y predispuestos al cambio.</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de Moldeamiento. Técnica de Reforzamiento positivo. 	<p>Incrementar y mantener conductas adaptativas como por ejemplo: una caminata, practicar un deporte, leer un libro, etc. y que sean parte de las actividades diarias.</p>	<p>Establecer conductas placenteras con ayuda de reforzadores positivos, por ejemplo: después de leer un libro comer su postre favorito; después de caminar bañarse y escuchar la música que le agrade.</p>
3	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de auto registro: - Registro de pensamientos negativos con afirmaciones positivas. Técnica confrontativa de debate socrático. 	<p>Identificar pensamientos negativos y aprender que somos capaces de cambiar nuestras actitudes y por ende nuestros pensamientos.</p>	<p>Establecer pensamientos y actitudes positivas, indicando que el optimismo es lo que nos hace salir adelante, a pesar de las dificultades que puedan presentarse en la vida.</p>

Conducta problema: Sentimiento de desvalorización o baja autoestima

SESIONES	TÉCNICAS	OBJETIVOS	FINALIDAD
1	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de Auto valorización: - Hacer una lista de virtudes y defectos. 	Aprender a aceptarse a sí mismo.	Identificar un real conocimiento de sí mismo y mejorar así su auto concepto.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de pensamientos positivos hacia sí mismo: - Hacer una lista de pensamientos con reestructuración cognitiva. 	Aprender a identificar pensamientos distorsionados que lo descalifiquen.	Identificar pensamientos negativos y trabajar contra afirmaciones positivas.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica metacognitiva: - Focalizar metas a corto, mediano y largo plazo. 	Buscar el logro de metas, pensando proactivamente en su realización personal.	Analizar la realización de metas y comprender que todo cuesta en la vida y vale la pena luchar hasta conseguirlas.

Conducta problema: Pensamientos de muerte (ideación o intentos de suicidio)

SESIONES	TÉCNICAS	OBJETIVOS	FINALIDAD
1	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de pensamientos distorsionados acerca de la muerte. • Técnica confrontativa de debate socrático. 	Identificar sus creencias irracionales acerca de la muerte.	Buscar alternativas que no sean suicidio o muerte.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de pensamientos positivos hacia sí mismo y su familia. 	Reconocer que hay aprender a pensar en forma positiva y que eso redundará en nuestra vida.	Trabajar las contra afirmaciones positivas a las ideas de muerte o suicidio.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Videos: ver la película "Manos milagrosas". • Dinámicas. 	Presentar un caso de una persona que sale adelante en la vida a pesar de los obstáculos que tuvo que afrontar.	<p>Reconocer que hay alternativas de solución efectivas y que la muerte acaba con las metas de vida.</p> <p>Reconocer y que venciendo los obstáculos nos hacemos fuerte y menos vulnerables a los síntomas de la depresión.</p>

Problemática: Irritabilidad

SESIONES	TÉCNICAS	OBJETIVOS	FINALIDAD
1	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de respiración diafragmática • Técnicas de Relajación de Jacobson <p>-Tareas para la casa: Lectura: “El secreto de las siete semillas” de David Fishman</p>	<p>Aprender que mediante la respiración y la relajación podemos controlar las emociones.</p> <p>Mediante la lectura aprenderemos a conocernos y así podemos controlar nuestras emociones.</p>	<p>Reconocer que usando las técnicas de respiración y relajación aprenderemos a controlar nuestras emociones.</p> <p>Analizar la lectura y eso nos llevara a un mejor conocimiento de uno mismo y así poder controlar nuestras emociones.</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de autocontrol • Técnicas de juego de roles 	<p>Trabajar y desarrollar niveles de afrontamiento adecuados frente al estrés.</p>	<p>Reconocer que el autocontrol es importante en nuestra vida diaria.</p>
3	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de resolución de problemas • Técnica confrontativa de debate socrático • Dinámicas acerca de la lectura “El secreto de las siete semillas” 	<p>Aprender que buscando soluciones asertivas podemos llevarnos mejor con los que nos rodean.</p> <p>Aprender que nuestras acciones dependen de la actitud que tengamos para resolver un problema.</p>	<p>Reconocer que aplicando un lenguaje asertivo en la vida diaria podremos mejorar nuestras relaciones con los demás.</p>
4	<ul style="list-style-type: none"> • Video de autoayuda 	<p>Trabajar conductas positivas que nos acerquen al logro de metas a corto mediano y largo plazo.</p>	<p>Analizar el video y comprender que somos nosotros los únicos que podemos producir un cambio en nuestras vidas mediante nuestros pensamientos y actitudes.</p>