

15. Anexos

Anexo 1. Criterios de gravedad según CIE-10 y DSM-IV-TR

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10

A. Criterios generales para episodio depresivo:

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome somático*:

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: adaptado de OMS⁵⁰

*Síndrome somático: ver tabla 4 (página 42).

Criterios especificadores de gravedad/ características psicóticas/ remisión del episodio depresivo mayor actual (o más reciente) (DSM-IV-TR)

Nota: codificar en el quinto dígito. Leve, moderado, grave sin características psicóticas y grave con características psicóticas se pueden aplicar solo si actualmente se cumplen los criterios de episodio depresivo mayor. En remisión parcial y en remisión completa se pueden aplicar al episodio depresivo mayor más reciente del trastorno depresivo mayor, y a un episodio depresivo mayor del trastorno bipolar I o II, solo si este es el tipo más reciente de episodio de estado de ánimo.

Leve: pocos síntomas, o ninguno, aparte de los requeridos para llegar al diagnóstico, y los síntomas provocan solo deterioro menor del desempeño laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás.

Moderado: síntomas o deterioro funcional entre “leve” y “grave”.

Grave sin características psicóticas: varios síntomas aparte de los requeridos para llegar al diagnóstico, y síntomas que interfieren notoriamente con el desempeño laboral, o las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás.

Grave con características psicóticas: ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si las características psicóticas son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo.

- a. **Características psicóticas congruentes con el estado de ánimo:** ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es completamente compatible con los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.
- b. **Características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo:** ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no corresponde a los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. Se incluyen síntomas, como ideas delirantes de persecución (no directamente relacionados con temas depresivos), inserción del pensamiento, transmisión del pensamiento e ideas delirantes de control.

En remisión parcial: hay síntomas de un episodio depresivo mayor, pero no se cumplen los criterios completos, o hay un período sin ningún síntoma significativo de episodio depresivo mayor que dura menos de 2 meses tras el final del episodio depresivo mayor. (Si el episodio depresivo mayor se sobreelegó a trastorno distímico, se efectúa el diagnóstico de trastorno distímico solo, una vez que ya no se cumplen los criterios completos de episodio depresivo mayor).

En remisión completa: durante los últimos 2 meses, no hubo signos ni síntomas significativos de la alteración.

Sin otra especificación.

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003

Criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor recurrente (DSM-IV-TR)

A. Dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: para ser considerados episodios separados, debe haber un intervalo de, por lo menos 2 meses consecutivos en los que no se cumplen los criterios de episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no son mejor explicados por trastorno esquizoafectivo, y no se sobregregan a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, ni trastorno psicótico sin otra especificación.

C. Nunca ha habido un episodio maniaco, un episodio mixto, ni un episodio hipomaniaco. Nota: esta exclusión no se aplica si todos los episodios tipo maniaco, tipo mixto o tipo hipomaniaco son inducidos por sustancias o tratamiento, o se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica general.

Si actualmente se cumplen los criterios completos de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico y/o características actuales:

- Leve, moderado, grave sin características psicóticas/grave con características psicóticas
- Crónico
- Con características catatónicas
- Con características melancólicas
- Con características atípicas
- Con inicio posparto.

Si actualmente no se cumplen los criterios completos de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o las características del episodio más reciente:

- En remisión parcial, en remisión completa
- Crónico
- Con características catatónicas
- Con características melancólicas
- Con características atípicas
- Con inicio posparto.

Especificar:

- Especificadores de evolución longitudinal (con recuperación entre los episodios o sin ella).
- Con patrón estacional.

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003

Anexo 2. Información para pacientes y familiares

DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Información para el paciente, familiares y personas interesadas

CONTENIDO

- 1.- Introducción
- 2.- ¿Qué es la depresión?
- 3.- ¿Qué causa la depresión?
- 4.- Tipos de depresión
- 5.- ¿Qué puedo hacer si creo que tengo depresión?
- 6.- ¿Qué pueden ofrecerme los servicios de salud si tengo depresión?
- 7.- ¿Cómo se trata la depresión?
- 8.- ¿Cómo puedo ayudar a alguien con depresión?
- 9.- Más información

El grupo elaborador de la Guía de Práctica Clínica Clínica desea dar las gracias a todas aquellas personas que han colaborado en la elaboración de este material.

Esta información ha sido elaborada a partir del conocimiento basado en la literatura científica disponible en el momento de la publicación.

Ilustraciones de Jose Luis Iglesias Diz.



1.- Introducción

Esta información está destinada a personas que quieren saber qué es la depresión y qué hacer al respecto.

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes. Se estima que afecta al 3,4-5% de los adolescentes en España.

El desconocimiento sobre la depresión en la infancia y adolescencia y la falta de comunicación abierta sobre este tema hace que la gente joven que necesita tratamiento o sus familias no busque ayuda.

Si piensas que tú o alguien que tú conoces tiene depresión, tómalo en serio y busca ayuda.

Este documento te proporciona información y ayuda útil. La guía se centra en la depresión (trastorno depresivo mayor) en niños y adolescentes y comprende la depresión leve, moderada y grave.

2.- ¿Qué es la depresión?

La depresión es mucho más que estar bajo de ánimo.

Aunque la mayoría de nosotros experimenta tristeza de vez en cuando, en algunas personas estos sentimientos no desaparecen y se acompañan de otros síntomas que provocan malestar o dificultades para desarrollar su vida cotidiana: interfiere en su capacidad de pensar, aprender y desarrollarse social y académicamente. Estas personas pueden tener una enfermedad denominada depresión.

¿Cuáles son los síntomas de la depresión?



Los síntomas de la depresión pueden variar de un niño a otro. Los síntomas fundamentales son:

- Ánimo bajo, sentirse triste la mayor parte del tiempo o tener sentimientos de desesperanza.
- Pérdida de interés en las actividades con las que se disfrutaba, como jugar con sus juguetes favoritos o con sus amigos, querer estar solo y aburrirse.



Otros posibles síntomas que se pueden presentar en el niño o adolescente son:

- Irritabilidad (enfadarse fácilmente).
- Ganas de llorar sin motivo aparente.
- Pérdida de energía o cansancio.
- Problemas de sueño: tener problemas para quedarse dormido por la noche o no querer levantarse por la mañana.
- Aumento o disminución del apetito.
- Dificultad para concentrarse o problemas de memoria, que afecta al rendimiento escolar.
- Sentimientos de inutilidad o culpa.
- Pensamientos negativos, excesivas críticas hacia uno mismo.
- Ideas suicidas: querer morirse o irse para siempre.
- Síntomas físicos como dolor de cabeza, palpitaciones cardiacas o molestias





abdominales. A veces estos síntomas son el único motivo de consulta al médico.

- Preocupaciones constantes, lo que les puede producir ansiedad y miedos infundados.

La depresión puede hacer que la tarea más pequeña parezca escalar una montaña. Sin embargo, muchos niños o adolescentes con depresión van a negar encontrarse tristes o ni siquiera van a ser conscientes de la tristeza y esto no significa que no estén deprimidos.



3.- ¿Qué causa la depresión?

Diferentes sucesos pueden actuar como desencadenantes de la depresión. En cambio, a veces, la depresión aparece sin ninguna causa externa aparente. En algunos casos existen familias en las que varios de sus miembros padecen depresión; se considera que en estos casos los factores hereditarios pueden ser importantes.

El cerebro usa mensajeros llamados neurotransmisores que envían señales a diferentes partes de nuestro cuerpo. También sirven para que diferentes partes del cerebro se comuniquen entre sí. La alteración en el funcionamiento de los neurotransmisores influye en el estado de ánimo y es a ese nivel donde actúan los medicamentos.

Algunas circunstancias que aumentan el riesgo de depresión son:



- Problemas escolares.
- Depresión en los padres.
- Experiencias de pérdidas o estrés, incluyendo fallecimiento de seres queridos (padres), soledad, cambios en el estilo de vida (cambio de país) o problemas en las relaciones interpersonales (amigos).
- Situaciones conflictivas en el entorno (por ejemplo, centro escolar, familia, trato diferente por la raza).
- Haber sufrido traumas físicos o psicológicos: acoso, abusos, negligencia en el cuidado.
- Enfermedad física grave o problemas crónicos de salud.
- Algunas medicinas (puedes consultarlo con tu médico).
- Abusar del alcohol o consumir otras drogas no solo no ayuda, sino que empeora la depresión.

Tener depresión no es culpa de nadie.

Experiencias positivas tales como una relación cercana con amigos, la familia o compañeros suelen ayudar a prevenir la depresión.

4.- Tipos de depresión

Algunas personas tienen un episodio de depresión mayor solo una vez en la vida. Sin embargo, cerca de la mitad de las personas que han tenido un episodio de depresión, tienen al menos otro más. La duración del episodio depresivo es variable, aunque la mayoría se sienten mejor al transcurrir entre 4 y 6 meses. En algunos casos, los síntomas pueden persistir durante mucho más tiempo.

La gravedad de la depresión varía enormemente.

Algunas personas tienen solamente unos pocos síntomas que afectan a su vida cotidiana de forma parcial o la limitan solo en algún aspecto específico. Esta es la denominada depresión leve. Otras personas pueden tener muchos más síntomas que llegan a impedirles realizar una vida normal; en este caso, la depresión se califica como moderada o grave.

¿En qué se diferencia la depresión del niño y del adulto?

En el niño o adolescente es más frecuente encontrarle irritable que triste o sin energía. Es más probable que acuda a la consulta por molestias físicas (somatización/alteración del apetito) o disminución del rendimiento escolar. Los padres se quejan de la pérdida de interés en sus juegos y amigos. Son frecuentes las referencias a la expresión facial y postural de sus hijos: los ven “con mala cara”, “ojerosos” o con “ojos tristes”. En adolescentes la depresión puede coincidir con cambios de carácter y conducta recientes, mayor rebeldía, desobediencia, inicio de consumo de drogas, alcohol, y otras conductas de riesgo.

5.- ¿Qué puedo hacer si pienso que tengo depresión?

Si piensas que puedes estar deprimido, solicita ayuda lo antes posible.

No tienes por qué enfrentarte con la depresión tú solo. Puedes hacer alguna de estas cosas:

- Hablar con alguien de tu confianza sobre tus sentimientos. Por ejemplo, con tus padres, alguien de tu familia, un amigo o profesor.
- Hablar con tu médico u otro profesional sanitario. De esta manera podrás recibir un diagnóstico adecuado, conocer las opciones de tratamiento y participar en la toma de decisiones respecto a él.
- Si tienes pensamientos relacionados con hacerte daño es buena idea hablar con alguien de tu confianza que pueda estar contigo hasta que te sientas mejor. También puedes llamar al teléfono de emergencias (061, 112), buscar ayuda médica en el punto más cercano o solicitar apoyo telefónico específico para pacientes con ideas suicidas (consulta la sección de información adicional).
- Aprender más cosas sobre la depresión, de manera que puedas entender mejor tus síntomas y su significado.



Si hablas con alguien y sientes que no te entiende, busca alguna otra persona con la que puedas hablar.

También puede ser beneficioso que mejores tu



salud general con actividad física diaria y una dieta saludable. Algunas formas de autoayuda se describen en las páginas siguientes. Puede ser muy duro hacer algunos de estos cambios cuando estás deprimido, por lo que puedes recurrir a amigos y a la familia para que te apoyen.

No pienses que solo es cuestión de endurecerte ni recurras al alcohol o a las drogas; esas cosas en vez de ayudarte te hundirán más.

El alcohol y las drogas pueden imitar o causar los síntomas de un trastorno mental. El abuso de tóxicos puede incluso dificultar el diagnóstico y puede ser difícil separar qué problemas están causados por el alcohol o drogas y cuáles por la depresión.

6.- ¿Qué me puede ofrecer el sistema sanitario si tengo depresión?

Información y apoyo

Si tienes depresión, los profesionales sanitarios pueden proporcionarte información y apoyo. Esta información se refiere a la naturaleza, curso y posibilidades de tratamiento, así como información respecto a recursos comunitarios y de autoayuda.



Dado que existen diferentes opciones terapéuticas, conviene que dispongas de información suficiente sobre la enfermedad y el tratamiento

propuesto antes de iniciarlo. Es importante que te sientas implicado en cualquier decisión, comunicando tus preferencias al profesional que te atiende para que puedan ser tenidas en cuenta. Los profesionales utilizarán un lenguaje comprensible para ti y, en la medida de lo posible, evitarán los tecnicismos médicos. Si no entiendes algo, es preferible que lo preguntes a que te quedes con la duda.

Confidencialidad

Las entrevistas entre un paciente con depresión y los profesionales sanitarios están reguladas por reglas que protegen la confidencialidad, excepto cuando pongas en peligro tu vida o la de los demás. Es importante que seas sincero y que exista una comunicación fluida entre el profesional de confianza y tú.

Tu médico de atención primaria

Tu médico es probablemente la primera persona en el servicio de salud con la que puedes contactar debido a tu depresión.

Te hará preguntas sobre:

- Cómo te sientes
- Otras enfermedades que puedas tener
- Cómo estás en casa y en el colegio
- Cómo te llevas con tus padres, otros miembros de la familia y compañeros

Además, hablaréis sobre tus sentimientos, pensamientos, conductas, cambios recientes en tu vida o salud física y antecedentes familiares de trastornos mentales.

Te preguntará a ti y a tus padres sobre los problemas con el alcohol y otras drogas, si has sufrido acoso escolar o abusos, si te autolesionas y si tienes pensamientos sobre la muerte.

El profesional sanitario te entrevistará a ti y a tu familia para ofreceros la oportunidad de expresar vuestros sentimientos, pero te dará la posibilidad de hablar en privado y de forma confidencial.

Es importante que seas tan abierto



como sea posible sobre las cosas que consideres de interés para comprender lo que te pasa.

Como ya hemos visto, debido a que la depresión tiene diferentes causas y diferentes síntomas, cada persona con depresión recibe un tratamiento personalizado.



Servicios especializados de salud mental

Tu médico puede considerar que necesitas atención por parte de un especialista en salud mental, especialmente si tu depresión es moderada o grave, no responde al tratamiento o en casos de episodios repetidos. Solo muy ocasionalmente, las personas con depresión son hospitalizadas.

¿Puedo elegir mi tratamiento para la depresión?

Sí, normalmente puedes elegir los tratamientos. Pero depende de la edad y si tú comprendes la información que el profesional sanitario te ofrece sobre el tratamiento.

Una vez que te expliquen los tratamientos y cuál es el mejor para ti, puedes decir cuál es el que prefieres.

Puede que se necesite la aprobación de tus padres si eres muy joven o si no comprendes la información sobre los tratamientos.

Algunas veces los profesionales y los padres podrán considerar que necesitas un tratamiento que tú particularmente no deseas.

Los medicamentos no se pueden mezclar con drogas y alcohol. Tomándolos harás que los medicamentos no sean efectivos y que aparezcan nuevos síntomas o surjan efectos adversos e incluso daños serios y muerte.

7.- ¿Cómo se trata la depresión?

Hay varios tratamientos que te pueden ayudar y que han probado su eficacia en la depresión.

Entre ellos, podemos citar:

- Técnicas de autoayuda.
- Terapias psicológicas.
- Terapia farmacológica.

La depresión leve puede mejorar por sí sola sin tratamiento o con asesoramiento sobre cómo afrontar los problemas. Resultan eficaces la autoayuda y las terapias psicológicas.

Para la depresión moderada-grave, lo más recomendable es combinar una medicación con terapia psicológica.

El tratamiento más adecuado depende de cada caso concreto y de tus preferencias. Lo principal es utilizar un tratamiento que funcione, dándole el tiempo necesario para que eso ocurra.



Es importante que estés en contacto con tu médico, especialmente si el tratamiento utilizado parece que no te ayuda a mejorar. No siempre el primer tratamiento propuesto produce los resultados esperados.

TÉCNICAS DE AUTOAYUDA

Planifica el día

Cuando uno experimenta sentimientos de tristeza o depresión, puede ser realmente difícil ponerse en marcha para hacer cualquier cosa. Sin embargo, cuanto más activo estés, mayor probabilidad habrá de que te sientas mejor.

Los siguientes consejos suelen resultar útiles:

- Puedes hacer un listado con las actividades que te propones hacer cada día (con la ayuda de alguien si es necesario).
- Mantén ese listado a la vista.
- Al principio, no seas muy exigente contigo mismo.
- Es importante hacer una actividad gratificante al menos una vez al día.
- Planifica hacer alguna actividad física cada día.
- Si incumples algún punto de tu plan, salta a la siguiente actividad.
- Si no te apetece hacer nada en absoluto, planifica realizar alguna actividad con otras personas.
- Comprueba cómo varía tu estado de ánimo en función de tus progresos y comparte este hecho con los demás.

Manejo del estrés

- Si los problemas parecen asfixiarte, considera uno de cada vez.
- Disfruta con las pequeñas cosas, consigue tiempo para ti mismo.
- Aprende a reconocer cuándo necesitas parar, todos tenemos un límite.
- No seas demasiado severo contigo mismo.



Actividad física

- Aumenta tu actividad física y consigue aire fresco y luz natural cada día.
- Una rutina regular de ejercicio enérgico es ideal, pero cualquier actividad física es mejor que ninguna.
- Es posible que una actividad dirigida en grupo pueda mejorar el cumplimiento de este objetivo más fácilmente.
- Si tienes dudas sobre el tipo de ejercicio físico más adecuado para ti, consulta con tu médico.

Problemas del sueño

- Mantén una rutina en tus horarios de sueño.
- Realiza algo relajante antes de irte a dormir.
- Evita las siestas o dormir durante el día; pueden agravar el problema.
- Evita o reduce los excitantes (café, bebidas energéticas o con cola, tabaco o alcohol, especialmente desde el atardecer).
- Si no puedes dormir, levántate y vete a otra habitación (puedes ver la televisión o leer) hasta que te sientas somnoliento. Si te quedas en la cama puedes concentrarte en escuchar la radio con la luz apagada y en un volumen muy bajo.
- No te duermas en el sofá.



Abuso de alcohol y otras drogas

- El abuso de alcohol o el consumo de otras drogas pueden hacer que tu depresión empeore y generar otros problemas. No elijas tomar alcohol o drogas para escapar de tus problemas. Pide ayuda.

- Pide ayuda a tus amigos, familia o tu médico para disminuir el consumo o lograr la abstinencia.
- Si lo necesitas, existen dispositivos sanitarios especializados en el tratamiento de estos problemas.

TERAPIAS PSICOLÓGICAS

Los especialistas en salud mental pueden proponerte tratamientos que han sido específicamente diseñados para personas con depresión, como la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal. La investigación ha demostrado que estas terapias resultan efectivas y pueden ayudar a reducir la aparición de nuevos episodios en el futuro (recurrencia).

En la terapia psicológica vas a trabajar con un especialista que te escuchará y ayudará con estrategias para mejorar la depresión, te enseñará a tener pensamientos realistas, cómo resolver problemas, metas que alcanzar y a mejorar las relaciones con los demás.

La terapia cognitivo-conductual se centra en modificar los estilos negativos de pensamiento y conducta que contribuyen a desencadenar y mantener la depresión.

La terapia interpersonal ayuda a las personas con depresión a identificar y manejar problemas específicos en las relaciones con la familia, amigos, compañeros y otras personas.

Estas terapias son proporcionadas por profesionales entrenados en estas técnicas y expertos en su uso, normalmente psicólogos clínicos y/o psiquiatras.

TERAPIA FARMACOLÓGICA

Los principales fármacos utilizados en el tratamiento de la depresión se denominan antidepresivos. Estos medicamentos funcionan incrementando en el cerebro la actividad y los niveles de ciertas sustancias químicas denominadas neurotransmisores, que ayudan a mejorar tu estado de ánimo.



La mayoría de los tratamientos necesitan algún tiempo para obtener resultados

Antes de que una persona comience a tomar antidepresivos, debe tener en cuenta que la medicación necesita cierto tiempo para funcionar

(normalmente se necesitan varias semanas para experimentar alguna mejoría y determinar si un fármaco resulta útil).

Por lo tanto, debes seguir tomando la medicación como te han prescrito incluso si al principio tienes dudas sobre sus beneficios.

Recuerda que si estás manteniendo relaciones sexuales, debes usar algún método anticonceptivo. Pregunta a tu médico.

Sobre qué síntomas actúa

Los primeros síntomas que mejoran son los problemas de sueño y de apetito, después el interés en actividades y la capacidad de concentración; el último síntoma en mejorar es la tristeza y el desánimo que puede tardar varias semanas desde el inicio del tratamiento (habitualmente 15 días).

¿Cuáles son sus posibles efectos secundarios?

Tu médico te informará sobre los efectos secundarios que son esperables con la medicación: sequedad de boca, problemas de sueño, cefaleas, visión borrosa, molestias abdominales e inquietud. La mayoría son tolerables por casi todas las personas.

El psiquiatra te verá de forma regular para comprobar que no aparecen otros efectos secundarios más graves.

En algunos casos, tu médico puede aconsejarte modificar la dosis o cambiar el tipo de antidepresivo.

Aunque los antidepresivos no generan adicción, pueden experimentarse ciertos síntomas al retirarlos. Estos síntomas pueden consistir en mareo, náuseas, ansiedad y cefaleas; normalmente resultan de intensidad leve, aunque algunas veces tienen mayor intensidad, sobre todo si la medicación se interrumpe bruscamente.

¿Cuánto tiempo necesitarás tomarlo?

El período de tiempo durante el que se recibe tratamiento con antidepresivos varía de una persona a otra. Normalmente se recomienda mantener la medicación un mínimo de 6 meses con la misma dosis con la que obtuviste mejoría. La retirada se hará de forma gradual.

¿Cuál es el riesgo de no recibir tratamiento?

Algunas depresiones son especialmente graves y no tratarlas de forma adecuada puede tener consecuencias muy importantes como: suicidio, fracaso escolar, problemas en la familia y en las relaciones con los amigos, consumo de alcohol, drogas y otras conductas de riesgo, desórdenes alimentarios.

La depresión no tratada es el mayor factor de riesgo de suicidio.

¿Me cambiará la medicación?

Puedes pensar que la medicación te va a hacer diferente de los otros chicos de tu edad o cambiará tu forma de ser. Pero esto no es cierto. La medicación te ayudará a ser el mismo que eras antes de la depresión.

Tomar medicamentos no se diferencia de usar gafas o poner ortodoncia, solo es una herramienta para ayudarte.

8.- ¿Cómo puedo ayudar a alguien con depresión?

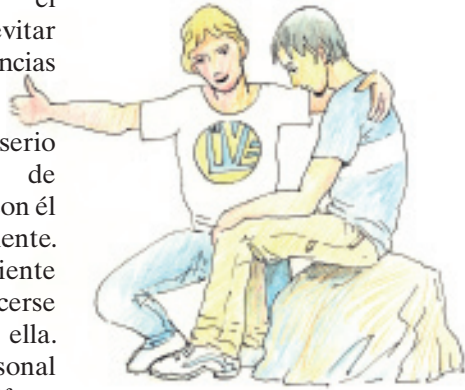
Puede resultar muy duro ver que un ser querido está deprimido. No sería raro que te sintieses muy agobiado, desorientado o avergonzado por lo que está pasando.

La familia y amigos de personas con depresión han encontrado que resultan de utilidad las siguientes estrategias:



- Aprende sobre la depresión, su tratamiento y lo que puedes hacer para ayudar a su recuperación.
- Considérate a ti mismo como parte del equipo de apoyo y tratamiento.
- No pienses que la persona con depresión no desea mejorar, aunque a veces te lo parezca. Trata de ver los síntomas como lo que son: parte de una enfermedad.
- Ayúdale a reconocer las fuentes de estrés y a encontrar la forma más adecuada para hacerle frente. Quizá sea necesaria tu colaboración en la solución de algunos problemas que preocupan especialmente a tu familiar o amigo.
- Anímale a ser más activo, pero sin forzarlo excesivamente y sin hacerle críticas o reproches, ya que eso puede hacer que las cosas empeoren.
- Ayúdale a llevar una vida sana, a realizar algo de ejercicio físico y a divertirse.
- Dedicar parte de tu tiempo a estar con él o ella.
- Elogia cada uno de sus avances, especialmente al principio y por muy pequeños que sean.

- Anímale a mantener el tratamiento prescrito y a evitar el alcohol y otras sustancias tóxicas.
- De entrada, toma en serio cualquier pensamiento de suicidio. No temas hablar con él sobre este tema abiertamente. Si tu familiar se siente inseguro respecto a hacerse daño, permanece con él o ella. Puedes contactar con personal sanitario o utilizar el teléfono del servicio de emergencias (061, 112).



- Si estás al cuidado de alguien con depresión grave es fundamental encontrar tiempo para ti sin sentirte mal o culpable. Convivir con un familiar con depresión puede desgastar, por lo que es importante cuidarse lo más posible y mantenerse bien psicológicamente.

Más información

- **Teléfono de urgencias: 061 o 112.**
- **Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (ofrecen información y apoyo y disponen de algunos recursos psicosociales). www.feafes.com.**
- **Teléfono de la esperanza (tienen teléfono de crisis 24 horas en las principales poblaciones españolas). www.telefonodelaesperanza.org.**
- **www.suicidioprevencion.com**

9.- Información para distribución individual

¿QUÉ ES DEPRESIÓN?

Depresión no es...

Es normal que en algún momento no puedas evitar sentirte triste, eso forma parte de la vida.

Sobre todo cuando algo no va bien como cuando discutes con un amigo, si sacas malas notas o te enfadas con tus padres.

En algún momento de esos días:

- Te puedes sentir triste o irritable.
- Dormirás poco.
- No querrás ver a tus amigos.
- Cambiará tu apetito.

Se te pasará en 1 o 2 semanas, o antes, si mejora la situación que lo provocó.

Estar bajo de ánimo no significa tener depresión.



Depresión es...

Pero imagina que pasan las semanas y no mejoras, te encuentras muy triste y sin interés por nada **todos los días, entonces puedes tener una depresión.** Además, puedes experimentar:

- Cambios de peso y apetito
- Problemas de sueño
- Estás inquieto o lento
- Te sientes sin fuerza o culpable
- Te encuentras cansado o vacío
- No puedes concentrarte en el colegio
- Piensas en la muerte o en el suicidio



DEPRESIÓN Y FAMILIA

Tener un hijo con depresión afecta a toda la familia.

Repercusión de la depresión en la familia:

- Se pueden cambiar rutinas o normas y dejar de participar en actividades que les hagan salir de casa.
- Se empiezan a evitar los contactos con los amigos o las reuniones sociales porque se sienten avergonzados preocupados por si los juzgan. Además, los amigos también pueden evitar a la familia. Esto lleva al aislamiento en el momento que necesitan mayor soporte.
- Puede consentirse más al niño para evitar empeorar la enfermedad, o al contrario, pueden encontrarse resentidos con él por la disrupción familiar que la depresión ha causado.
- Los padres pueden ser más estrictos o duros con los que no tienen depresión.
- Unos miembros de la familia pueden estar irritables o enfadados, mientras que otros quieren llamar la atención que creen que no están recibiendo.
- Puede haber más discusiones entre los familiares, especialmente sobre cómo tratar al enfermo.
- Individualmente se encuentran frustrados e incapaces de cambiar las cosas o al enfermo e incluso se sienten culpables de la depresión.
- Se pueden presentar signos de estrés e incluso depresión.

Cuidados de la familia y entorno:

- Cuidate y anima a todos a que lo hagan. Podrás ayudar si te encuentras sano y descansado. Reconoce cuándo necesitas parar o mejor busca tiempo para ti y descansa antes de necesitarlo.
- Piensa que nadie es capaz de estar agradable todo el tiempo, puedes tener un mal día, pero sigue de forma positiva.
- Intentad realizar actividades en familia, aunque el enfermo no participe.
- Anima a todos a continuar con las actividades diarias. Intenta pasar tiempo con cada uno de los miembros de la familia, no permitas que el niño con depresión monopolice toda la atención.
- La familia se puede beneficiar de la educación sobre la enfermedad y su tratamiento y trabajar con el especialista sobre problemas específicos. Participa en el tratamiento. Considera unirse a grupos de soporte, te ayudará hablar con otros que han tenido experiencias similares.
- Los miembros de la familia deben reconocer si tienen depresión y pedir ayuda. La depresión puede afectar a varios miembros.
- Recuerda que la depresión es una enfermedad. Nadie es culpable.

PLAN DE APOYO FAMILIAR

¿Cómo puedo ayudar a mi hijo?

- Ayuda a tu hijo a establecer metas, que sean sencillas y realistas, que se ajusten a su estilo y personalidad.
- Reconoce sus éxitos.
- Recuerda las cosas que pudieron ayudarle en el pasado.
- Trabaja una meta cada vez.

1.- Cumplimiento del tratamiento:

- Recuerda que tu hijo tome la medicación.
- Participa en el tratamiento.
- Procura ser su apoyo.

2.- Relaciones y actividades agradables:

- Cuando está deprimido, tu hijo puede evitar el contacto con otras personas.
- Las buenas relaciones con los amigos y familia son una parte significativa de la recuperación.
- Ejemplo: anímale a que hable con sus amigos, que cuide sus relaciones sociales (cumpleaños, deportes, música, excursiones...), quítale importancia si al principio no es capaz, lo importante es intentarlo y ayúdale a que progresivamente recupere sus actividades.
- Pasa tiempo con él, habla con él.

3.- Nutrición y ejercicio:

- Asegúrate de que recibe una buena alimentación y que hace ejercicio de forma regular.
- Ejemplo: que beba suficiente agua, que coma verduras y frutas, dar un paseo una vez al día con él, dar una vuelta en bicicleta.



PROBLEMAS DE SUEÑO

Todos nosotros necesitamos dormir.

Si no duermes:

- Te cuesta concentrarte en el colegio.
- Te quedas dormido durante el día.
- Te sientes más irritable y de mal humor.
- Te encuentras más lento y cansado.

Los problemas de sueño pueden formar parte de la depresión. Aunque hay problemas de sueño que requieren medicación, hay cosas que

TÚ PUEDES HACER PARA MEJORAR:

- 1. ACUÉSTATE Y LEVÁNTATE SIEMPRE A LA MISMA HORA**, la rutina es lo mejor para coger el sueño.
- 2. EVITA LAS SIESTAS.**
- 3. NO TE DES UN ATRACÓN O TE ACUESTES CON HAMBRE.** Te puede ayudar un vaso de leche templada.
- 4. NO TOMES BEBIDAS EXCITANTES** (café, colas, té, chocolate...).
- 5. NO BEBAS ALCOHOL NI FUMES.**
- 6. ENCUENTRA UNA ACTIVIDAD RELAJANTE ANTES DE DORMIR:** como una baño caliente, oír música tranquila o charlar con un amigo. No debes usar el móvil, chatear o jugar con el ordenador antes de irte a dormir.
- 7. USA LA CAMA SOLO PARA DORMIR O DESCANSAR**, no es el sitio para ver la televisión, ni de hacer los deberes.
- 8. PREPARA LA HABITACIÓN PARA DORMIR:** evita los ruidos, la luz y haz que la temperatura sea agradable.
- 9. HAZ EJERCICIO DE FORMA REGULAR.**
- 10. SAL DE CASA Y TOMA EL SOL.** La luz del sol ayuda a controlar el reloj biológico.

NO TE OBSESIONES, EL SUEÑO LLEGARÁ



Anexo 3. Glosario

- **Adolescente:** para el objeto de esta guía se consideran aquellos de edades comprendidas entre los 12 y los 18 años, independientemente del sexo.
- **Arteterapia:** también denominada terapia artística, creativa o configurativa, consiste en el uso de las artes visuales con fines terapéuticos. Se basa en la idea de que las representaciones visuales, objetivadas a través del material plástico, contribuyen a la construcción de un significado de los conflictos psíquicos, y favorecen su resolución. La representación plástica sería, desde este punto de vista, un proceso de construcción del pensamiento.
- **Autoayuda:** aprendizaje o potenciación de repertorios de conducta o capacidades de afrontamiento de situaciones y estados emocionales negativos, sin intervención o con participación mínima del terapeuta. Tiene como objetivo dotar a los pacientes de conocimientos y habilidades que faciliten la superación o el manejo de sus problemas de salud.
- **Autoayuda guiada:** es una modalidad de autoayuda, más completa. Utiliza materiales de autoayuda junto con una orientación mínima por parte del profesional.
- **Automodelado:** es una técnica que consiste en la visualización repetida de una grabación del sujeto ejecutando la conducta deseada dirigida al logro de una meta.
- **Beck Depression Inventory (BDI):** escala de autoevaluación autoaplicada que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.
- **Biblioterapia:** forma de terapia en la que se selecciona material escrito para que el paciente lea con el fin de tratar sus problemas emocionales y de comportamiento. La intervención del profesional es mínima y la lectura de los textos da lugar a un proceso de autoayuda a través de la reflexión del propio paciente.
- **Cochrane Library Plus:** versión en castellano de la revista electrónica *The Cochrane Library*, el principal vehículo de información de la Colaboración Cochrane. Se consulta a través de Internet y se actualiza cada tres meses. Apareció en 2002 y es la única versión en lengua no inglesa de la *Cochrane Library*.
- **Comorbilidad:** situación clínica en la que se produce la coexistencia de dos o más enfermedades o condiciones, como por ejemplo, depresión y ansiedad.

- **Conducta suicida:** espectro de conductas con fatal desenlace o no, que incluyen intento de suicidio y suicidio.
- **Consejo u orientación (*counseling*):** pretende descubrir los factores emocionales en conflicto que condicionan problemas de personalidad. En consecuencia, tiene por fin ayudar a comprender los obstáculos que impiden el desarrollo normal de la personalidad y los medios de superarlos en orden a favorecer el funcionamiento de los procesos psicológicos constructivos. Es una terapia psicológica que ofrece información e intercambio de experiencias y se apoya en cuatro pilares: 1) habilidades de comunicación asertiva, 2) soporte emocional, 3) modelo de solución de problemas y 4) autocontrol.
- **Cuidados habituales:** cuidados que reciben los pacientes según el área donde se lleven a cabo. La definición de cuidados habituales o tratamiento habitual empleada varía en los diferentes estudios, e incluye diferentes intervenciones psicoterapéuticas y/o farmacológicas.
- **Cuidados estándar:** en esta guía se consideran cuidados estándar: psicoeducación, apoyo individual y familiar, técnicas de resolución de problemas, coordinación con otros profesionales, atención a otras comorbilidades y seguimiento regular del estado mental.
- **Depresión mayor:** conjunto de síntomas entre los que predominan los de tipo afectivo (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida). Dado que en mayor o menor medida también se presentan síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, podría hablarse de una afectación global del funcionamiento personal, con especial énfasis en la esfera afectiva.
- **Desesperanza:** esquemas cognitivos que tienen en común expectativas negativas acerca del futuro, sea este el futuro inmediato o el más remoto. La medición del constructo desesperanza fue iniciada por Beck y sus colaboradores, con la elaboración de la Escala de Desesperanza de Beck (*Beck Hopelessness Scale, BHS*).
- **Eficacia:** grado en el que una determinada intervención en condiciones ideales produce un resultado beneficioso. Los ensayos clínicos aleatorizados son el patrón oro en la evaluación de la eficacia.
- **Efectividad:** grado en el que una intervención produce un resultado beneficioso en circunstancias ordinarias.
- **Ensayo clínico aleatorizado:** estudio experimental en el que los participantes son asignados de forma aleatoria (al azar) a recibir un tratamiento o intervención entre 2 o más opciones posibles. Uno de los grupos suele recibir el tratamiento convencional (grupo control), que sirve como patrón

de comparación, mientras que otro grupo recibe el tratamiento objeto de estudio (grupo experimental).

- **Estudio de cohorte:** consiste en el seguimiento de una o más cohortes de individuos sanos que presenta diferentes grados de exposición a un factor de riesgo y en quienes se mide la aparición de la enfermedad o condición a estudio.
- **Estudio de casos-control:** estudio observacional y analítico en el que los sujetos son seleccionados en función de que tengan (casos) o no tengan (control) una determinada enfermedad, o en general un determinado efecto. Una vez seleccionados, se investiga si estuvieron expuestos a una característica de interés y se compara la proporción de expuestos en el grupo de casos frente a la del grupo de controles.
- **Embase** (*Excerpta Medica data BASE*): base de datos bibliográfica producida por la empresa Elsevier que está especializada en el campo de la biomedicina y la farmacología. Contiene más de 12 millones de registros y se puede consultar desde 1974.
- **Emoción expresada:** conjunto de variables que hacen referencia a la comunicación familiar. Este constructo ha sido empleado como un índice indirecto de las interacciones entre un paciente y sus familiares en estudios sobre pronóstico de recaídas. El índice de emoción expresada hace referencia al criticismo, hostilidad y sobreimplicación emocional.
- **Esquema:** un esquema, dentro del marco de la terapia cognitiva, es “una estructura para la percepción selectiva, codificación y valoración de los estímulos que inciden sobre el organismo y que sirve para estructurar y organizar el medio en unidades psíquicas relevantes.
- **Grupos de apoyo:** suelen ser convocados por un profesional y estar compuestos por personas que comparten algún tipo de problema que altera o modifica aspectos de su funcionamiento normal. En ocasiones, estos grupos pueden ser guiados por paraprofesionales entrenados o supervisados por profesionales.
- **Heterogeneidad:** cualidad de una cosa heterogénea o formada por elementos de distinta clase o naturaleza. Contrario a homogeneidad.
- **Ideación suicida:** pensamientos que pueden variar desde ideas como que la vida no merece la pena, hasta planes bien estructurados sobre cómo morir o intensas preocupaciones autolesivas.
- **Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina:** clase de fármaco antidepressivo que inhibe la recaptación de serotonina por la neurona presináptica, e incrementa de ese modo el nivel de neurotransmisor disponible para unirse con el receptor postsináptico.

- **Insight:** es la capacidad de darse cuenta, de tomar conciencia de una realidad interior que normalmente había permanecido inconsciente.
- **Locus de control:** es el grado en que un sujeto percibe el origen de eventos y de su propio comportamiento de manera interna o externa a él. El locus de control interno es la percepción de que los eventos ocurren principalmente como efecto de las propias acciones, mientras que el locus de control externo es la percepción de que los eventos ocurren como resultado del azar, el destino, la suerte o el poder y decisiones de otros.
- **Manejo de contingencias:** variedad de técnicas skinnerianas u operantes que comparten la meta común de controlar el comportamiento manipulando sus consecuencias.
- **Medline:** base de datos bibliográfica producida por la *National Library of Medicine* de los Estados Unidos. Recoge las referencias bibliográficas de los artículos publicados en más de 4 500 revistas médicas desde 1966. Cada registro de Medline contiene los datos básicos de la referencia bibliográfica para su posterior recuperación. PubMed es un sistema de recuperación de la información basado en tecnología *world wide web*, que permite buscar en bases de datos, entre ellas Medline.
- **Metaanálisis:** método estadístico en el que se combinan los resultados de diferentes estudios para evaluar la heterogeneidad y generar resultados globales.
- **NICE** (*National Institute for Health and Clinical Excellence*): organización británica independiente que proporciona directrices de promoción de la salud y de prevención y tratamiento de enfermedades al *National Health Service*.
- **Niño:** para el objeto de esta guía únicamente se consideran aquellos entre 5 y 11 años de edad, independientemente del sexo.
- **Psicoeducación:** programas en formato individual o grupal que establecen una interacción explícita y educativa entre el profesional, el paciente y sus cuidadores.
- **Recaída:** empeoramiento de un episodio aparentemente controlado, hasta alcanzar de nuevo criterios de nivel diagnóstico, que ocurre durante la remisión y antes de la recuperación.
- **Recuperación:** es la duración del período de remisión que se requiere para determinar que existe una recuperación completa del episodio depresivo. Según los criterios DSM-IV, este período sería de dos meses.
- **Recurrencia:** desarrollo de un trastorno depresivo en una persona que previamente ha padecido depresión. Habitualmente se considera que el nuevo episodio depresivo ocurre después de seis meses.

- **Refuerzo:** se entiende por refuerzo positivo a los estímulos que aumenta la probabilidad de emisión de la conducta que provoca la aparición de dichos estímulos. Cuando la conducta aumenta como consecuencia de la retirada de determinados estímulos se dice que la conducta que elimina esos estímulos es reforzada negativamente.
- **Remisión:** la remisión requiere que el paciente esté asintomático y que no sufra más allá de los síntomas residuales mínimos, y, además, debe producirse una restauración total de la función.
- **Respuesta:** ausencia de síntomas o disminución significativa de la sintomatología de depresión durante al menos dos semanas. También se considera respuesta aquella mejoría al menos del 50% respecto a los valores iniciales en una escala de medición de la depresión.
- **Revisión sistemática:** forma de investigación que proporciona un resumen de los estudios existentes sobre una pregunta específica, utilizando para ello métodos explícitos y sistemáticos de identificación, evaluación crítica y síntesis de la literatura científica.
- **Técnicas de solución de problemas:** el entrenamiento de recursos que facilitan el afrontamiento de situaciones de conflicto o estrés.
- **SIGN** (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*): se formó en 1993 con el objetivo de elaborar y diseminar guías de práctica clínica con recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible.
- **Tamaño del efecto:** es una estimación del efecto de un tratamiento cuando se compara con el grupo control (por ejemplo, otro tratamiento activo, no tratamiento o tratamiento habitual). Un ejemplo de tamaño del efecto es el riesgo relativo (empleado para variables dicotómicas) y la diferencia de medias ponderada y estandarizada (ambas para variables continuas).
- **Terapia cognitivo-conductual:** se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión.
- **Terapia conductual:** es un enfoque de la psicología clínica que se fundamenta en la psicología del aprendizaje para la explicación de los trastornos psicológicos y el desarrollo de estrategias dirigidas al cambio terapéutico. Otra característica es estar basada en el estudio experimental de los principios y leyes del aprendizaje.
- **Terapia dialéctico-conductual:** es un tratamiento psicosocial desarrollado específicamente para el tratamiento de personas con trastorno límite de la personalidad, pero que se emplea también para pacientes con otros

diagnósticos. La TDC usa técnicas que se centran en el cambio conductual, con estrategias de aceptación o de validación, subrayando que la aceptación no excluye el cambio (componente dialéctico).

- **Terapia electroconvulsiva:** técnica consistente en provocar, con finalidad terapéutica, una crisis comicial generalizada a través de una estimulación eléctrica del sistema nervioso central.
- **Terapia familiar:** hace de las relaciones familiares el foco principal de su intervención, debido a que algunos autores han señalado que existe una fuerte evidencia de asociación entre la depresión infantojuvenil y factores como vínculos afectivos débiles, niveles elevados de criticismo, hostilidad familiar o psicopatología parental.
- **Terapia interpersonal:** aborda las relaciones interpersonales e interviene en el contexto social inmediato del paciente. Asume que los problemas interpersonales pueden activar o exacerbar una depresión, por lo que se centra en ellos con la finalidad de favorecer cambios adaptativos y que de esta manera se produzca una mejoría de la sintomatología depresiva.
- **Terapia no directiva:** procedimiento en el que el psicoterapeuta refleja al cliente lo que le dice, como procedimiento para evitar dirigir al cliente. Su característica distintiva sería la actitud del terapeuta, que promueve las condiciones de la relación terapéutica que favorecen los procesos de cambio psicológico.
- **Terapia de apoyo:** intervención basada en el apoyo emocional, resolución de problemas de forma no directiva y revisión del estado del paciente (síntomas depresivos, rendimiento escolar, suicidabilidad, actividades sociales), con la finalidad de valorar la necesidad de intervención por parte de profesionales especializados.
- **Terapia psicodinámica:** deriva del psicoanálisis y se basa en la teoría freudiana del funcionamiento psicológico de que la naturaleza de los conflictos puede ser en gran medida inconsciente, por lo que el objetivo terapéutico es resolver estos conflictos.

Anexo 4. Lista de abreviaturas

- **AACAP:** *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*
- **ADAPT:** *Adolescent Depression Antidepressant and Psychotherapy Trial*
- **AEMPS:** Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
- **AGREE:** *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*
- **AHRQ:** *Agency for Healthcare Research and Quality*
- **APA:** *American Psychiatric Association*
- **BDI:** Inventario de Depresión de Beck
- **CAMHS:** *Child and Adolescent Mental Health Services*
- **CDRS:** *Children's Depression Rating Scale*
- **CGAS:** *Children's Global Assessment Scale*
- **CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición
- **DM:** depresión mayor
- **DSM-IV:** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
- **ECA:** ensayo clínico aleatorio
- **EDB:** escala de desesperanza de Beck
- **EMA:** Agencia Europea del Medicamento
- **FDA:** *Food and Drug Administration*
- **GPC:** guía de práctica clínica
- **HoNOSCA:** *Health of the Nation Outcome Scales*
- **IMAO:** inhibidor de la monoaminoxidasa
- **IRSN:** inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina
- **ISRS:** inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina
- **Kiddie-SADS-P:** *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-aged children-Present episode version*
- **K-SADS-P/L:** *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children-Present and Lifetime Version*
- **MADRS:** escala de depresión de Montgomery-Asberg
- **MFQ:** *Mood And Feelings Questionnaire*
- **NICE:** *National Institute for Clinical Excellence*

- **NIMH:** *National Institute of Mental Health*
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **PQ-LES-Q:** *Paediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire*
- **RSQ:** *Risk of Suicide Questionnaire*
- **SIGN:** *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*
- **SIQ-Jr:** *Suicidal Ideation Questionnaire. Junior High School version*
- **SIS:** *Suicidal Intent Scale*
- **TADS:** *Treatment for Adolescents With Depression Study*
- **TCC:** terapia cognitivo-conductual
- **TDC:** terapia dialéctico-conductual
- **TEC:** terapia electroconvulsiva
- **TF:** terapia familiar
- **TIP:** terapia interpersonal individual
- **TIP-A:** terapia interpersonal para adolescentes
- **TMS:** terapia multisistémica

Anexo 5. Declaración de intereses

Coordinadores y miembros del grupo elaborador

Gerardo Atienza Merino, Elena de las Heras Liñero, Rafael Fernández Martínez, Ernesto Ferrer Gómez del Valle, Ana Goicoechea Castaño, Jose Luis Iglesias Diz, Arturo Louro González, Belén Martínez Alonso, José Mazaira Castro, Aurea Paz Baña, Lucinda Paz Valiñas, María Isabel Roca Valcárcel y Yolanda Triñanes Pego declararon ausencia de conflictos de interés.

María Álvarez Ariza declaró haber recibido financiación para reuniones o congresos (AstraZeneca y Pfizer) y para asistencia a cursos (Janssen).

Revisores externos

Antonio Agüero Juan, Victoria del Barrio Gándara, Amparo Belloch Fuster, María del Carmen Bragado Álvarez, Juan José Carballo Belloso, Sergio Cinza Sanjurjo, María Dolores Domínguez Santos, Aranzazu Fernández Rivas, Montserrat García González, María Paz García Vera, María Elena Garralda Hualde, María León-Sanromá, Germán López Cortacáns, María José Paredada Redondo, Ana Pascual Aranda, Pedro Javier Rodríguez Hernández, Patricio José Ruiz Lázaro, María Isabel Salvador Sánchez, Manuel Sampedro Campos, Carmen Senra Rivera, Josep Toro Trallero, Víctor Manuel Torrado Oubiña, y Fernando Lino Vázquez González declararon ausencia de conflictos de interés.

Enric Aragonés Benaiges declaró haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (Almirall) y recibir ayuda económica para la financiación de investigación por parte de Lilly.

Pedro Benjumea Pino declaró haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (Lilly, Glaxo).

María Consuelo Carballal Balsa declaró haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (ANESM).

Josefina Castro Forniells declaró haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (Lilly), haber recibido financiación por su participación en una investigación por parte de los laboratorios Novartis y haber realizado labores de consultorías para los laboratorios Lilly.

Josep Cornellá Canals ha declarado haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (Juste) y realizar labores de asesoría para el laboratorio Rubió sobre el producto Rubifen.

Inmaculada Escamilla Canales declaró haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (Lilly, Janssen, Juste), honorarios como ponente por parte de Janssen y AEPIJ, financiación de progra-

mas educativos o cursos por parte de la Fundación Alicia Koplowitz y ayuda económica para la financiación de investigación por parte de Lilly.

María Jesús Mardomingo Sanz declaró haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (Lilly) y haber recibido financiación por su participación en una investigación (Lilly, Janssen).

César Soutullo Esperón declaró haber recibido financiación para reuniones, congresos o asistencia a cursos (Lilly, Janssen-Cilag, Esteve, Pfizer), honorarios como ponente por parte de la Asociación Navarra ADHI; ACANPADAH, APNADAH, AstraZeneca, ASTTA, CC.AA.: Asturias, Castilla y León, Madrid; Eli Lilly, Fundación Innovación Social de la Cultura, GlaxoSmithKline, Grupo Aula Médica, Janssen-Cilag, Novartis, SEP-SEPB, Sociedad Vasco-Navarra Psiquiatría y Solvay, así como haber realizado labores de consultoría para Bristol-Myers Squibb, Editorial Médica Panamericana, Eli Lilly, Juste, EINAQ (European Interdisciplinary Network ADHD Quality Assurance), Fundación Alicia Koplowitz, Janssen- Cilag, Pfizer, Shire y Otsuka, ha declarado también intereses económicos como empleado de la Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra y y ayudas económicas para la financiación de una investigación por parte de Abbott, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Gobierno de Navarra, Fundación Alicia Koplovitz, Instituto de Salud Carlos III (FIS): Redes Temáticas de Investigación Cooperativa, Pfizer, PIUNA, Stanley Medical Research Institute-NAMI Shire y Solvay.

Anexo 6. Modelos de Consentimiento Informado

Documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL

El/la Paciente D/D. ^a natural de
con domicilio en
Ciudad..... Provincia
con edad de.....y DNI....., menor de edad, y abajo firmante,
ha sido INFORMADO DETALLADAMENTE SOBRE
.....

La medicación prescrita/intervención o prueba a la que va a ser sometido
.....y que de forma resumida consiste en
.....
.....

Se le ha informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes a la
mencionada y explicada medicación/intervención o prueba, y que son los
siguientes:

.....
.....
.....

Asimismo se le ha informado de los riesgos probables que son
.....
.....

Todo ello tal y como preceptúa la actual Ley 41/2002, de Autonomía del Pa-
ciente, por lo cual, entiende y acepta los anteriores puntos por lo que firma
el presente CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la fecha de del año 20.....

Médico responsable

El/la paciente

*Modificado de: Fuertes Rocañín *et al.*, 2007

Anexo 6. Modelos de consentimiento informado

Documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO POR REPRESENTACIÓN

El/la representante legal D/D.^a
.....del/la menor D/D.^a.....
natural de con domicilio en
Ciudad..... Provincia
con edad de.....y DNI....., mayor de edad, y abajo firmante,
ha sido INFORMADO DETALLADAMENTE SOBRE
.....

La medicación prescrita/intervención o prueba a la que va a ser sometido
.....y que de forma resumida consiste en
.....
.....

Se le ha informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes a la mencionada y explicada medicación/intervención o prueba, y que son los siguientes:

.....
.....
.....

Asimismo se le ha informado de los riesgos probables que son
.....
.....

Todo ello tal y como preceptúa la actual Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente, por lo cual, entiende y acepta los anteriores puntos por lo que firma el presente CONSENTIMIENTO INFORMADO POR REPRESENTACIÓN

En la fecha de del año 20.....

Médico responsable

Representante legal

* En caso de padres separados, representante legal es el progenitor que tenga la guardia y custodia, y ha de estar de acuerdo con el otro progenitor.

Anexo 7. Técnicas psicoterapéuticas

La psicoterapia se puede definir como el tratamiento de naturaleza psicológica de los trastornos emocionales, de conducta y de la personalidad, que implica la comunicación entre paciente y terapeuta y que emplea métodos con una fundamentación teórica. Todas las psicoterapias se basan en la relación entre terapeuta y paciente, así como en la utilización de procedimientos y técnicas específicas.

Las psicoterapias pueden ofrecerse en diferentes formatos (individual, familiar, grupal) y pueden diferir en dimensiones específicas tales como la frecuencia de las sesiones y su grado de estructuración, la duración y los objetivos planteados.

Por otra parte, existen diferentes formas de psicoterapia que se derivan de explicaciones o teorías particulares de la psicopatología. En ocasiones, esta diversidad probablemente obedezca a intereses ajenos al rigor científico o a la precisión conceptual. En este sentido, Guattari en 1993 señalaba que *“las prácticas psicoterapéuticas y sus formulaciones teóricas se hallan actualmente en un estado de dispersión casi total. Esta situación no puede considerarse como un signo de libertad, un estímulo a la invención y a la creatividad, sino que es la consecuencia del sectarismo que reina en este ámbito y del desconocimiento, que en ocasiones alcanza extremos irritantes, acerca de todo cuanto sucede en el interior de cada uno de esos cotos cerrados”*²⁶¹.

A pesar de la dispersión que hay en este campo, las diferentes prácticas psicoterapéuticas podrían encuadrarse dentro de cinco grupos principales: el enfoque conductual, cognitivo, psicodinámico, humanista y familiar, aunque existen otras terapias que tradicionalmente no se han incluido en estos cinco grupos, pero que han adquirido gran importancia, como la terapia interpersonal.

Como punto de partida, antes de la descripción de cada una de las modalidades de psicoterapia, hay que señalar que todas ellas, independientemente del modelo teórico en el que se basen, parten de la evaluación y formulación o conceptualización clínica del problema o problemas que presenta el paciente como guía de la estrategia psicoterapéutica. También se debe señalar que todos los enfoques de psicoterapia comparten principios generales, como la necesidad de establecer una alianza terapéutica con el paciente o relación colaborativa en la dirección hacia los objetivos de cambio planteados.

Se describirán los enfoques psicoterapéuticos que cuentan con estudios controlados para evaluar su eficacia en la depresión en la infancia y adolescencia y que han sido revisados en esta guía.

PSICOTERAPIA CONDUCTUAL

La psicoterapia conductual o terapia de conducta es un enfoque de la psicología clínica que se fundamenta en la psicología del aprendizaje para la explicación de los trastornos psicológicos y el desarrollo de estrategias dirigidas al cambio terapéutico. Otra característica central de este enfoque es el estar basada en el estudio experimental de los principios y leyes del aprendizaje, cuyos principales procesos son:

- *Condicionamiento clásico*. Se basa en el trabajo de Pavlov y otros fisiólogos rusos, quienes realizaron estudios experimentales con perros en los que se observó que cuando un estímulo inicialmente neutral (por ejemplo, el sonido de una campana) se emparejaba a un estímulo como la comida, capaz de provocar automáticamente respuestas fisiológicas incondicionadas, tras repetirse el emparejamiento un número de veces comenzaba a provocar una respuesta similar a la provocada por el estímulo incondicionado (salivación), aun sin la presencia del estímulo incondicionado. El principio del condicionamiento clásico, además de su implicación en la adquisición de respuestas condicionadas simples, puede estar implicado en la adquisición de respuestas complejas, como las de ansiedad y otros estados emocionales ante determinadas condiciones estimulatorias, lo que tiene gran relevancia en la explicación y tratamiento psicológico de problemas emocionales diversos.
- El *condicionamiento operante o instrumental* hace referencia al aprendizaje de respuestas conductuales por las consecuencias o cambios ambientales que ocasionan. Cuando la conducta se asocia a cambios ambientales o consecuencias favorables, dicha conducta resulta positivamente reforzada y aumenta su probabilidad de ocurrencia en el futuro. Por el contrario, las consecuencias negativas o la ausencia de consecuencias se asociarían a una disminución de la probabilidad de ocurrencia de la conducta en el futuro. En síntesis, el sujeto aprendería a responder conductualmente en condiciones ambientales particulares (estímulos discriminativos) por las consecuencias que sus respuestas han tenido a lo largo de su historia biográfica.
- El *aprendizaje observacional o vicario* se refiere al aprendizaje de patrones de conducta que se deriva de la observación de otros. En este caso, aumenta la probabilidad de la conducta cuando se observa

que su ejecución por parte de otros en determinadas condiciones de estímulo lleva a consecuencias favorables. Del mismo modo, la probabilidad disminuiría cuando se observa que la conducta de que se trate resulta castigada o no va seguida de consecuencia alguna.

La relevancia del lenguaje en el funcionamiento humano se refleja en el desarrollo, desde el marco conductista, de conceptos como el de “relaciones derivadas” o el de “conducta gobernada por reglas” de gran importancia en la comprensión de la psicopatología y su tratamiento.

Los trastornos psicológicos se entienden como resultado de experiencias de aprendizaje problemáticas a lo largo de la historia biográfica. Los síntomas psicológicos serían, pues, respuestas aprendidas a través de procesos como los señalados.

La terapia parte de la evaluación conductual, en la que es central el análisis funcional de los episodios concretos del problema para identificar las condiciones antecedentes así como las consecuencias de la conducta problema. De este modo, es posible establecer hipótesis sobre las principales influencias en su mantenimiento y, sobre esta base, aplicar los procedimientos terapéuticos pertinentes, basados en la psicología del aprendizaje. Sin embargo, contra una visión simplista de la terapia de conducta, debe señalarse, siguiendo a Marino Pérez²⁶², que “los problemas se presentan y las ayudas se ofrecen en su contexto social natural, que se habrá de reconocer complejo en cuanto a la multitud de matices que concurren continuamente. Quiere ello decir, entonces, que la operativización de la conducta puede resultar en un catálogo de formas escasas y poco flexibles respecto a los infinitos matices del contexto. La cuestión coherente con los criterios conductistas está en atenerse a clases de conductas definidas precisamente por fines genéricos (no en el sentido de vagos, sino de clases generales)”. En este mismo sentido cabe añadir que el contexto con el que se interactúa debe entenderse de un modo amplio, ya que la persona no solo se relaciona con estímulos externos sino también con estímulos privados como son los pensamientos verbales o imágenes, emociones y sensaciones corporales. Al mismo tiempo, más que una relación lineal en la que el sujeto reacciona a estímulos diversos, la relación sujeto-ambiente se entiende de modo dialéctico. Es decir, no solo el contexto induce o es ocasión de conductas diversas, sino que estas, al mismo tiempo, están implicadas en el moldeamiento del contexto.

Algunas de las técnicas terapéuticas del tratamiento conductual son:

- *Técnicas de exposición.* Esta estrategia terapéutica implica que el paciente entre en contacto de manera repetida y prolongada con aquellas situaciones que desencadenan estados de ansiedad y que el

paciente sistemáticamente evita. A través de la exposición repetida y prolongada a esas situaciones, las respuestas de ansiedad se extinguen progresivamente. Los procedimientos terapéuticos concretos en los que está presente el principio de exposición son diversos. Por ejemplo, la exposición puede realizarse en imaginación o en vivo (confrontación a situaciones de la vida desencadenantes de estados de ansiedad). Por otra parte, la exposición a las situaciones evitadas puede realizarse de un modo gradual. Es decir, se planificaría por adelantado la exposición a situaciones progresivamente más ansiógenas de modo que la atenuación de la ansiedad en las primeras situaciones de la jerarquía facilite la exposición a situaciones asociadas a niveles de ansiedad más elevada dentro de la jerarquía. Otra variante de la exposición es la técnica conocida como desensibilización sistemática. En este caso se realiza exposición en imaginación a situaciones asociadas a respuestas de ansiedad. La exposición se realiza de manera gradual (jerarquía de situaciones evocadoras de respuestas de ansiedad progresivamente más intensa) al tiempo que se induce una respuesta incompatible con la ansiedad (por ejemplo, estado de relajación). La experiencia de contacto con las situaciones en principio ansiógenas en esas condiciones daría lugar al debilitamiento de su asociación con la ansiedad.

- *El entrenamiento en relajación.* Aunque existen diversos procedimientos de relajación, el más frecuentemente empleado en terapia de conducta es el desarrollado por Jacobson conocido como “relajación muscular progresiva”²⁶³. Este método consiste en el aprendizaje de ejercicios de tensión y distensión de distintos grupos musculares. La práctica repetida del procedimiento ayuda al paciente al paciente a discriminar la experiencia de tensión y a emplear respuestas de relajación frente a ella. De manera característica, el número de grupo musculares sobre los que se practican los ejercicios se van disminuyendo en las sesiones sucesivas hasta prescindir de los ejercicios de tensión muscular e inducir la relajación mediante evocación. El objetivo último es poder aplicar la relajación a situaciones de la vida diaria asociadas a ansiedad.
- *Técnicas aversivas.* El procedimiento implica que estímulos, pensamientos o conductas asociados a alguna respuesta que se desea eliminar son emparejados a algún estímulo que ocasiona respuestas desagradables o aversivas, de manera que disminuiría la probabilidad de la respuesta indeseada. Una variante de este procedimiento es la sensibilización encubierta. En este caso, se elicitan las respuestas indeseadas en imaginación y se asocian también en imaginación a algún estímulo aversivo.

- *Programas de reforzamiento.* Están dirigidos al aumento de determinadas conductas. Para ello, tras especificar de manera concreta las conductas que se desea aumentar, se emplea alguna forma de refuerzo positivo contingentemente a la emisión de estas conductas. El reforzamiento positivo es una estrategia de especial importancia, por ejemplo, en el entrenamiento de padres con el objetivo de modificar conductas problemáticas de los hijos y de promover conductas adaptativas.
- *Modelado.* Consiste en presentar una conducta que se ha de imitar con el propósito de facilitar su aprendizaje. El modelado es un elemento esencial en el aprendizaje de determinadas competencias como son las habilidades sociales.
- *Ensayo conductual.* Consiste en la práctica de las respuestas o competencias que el paciente ha de aprender. La práctica puede llevarse a cabo en situaciones simuladas o de la vida real.

Finalmente, la importancia de la propia relación terapéutica como contexto en el que se revelan los patrones conductuales-emocionales problemáticos puede convertirse en un foco importante del proceso terapéutico como ocurre en la terapia conductista denominada psicoterapia analítica funcional.

PSICOTERAPIA COGNITIVA

La Psicoterapia Cognitiva se entiende como la aplicación del modelo cognitivo a trastornos psicológicos específicos a través del uso de una variedad de técnicas diseñadas para modificar creencias disfuncionales y modos erróneos de procesamiento de la información que son característicos del trastorno.

Desde este marco teórico, se considera que experiencias de aprendizaje particulares a lo largo del desarrollo están en la base de esquemas cognitivos o creencias que aumentan la vulnerabilidad a las alteraciones psicológicas. Los esquemas o supuestos disfuncionales pueden activarse en condiciones vitales relacionadas con ellos y que, por tanto, tienen un especial significado para la persona. La activación de esquemas o creencias disfuncionales conduce a sesgos cognitivos en el procesamiento de la información, de los que serían ejemplo los siguientes:

- **Inferencia arbitraria:** se refiere al proceso de llegar a una determinada conclusión en ausencia de evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

- **Sobregeneralización:** implica llegar a una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y aplicar la conclusión tanto a situaciones relacionadas con ella como a situaciones no relacionadas.
- **Abstracción selectiva:** se refiere a centrarse en un detalle específico ignorando otras características más relevantes de la situación.
- **Magnificación y minimización.** Se refiere a errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un acontecimiento.
- **Personalización:** es la tendencia del paciente para atribuirse a sí mismo sucesos externos cuando no hay base para establecer esa conexión.
- **Pensamiento absolutista dicotómico:** se refiere a la tendencia a clasificar todas las experiencias de manera extrema sin contemplar su gradación.

Estos errores o sesgos cognitivos se traducen en valoraciones o interpretaciones de especial relevancia en la respuesta emocional y conductual a la situación. Es decir, las reacciones emocionales y conductuales serían una consecuencia directa de dichas valoraciones. Las valoraciones o interpretaciones disfuncionales pueden ocurrir de manera automática en el sentido de surgir irreflexivamente en el flujo de la conciencia sin que el paciente considere su adecuación o validez. El paciente asumiría que estos pensamientos automáticos negativos son fiel reflejo de la realidad.

Otro aspecto importante del modelo cognitivo es la consideración de las interacciones entre distintos elementos de la presentación del trastorno en la perpetuación de este. Por ejemplo, las conductas de evitación pueden dificultar la adquisición de competencias sociales que, lo que, a su vez, incrementa la ansiedad en este tipo de situaciones, la tendencia a la evitación, los pensamientos negativos acerca de sí mismo y así sucesivamente.

La terapia se basa en la evaluación y formulación clínica del problema. En ella se incluyen los factores de predisposición (por ejemplo, ansiedad rasgo, déficits en determinadas competencias, creencias disfuncionales o red social pobre), desencadenantes (por ejemplo, acontecimiento vital perturbador) y de mantenimiento (por ejemplo, pensamientos automáticos negativos o conductas de evitación). La formulación o comprensión clínica del problema o trastorno orienta los procedimientos terapéuticos específicos.

Las principales estrategias terapéuticas empleadas en la terapia cognitiva son:

- *La reestructuración cognitiva.* Consiste en el análisis cuidadoso de pensamientos automáticos comunicados por el paciente que son

relevantes para el problema. En este análisis se trata de especificar de manera concreta el significado subjetivo del pensamiento y las evidencias en las que se basa. Más que intentar refutar las valoraciones problemáticas, el terapeuta realiza preguntas focalizadas en el pensamiento y la evidencia en la que se basa así como en evidencias que podrían cuestionar el pensamiento. La meta es ayudar al paciente a considerar interpretaciones o valoraciones más realistas y adaptativas. Es importante señalar que el desafío de pensamientos automáticos negativos trata de generalizar los cambios de estos patrones cognitivos problemáticos, a través de su práctica repetida, a contextos de la vida diaria de modo que se consoliden cambios.

- *El entrenamiento en solución de problemas.* Esta estrategia se entiende como un recurso que facilita el afrontamiento de situaciones de conflicto o estrés. Consiste en varias fases que son aprendidas en el transcurso de las sesiones de terapia con el objetivo de ser empleadas en situaciones problemáticas a las que la persona se ve confrontada. En concreto, las fases del entrenamiento en solución de problemas son las siguientes:
 - Orientación hacia el problema.
 - Definición concreta del problema.
 - Generación de posibles soluciones.
 - Examen de las ventajas y desventajas de cada una de las soluciones generadas.
 - Elección de la solución preferida.
 - Puesta en práctica de la solución.
 - Evaluación de los resultados.
- *Experimentos conductuales.* El paciente podría hacer determinadas predicciones negativas que conducen a conductas problemáticas como son las conductas de evitación o de búsqueda de seguridad excesivas. La planificación, durante la sesión de terapia, y la puesta en práctica de cambios en ese tipo de conductas podría ayudar al paciente a comprobar la adecuación de las predicciones negativas, y, en caso de ser inadecuadas, conducir a cambios en el patrón cognitivo disfuncional.

Una característica central de la terapia cognitiva es su énfasis en el cambio de patrones cognitivos problemáticos como son los pensamientos automáticos negativos y, en último término, creencias o esquemas disfuncionales que están en la base de estos. El objetivo es facilitar el afrontamiento de situaciones asociadas a la perturbación emocional y, en consecuencia, mejorar la calidad de vida y el ajuste emocional y psicosocial a largo plazo.

Aunque modelo cognitivo y modelo conductual parten de supuestos diferentes para la explicación de los trastornos psicológicos¹, la terapia cognitiva, junto a las técnicas cognitivas señaladas, utiliza sistemáticamente técnicas conductuales (por ejemplo, programación de actividades gratificantes o entrenamiento en determinadas competencias). Por ello, la terapia se denomina habitualmente cognitivo-conductual.

Finalmente, a pesar de que en sus inicios el modelo y la terapia cognitiva se aplicaron preferentemente a los trastornos emocionales (por ejemplo, trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico) a lo largo del tiempo otros trastornos han sido objeto de investigación y análisis desde este marco teórico, lo que ha derivado en intervenciones clínicas aplicadas a ellos (por ejemplo, trastornos de la personalidad, trastornos somatoformes y síntomas psicóticos positivos con mala respuesta al tratamiento psicofarmacológico).

Así, la terapia dialéctico-conductual es una terapia derivada de las técnicas cognitivas y conductuales, desarrollada por Linehan²⁶⁴, que fue específicamente diseñada para el tratamiento de personas con trastorno límite de la personalidad, aunque se ha empleado con éxito en adolescentes con depresión y conducta suicida así como en otras patologías. Existen dos partes esenciales en el tratamiento, las sesiones de terapia individual, en las que se trabajan las competencias, y las sesiones grupales, en donde se aprende a usar habilidades específicas.

La terapia dialéctico-conductual, junto con otras terapias como la de aceptación y compromiso o la analítico-funcional, han sido denominadas terapias de tercera generación, puesto que son las variantes más recientes de la TCC.

PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA

El término psicoterapia psicodinámica se refiere a un conjunto heterogéneo de intervenciones psicológicas que se derivan de la teoría psicoanalítica. Varias implementaciones de esta forma de tratamiento enfatizan diferentes aspectos, que incluyen: a) nociones del conflicto psíquico como un aspecto habitual de

1 Básicamente, las formulaciones conductuales consideran que los síntomas son una consecuencia de procesos de aprendizaje. Por ejemplo, de la ausencia de control sobre el ambiente (o indefensión aprendida) o de la carencia de repertorios de conducta reforzados positivamente. Desde este enfoque, los pensamientos negativos característicos de la depresión serían un aspecto más derivado de esos procesos aprendizaje y no tendrían un papel causal en las manifestaciones depresivas. La teoría cognitiva, por el contrario, considera en su explicación de la depresión que procesos de aprendizaje como los señalados estarían en la base de esquemas o creencias disfuncionales con un papel causal en la génesis del trastorno.

la experiencia humana; b) la organización interna de la mente para evitar el *displacer* que surge del conflicto y maximizar la experiencia de seguridad; c) el uso de estrategias defensivas para la manipulación adaptativa de ideas y experiencia con el objetivo de minimizar el *displacer*; d) un enfoque evolutivo de la psicopatología entendida como producto de las consecuencias adversas a largo plazo de adaptaciones en las primeras fases del desarrollo; e) la organización de la experiencia en términos de representaciones internas de las relaciones entre el *self* y los otros a lo largo del ciclo vital y f) la reemergencia esperable de esas experiencias en la relación con el terapeuta. Las psicoterapias psicodinámicas son sobre todo verbales e interpretativas, y se dirigen a la reestructuración de las representaciones de las relaciones, predominantemente, pero no exclusivamente, a través del uso del *insight*²⁶⁵.

Siguiendo a Coderch²⁶⁶, se podrían distinguir instrumentos técnicos característicos de la psicoterapia de apoyo e instrumentos técnicos propios de la psicoterapia psicoanalítica que presentan una gradación progresiva en lo que concierne a un conocimiento y concienciación, por parte del paciente, de su conflictiva intrapsíquica y de los procesos inconscientes que se hallan en la base de sus trastornos.

De las técnicas de psicoterapia que se describen a continuación las tres primeras serían propias de la psicoterapia de apoyo y las tres últimas de la psicoterapia psicoanalítica²⁶⁶:

- *Sugestión*: es el procedimiento técnico que trata de producir en el paciente determinadas ideas, impulsos y formas de comportamiento, o, por el contrario, hacer desaparecer otras ideas, etc., independientemente de su juicio lógico o racional, amparándose, únicamente en el prestigio y autoridad que ante él posee el terapeuta.
- *Abreacción*: consiste en facilitar al paciente la descarga emocional de sus afectos, a través de la verbalización de aquellos hechos o circunstancias que se hallan ligados, consciente o inconscientemente, a ellos.
- *Aconsejamiento*: se mezcla con la sugestión. El terapeuta ofrece indicaciones acerca de nuevas pautas de conducta, alternativas, maneras de resolver situaciones difíciles, caminos a seguir, etc.
- *Confrontación*: en las confrontaciones el terapeuta intenta dirigir la atención del paciente hacia situaciones, conflictos y alternativas que, aun cuando no inconscientes, aquel puede no tener en cuenta en un momento dado o pasar por alto con excesiva rapidez. También es utilizada para focalizar la conciencia del paciente hacia determinadas circunstancias que merecen una reflexión más detenida y cuidadosa de

la que les otorga, o para promover en él un estudio más preciso acerca de sus propias actitudes frente a los otros, ante sí mismo y frente a las diversas situaciones ambientales, o para sopesar más precisamente la calidad y contenido de sus experiencias y respuestas a estas.

- *Clarificación:* en la clarificación, el terapeuta intenta ayudar al paciente a tener un mayor conocimiento de sus sentimientos, de sus formas de relación consigo mismo y con los demás y del significado de su comportamiento a fin de obtener una más precisa comprensión de la organización de su personalidad y de la estructura de sus sistemas de respuesta frente al mundo en el cual vive. Técnicamente, el terapeuta, en su intento de clarificación, resume de una forma más exacta e inteligible aquello que considera esencial del material ofrecido por el paciente
- *Interpretación:* partiendo de la comunicación con el paciente, el terapeuta trata de explicarle aquellos procesos mentales inconscientes que se expresan a través de tal comunicación y que son el verdadero motor de su comportamiento, y, especialmente, de los síntomas clínicos y dificultades personales.

A lo largo del tiempo, el enfoque psicodinámico y la teoría psicoanalítica ha tenido elaboraciones y han surgido desacuerdos respecto a algunos de los supuestos y principios inicialmente propuestos por Freud. Fruto de ello se han desarrollado modelos que difieren en mayor o menor medida y que han dado lugar a formas de psicoterapia psicodinámica particulares (por ejemplo, la psicoterapia individual adleriana, la psicoterapia psicodinámica interpersonal basada en la aportación de Sullivan, el psicoanálisis laciano o la psicoterapia psicodinámica basada en la teoría de las relaciones de objeto). Por otra parte, algunas formas de psicoterapia aun partiendo de los supuestos psicodinámicos (psicoanalíticos) tradicionales ponen el énfasis en procedimientos técnicos específicos como es el caso de las psicoterapias psicodinámicas breves o la psicoterapia psicodinámica de apoyo. Estas psicoterapias psicodinámicas pueden considerarse una extensión del psicoanálisis en las que se da una mayor directividad y focalización en metas concretas de alcance más limitado. A diferencia del psicoanálisis tradicional, el enfoque de la psicoterapia es a corto plazo.

TERAPIA FAMILIAR

Aunque, cuando sea el caso, los distintos enfoques psicoterapéuticos pueden emplearse en un formato familiar, este enfoque pone el énfasis de su explicación de la psicopatología en patrones de comunicación familiar disfuncional y en la noción de sistema, basándose en la teoría de la comunicación humana y en la teoría general de sistemas.

La teoría de la comunicación humana²⁶⁷ identifica comportamiento con comunicación: toda conducta tiene un valor de mensaje y todo mensaje es un comportamiento susceptible de ser modificado

La teoría general de sistemas²⁶⁸ sostiene la imposibilidad de comprender un sistema a través del examen por separado de los elementos que lo componen. Para la comprensión de los sistemas es preciso considerar las relaciones entre los elementos individuales y las reglas subyacentes que los gobiernan.

Aplicada a la psicopatología, la teoría de los sistemas alude a conceptos como la causalidad mutua en el desarrollo y mantenimiento del problema, la inflexibilidad de las reglas que gobiernan el sistema que dificulta la adaptación a los cambios y eventos estresantes y que lleva a desequilibrios que se manifiestan como alguna forma de psicopatología o la función que puede cumplir la conducta sintomática en la regulación del sistema familiar.

El modo de concebir la psicopatología implica que esta psicoterapia sea preferentemente aplicada en un formato familiar.

Gotlib y Colby²⁶⁹ señalan los principios generales de esta aproximación a la terapia:

1. La meta central de la terapia es promover cambios en las pautas de comunicación familiar y conductas que interrumpen las secuencias implicadas en los problemas que llevaron a la familia a terapia.
2. El foco terapéutico es el aquí y ahora más que sucesos de la historia familiar.
3. El terapeuta es un participante activo en el proceso terapéutico.
4. El terapeuta adopta un enfoque de solución de problemas.
5. El terapeuta explora los patrones de interacción familiar implicados en el mantenimiento del problema.
6. La terapia es generalmente a corto plazo.
7. El terapeuta amplía el foco a la familia sin circunscribirse a la conducta sintomática.
8. El énfasis de las sesiones de terapia es el proceso más que el contenido.

En el enfoque familiar de la psicoterapia se pueden distinguir cuatro modalidades principales, que, aun partiendo de principios compartidos (derivados de la teoría de la comunicación y de los sistemas), ponen especial énfasis en determinados aspectos conceptuales y tienen características distintas o variantes en los procedimientos terapéuticos específicos:

1. La terapia comunicacional estratégica
2. La terapia familiar estratégica
3. La terapia familiar estructural
4. La terapia familiar sistémica

TERAPIA INTERPERSONAL

La terapia interpersonal es una forma de tratamiento de particular interés para esta guía, dado que se ha probado su eficacia en varios estudios controlados con pacientes deprimidos y nació específicamente como terapia de mantenimiento para la depresión mayor. Sus fundadores son Klerman y Weissman¹⁴³ y ha sido adaptada para su utilización con adolescentes.

La terapia interpersonal se focaliza en cuatro aspectos clínicamente relevantes en los trastornos depresivos:

1. El duelo. La intervención terapéutica en este área implica ayudar al paciente a reconstruir la relación con la persona perdida facilitando la expresión emocional y elaboración del pesar, así como potenciando el establecimiento de nuevas relaciones.
2. Los conflictos interpersonales en distintos ámbitos (marital, familiar, social y laboral). Ocurren cuando el paciente y otras personas tienen expectativas diferentes de una situación y ese conflicto es de la magnitud suficiente como para provocar un malestar significativo. La intervención supone la identificación de las fuentes de incompreensión del punto de vista del otro que se produce por problemas en la comunicación así como las expectativas irrazonables o inválidas que se pueden mantener. A partir de aquí, se aplican procedimientos de entrenamiento en comunicación, solución de problemas u otras técnicas que ayuden a facilitar un cambio en la situación conflictiva.
3. Las transiciones de rol. Se refiere a situaciones en las que el paciente tiene que adaptarse a un cambio en su vida y circunstancias. Estos cambios pueden derivarse de crisis del desarrollo, ajustes frente a

cambios en el terreno laboral o social así como de la ocurrencia de eventos vitales perturbadores como son las situaciones de pérdida afectiva. En la terapia interpersonal se identifican las fuentes de dificultad en la adaptación al nuevo rol y se buscan modos de afrontamiento de estas.

4. Los déficits en las relaciones interpersonales. Se refiere a aspectos de la conducta interpersonal tales como dependencia u hostilidad excesivas que contribuyen a un pobre ajuste social. En el marco de la relación terapéutica se intentarían cambios adaptativos en dichas pautas de conducta.

Como es obvio, en este tratamiento psicológico se prioriza el aspecto interpersonal del comportamiento, pero no es una terapia familiar. Al mismo tiempo, se focaliza en los problemas que pueden justificar la depresión, pero tampoco es una terapia de resolución de problemas. Es un enfoque que toma ideas y técnicas de otras escuelas y las organiza de una forma original. Así, de manera característica, se emplean conceptos y técnicas de la terapia cognitivo-conductual, experiencial y de apoyo.

Por tanto, la terapia interpersonal no se adscribe a una escuela teórica específica, pero habría que señalar como principales influencias en su desarrollo la psiquiatría interpersonal de Sullivan y Meyer y la teoría del apego de Bowlby.

A lo largo del tiempo, desde su puesta en escena como forma de tratamiento de los trastornos depresivos, la terapia interpersonal se ha adaptado a las peculiaridades de otras psicopatologías como la bulimia nerviosa, la somatización, el abuso de sustancias o el trastorno de estrés postraumático.

La terapia tiene una duración aproximada de entre 12 y 16 sesiones de una hora, con una frecuencia semanal, que se estructuran en una primera fase de evaluación (normalmente las dos primeras entrevistas). A la fase de evaluación le sigue la fase de intervención terapéutica, focalizada en las áreas interpersonales señaladas a lo largo de sesiones siguientes. Las últimas dos sesiones se centran en la terminación de la terapia.

BIBLIOTERAPIA

Es una forma de terapia en la que se selecciona material escrito para que el paciente lea con el fin de tratar sus problemas emocionales y de comportamiento. Se caracteriza por utilizar un formato y modo de aplicación especial y no tanto por la pertenencia a una escuela determinada.

La biblioterapia puede orientarse desde cualquier enfoque psicoterapéutico. Se considera que la intervención del profesional es mínima y que la lectura de los textos da lugar a un proceso de autoayuda a través de la reflexión del propio paciente. Solo ocasionalmente se comentan estas reflexiones con el profesional.