

UNIVERSIDAD DE PALERMO.
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES.
Licenciatura en Psicología.
Trabajo Final de Integración.

“Descripción de un caso de depresión e intención de suicidio en una adolescente de 15 años”.

Autor: PATRICIO A. SOLARI.

TUTORA: Dra. NORA INÉS GELASSEN.

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	1
2.- OBJETIVOS	2
2.1.- OBJETIVO GENERAL.....	2
2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
3.- MARCO TEÓRICO	2
3.1.- ADOLESCENCIA	2
3.1.1.- Definición y características	2
3.2.- PSICOPATOLOGÍA EN LA ADOLESCENCIA	7
3.2.1.- Caracterización general.....	7
3.2.2.- Depresión	9
3.2.2.1.- Definición. Etiología	9
3.2.2.2.- DSM-IV. Particularidades de la sintomatología de la depresión en adolescentes.....	9
3.2.2.3.- Comorbilidad y datos epidemiológicos	12
3.2.2.4.- Comportamiento suicida asociado a la Depresión	12
3.2.2.5.- Alternativas de Tratamiento	16
3.3.- VÍNCULOS INTRAFAMILIARES	18
3.3.1.- La familia, las relaciones familiares y su importancia como contexto del desarrollo en la adolescencia	18
3.4.- PROPUESTA DE TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE DESDE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC)	21
3.4.1.- Conceptos fundamentales de la TCC	21
3.4.2.- Modelo de Depresión desde la TCC de Beck	23
3.4.3.- Evaluación y tratamiento de la depresión adolescente	24

4.- METODOLOGÍA	27
4.1.- TIPO DE ESTUDIO	27
4.2.- PARTICIPANTE	27
4.3.- PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS	27
5.- DESARROLLO	28
5.1.- PRESENTACIÓN DEL CASO	28
5.2.- DESCRIPCIÓN DE LAS PRIMERAS DIEZ (10) SESIONES DEL TRATAMIENTO COGNITIVO- CONDUCTUAL BRINDADO A LA PACIENTE.....	31
5.2.1.- 1° Sesión	31
5.2.2.- 2° Sesión	33
5.2.3.- 3° Sesión	33
5.2.4.- 4° Sesión	34
5.2.5.- 5° Sesión	35
5.2.6.- 6° Sesión	36
5.2.7.- 7° Sesión	36
5.2.8.- 8° Sesión	37
5.2.9.- 9° Sesión	38
5.2.10.- 10° Sesión	39
5.3.- ANÁLISIS DE LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y LA INTENCIÓN DE SUICIDIO EN LA PACIENTE	40
5.4.- ANÁLISIS DE LA EXISTENCIA DE RELACIÓN ENTRE LOS VÍNCULOS INTRAFAMILIARES Y EL INTENTO DE SUICIDIO EN LA PACIENTE	42
6.- CONCLUSIÓN	45
7.- BIBLIOGRAFÍA	50

Depresión e intención de suicidio en una adolescente de 15 años .

1.- INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se desarrolló como parte de la materia Práctica de Habilitación Profesional, de la carrera de Psicología de la Universidad de Palermo. Está basado en la experiencia de 320 horas de práctica laboral que se realizó en un Hospital Interzonal General de Agudos .

Se concurrió al mismo durante un semestre, con una frecuencia de 4 días por semana, en el horario de 09:00 a 13:00 hs.

El área en que se desarrolló la práctica fue dentro del Servicio de Psicología Pediátrica del hospital, que brinda atención a niños y adolescentes.

Esta atención podía tener origen por demanda espontánea de los padres o derivaciones: 1) del Servicio de Pediatría -tanto los casos en que los padecimientos físicos se relacionan con variables psicológicas; como aquellos en que es necesario brindar un apoyo psicológico a pacientes que deben soportar internaciones prolongadas, o intervenciones quirúrgicas complejas, que requieran la realización de psicoprofilaxis previa-; 2) de otros hospitales de la zona; 3) de salas de atención primaria; y 4) de escuelas.

El trabajo en el hospital consistió en la participación en las siguientes actividades:

o Rondas de recorrida en salas de internación pediátrica, relevando información de los pacientes a partir de entrevistas psicosociales, con el objetivo de brindar apoyo psicológico ante la situación de internación pediátrica en la población que lo requiriera.

o Atención de interconsultas sobre pacientes internados en pediatría a solicitud de ese servicio, conjuntamente con los psicólogos y asistentes sociales miembros del equipo.

o Atención ambulatoria de pacientes en consultorios externos, conjuntamente con los psicólogos y asistentes sociales miembros del equipo. Entrevistas a pacientes y a padres.

El caso que motivó el presente trabajo de integración final surgió a raíz de una de las interconsultas que hiciera el servicio de pediatría, sobre una adolescente de 15 años, internada por un episodio de desmayo y desvanecimiento, de causas desconocidas –que posteriormente se determinó que fue debido a intoxicación, producto de la ingesta de ansiolíticos con intención de suicidio-.

2.- OBJETIVOS

2.1.- OBJETIVO GENERAL

Describir un caso clínico único, de depresión con intento de suicidio, en una adolescente de 15 años, paciente de un Servicio de Psicología Pediátrica de un Hospital Interzonal General de Agudos.

2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar la relación existente entre la sintomatología depresiva e intento de suicidio en la paciente.
2. Analizar si en el caso de estudio existe relación entre los vínculos intrafamiliares y el intento de suicidio.
3. Describir las primeras 10 sesiones del tratamiento cognitivo –conductual brindado a la paciente.

3.- MARCO TEÓRICO

3.1.- ADOLESCENCIA

3.1.1.- Definición y características

El término adolescencia proviene del verbo latino “adolescere”, que significa crecer, desarrollarse; y de la palabra “adolescens” que significa ‘el que está creciendo’, y se considera que su primer uso data del siglo XV aproximadamente (Corominas, 1990; Lerner & Steinberg, 2004). Durante la primera parte y mitad del siglo XX, la investigación psicológica sobre esta etapa del ciclo vital consideraba a la misma, en cuanto al desarrollo social y de la personalidad del adolescente, como una etapa tormentosa y estresante, universal y de origen principalmente biológico (Blos, 1962; Freud, 1976; Hall, 1904).

Investigaciones contemporáneas basadas en resultados obtenidos en estudios empíricos contrastan con esta visión, demostrando que la caracterización de la adolescencia como fase de desarrollo vital estresante y tormentosa, ni es un fenómeno universal ni está solamente fundada en el desarrollo biológico (Susman & Rogol, 2004). Es por ello que la perspectiva anteriormente reseñada, fue gradualmente reemplazada por una visión que considera a la misma como un periodo del desarrollo humano en el que se producen múltiples cambios y reorganizaciones a nivel biológico, fisiológico, emocional, cognitivo, conductual y social, (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009), cuyo propósito último es la posibilidad de adaptarse a las expectativas culturales respecto del desempeño del rol de adulto en la sociedad en la que se halla inserto el adolescente (Susman & Rogol, 2004).

Estos autores proponen además un marco teórico sobre el estudio de la adolescencia, como es la perspectiva de la integración dinámica, desde la que entienden al desarrollo en esta etapa como el proceso emergente de diferentes niveles de funcionamiento, que interactúan de manera integrada en un meta proceso bio-psico-contextual, lo que permite una mejor comprensión respecto de modelos que entienden que tal desarrollo ocurre de manera compartimentalizada en cada una de las áreas nombradas.

Desde este modelo puede comprenderse a la ocurrencia de los cambios físicos experimentados en ésta, como integrados con los atributos psicológicos y experiencias del adolescente, la época de ocurrencia de dichos cambios en sus pares, además del contexto social en el que la adolescencia transcurre.

En consecuencia, esta aproximación teórica procura que el foco esté puesto en la integración simultánea de los diferentes niveles de análisis que propone, como ser la interrelación entre las hormonas producidas por el hipo-tálamo, la pituitaria y las gónadas, en lo relativo a los cambios físicos; como la interrelación de los procesos psicológicos y los contextos sociales donde estos ocurren, para producir el desarrollo psicológico (Susman & Rogol, 2004).

En relación a los cambios físicos -biológicos y fisiológicos- que ocurren durante este período son destacables, por un lado los relacionados al aumento del tamaño corporal –aumentos de talla y

peso que configurarán el tamaño del cuerpo del adulto-, y por el otro los relativos al desarrollo sexual.

Respecto de los primeros se observa lo que se conoce con el nombre de estirón del crecimiento, que involucra aumentos de tamaño que suelen comenzar en las extremidades –manos, pies, piernas y brazos, y que dan al adolescente esa imagen desgarbada, como las figuras de las pinturas de Modigliani-; a los que luego les sigue el desarrollo del torso, volviendo el cuerpo a recuperar su proporcionalidad (Morris & Maisto, 2001).

Los signos visibles del desarrollo sexual del adolescente aparecen en diferentes secuencias en ambos sexos. En varones se observa que el primer signo es el crecimiento de los testículos y el agrandamiento del pene hacia los 11 años y $\frac{1}{2}$ de edad, aproximadamente un año antes de la ocurrencia del estirón del crecimiento. Luego les seguirán el crecimiento del vello púbico y posteriormente el vello facial; siendo la modificación del timbre de voz -hacia uno más grave-, uno de los últimos cambios en ocurrir como parte de la maduración sexual masculina. La primera eyaculación suele aparecer hacia los 13 años y $\frac{1}{2}$ de edad, generalmente durante el sueño, siendo poca la producción de esperma durante los comienzos de esta maduración fisiológica. Por su parte en las mujeres se observa que el estirón del crecimiento suele ser el primer indicador de maduración sexual, seguido por el crecimiento de los senos, al mismo tiempo en que, aproximadamente, ocurre el crecimiento del vello púbico; para luego entre los 12 y $\frac{1}{2}$ y los 13 años tener su primera menstruación –menarquía-, hecho que no necesariamente implica que esté en condiciones de engendrar, siendo ésta una capacidad que devendrá desarrollada durante el primer año posterior a la misma (Morris & Maisto, 2001).

En cuanto a su ubicación como etapa del ciclo vital, se posiciona como una transición entre la infancia y la adultez. Representa un gran desafío para la persona que la atraviesa, sobre todo en términos de desarrollo psicológico, puesto que se encuentra en la delicada situación de ya no ser un niño, pero tampoco ser un adulto, resultando entonces relevante la vivencia de desubicación que a veces el adolescente puede sentir, dada la situación de no pertenecer del todo a ninguno de esos dos mundos.

Depresión e intención de suicidio en una adolescente de 15 años 5

Tal desafío -cuyo objeto es el desprendimiento definitivo de la infancia-, influye e involucra también a los padres, ya que el adolescente revoluciona a su medio familiar y social, creándose a veces, un problema generacional que no siempre puede ser resuelto exitosamente (Aberastury, 1971).

En relación a los cambios psicológicos, -que son los que adquieren más relevancia en el análisis del presente trabajo- se producen transformaciones tanto en el rol, como en la autopercepción, la percepción del mundo, y la visión que los demás tienen sobre la persona que está transitándola (Contini de González, 2008).

En cuanto al desarrollo cognitivo, tomando lo postulado por Piaget, se alcanza en esta etapa el estadio del pensamiento operatorio formal, siendo el adolescente capaz de analizar posibilidades, más allá de realidades concretas, pudiendo así elaborar sistemas de razonamiento más complejos, que le permiten reconstruir su universo infantil (Casullo, Bonaldi & Fernández Liporace, 2000).

Desde una perspectiva psicoanalítica (Griffa & Moreno, 2005) se sostiene que esta etapa del desarrollo evolutivo involucra conflictos ligados a la construcción de una identidad adulta y la salida exogámica del núcleo familiar, que implican atravesar un proceso de duelo que comprende tres aspectos: a) duelo en relación con el cuerpo infantil –por el crecimiento del físico y la aparición de caracteres sexuales secundarios, proceso biológico que muchas veces es vivido como impuesto desde el exterior, frente al cual el adolescente es un espectador impotente-; b) duelo en relación con la identidad infantil –por la asunción de nuevos roles y responsabilidades-; y por último, c) duelo en relación con los padres de la infancia –consecuencia del duelo anterior, que implica trascender la dependencia infantil, desidealizar a las imágenes parentales, y lograr la independencia en un marco de necesaria dependencia (Aberastury & Knobel, 1971).

La adquisición de una identidad adulta implica que el adolescente logre un sentido de sí mismo estable, lo que le permitirá el ejercicio pleno de su autonomía y el abandono de la dependencia paterna. Desde una perspectiva psicosocial este proceso es llamado formación de identidad (Erikson, 2000) y comprende una crisis vital entre el logro de una identidad personal, frente a la confusión de roles, como dos posibles destinos de resolución de dicha crisis, en la que la principal tarea vital estará orientada a responder la pregunta ¿Quién soy yo? Según este autor la identidad personal se logra cuando se pueden incluir varios roles en la representación de sí mismo, que funciona como un todo coherente integrado armónicamente; mientras que cuando falla esta integración se producirá la confusión de roles.

Respecto a la relación del adolescente con sus padres, puede decirse que el proceso de duelo que éste atraviesa tiene su correlato en ellos, quienes deben hacer también su duelo por las pérdidas, tanto del cuerpo del hijo pequeño, como por la de su identidad infantil y la relación de dependencia que mantenía con ellos. Los padres en esta etapa son puestos en crisis, siendo juzgados por sus hijos, y tal juicio le permitirá al adolescente el desarrollo y la integración de su propia identidad, diferenciada de la de aquellos. La rebeldía hacia, y el enfrentamiento con ellos, propios de esta etapa, son más dolorosos y conflictivos si el adulto no vuelve consciente sus problemas frente al adolescente. El proceso les exige que realicen un desprendimiento del hijo niño, que les permita evolucionar hacia una relación con el hijo adulto, lo que impone muchas renuncias de su parte (Aberastury & Knobel, 1997).

Y en relación a estos cambios que se producen dentro del contexto familiar, son esperables y característicos en esta etapa, por un lado un aumento de la conflictividad, y por el otro una disminución de la proximidad emocional entre padres e hijos (Paikoff & Brooks-Gunn, 1991). El aumento de la conflictividad se relaciona por un lado con la discrepancia entre las expectativas de padres e hijos acerca de las responsabilidades y privilegios que deberían serle acordados a éstos últimos; y por el otro con la discrepancia entre las normas y valores familiares, y las normas y valores del grupo de pares; factores ambos que incrementan la tensión en la relación familiar y exigen una reorganización de la misma. Y todo ello se enmarca dentro del proceso de desarrollo que implica esta etapa de transición hacia la adultez, que presenta al adolescente el desafío de encontrar un equilibrio entre la necesidad de autonomía y la de proximidad con su familia (Allen, Hauser, Bell & O'Connor, 1994).

Así, lidiar con esta reorganización y renegociación de las relaciones familiares en algunos casos implicará un desafío para la familia y para el adolescente, que podrá incrementar el riesgo de éste de padecer depresión (Rudolph, 2009).

3.2.- PSICOPATOLOGÍA EN LA ADOLESCENCIA

3.2.1.- Caracterización general

Investigaciones contemporáneas coinciden en que el enfoque de la psicopatología evolutiva -o del desarrollo- (Cicchetti & Cohen, 1995a, 1995b; Cicchetti & Rogosch, 2002) resulta el más omnicomprendido para el estudio de esta etapa, permitiendo explicar la conducta normal como la anormal, en tanto variaciones de rasgos integrantes de un mismo "continuum" evolutivo, superando así al modelo anterior, que planteaba una visión polarizada respecto de lo normal y lo patológico, y que las concebía como categorías opuestas y separadas.

Ya desde hace varias décadas (Aberastury & Knobel, 1971), el modelo psicoanalítico -siguiendo los desarrollos de Anna Freud-, también proponía una perspectiva similar, que ponía de manifiesto las dificultades existentes para distinguir entre normalidad y anormalidad en esta etapa, conceptualizando lo que llamaron "el síndrome normal de la adolescencia". El mismo permite comprender la paradoja del desarrollo que tiene lugar en ésta, ya que se observó que el adolescente puede presentar conductas propias de procesos que, si bien en la etapa adulta serían categorizados como psicopatológicos -actuaciones con características maníacas, psicopáticas, fóbicas, contrafóbicas o esquizoparanoideas-, dentro de ésta se los entiende como parte de una evolución saludable, siendo entonces anormales aquellas situaciones en las que la adolescencia discurre como proceso equilibrado y estable (Freud, 1976).

La psicopatología evolutiva procura entonces comprender la integración de los sistemas bio-psicosociales de la persona, para en función de ella, explicar la conducta adaptada y desadaptada dentro de un marco organizacional que también incluya a la influencia que poseen las vicisitudes del ciclo vital, consideradas tanto como factores de riesgo y predisponentes al desarrollo de procesos psicopatológicos; como también factores de salud y protectores para el logro de un desarrollo normal (Lemos Giráldez, 2003).

Es así que, desde la propuesta de este modelo, la fortaleza o la vulnerabilidad del adolescente frente a los trastornos psicopatológicos dependerán del funcionamiento organizado o desorganizado de los sistemas mencionados, en un marco de necesaria interacción dinámica entre los mismos.

Entre los factores de protección, que son aquellos cuya presencia -tanto en el individuo como en su entorno-, disminuyen las probabilidades de padecimiento de un proceso psicopatológico, y contribuyen al desarrollo sano y el mantenimiento y/o aumento de la salud mental, pueden destacarse: los cuidados estables recibidos cuando niño; tener una familia emocionalmente contenedora; mantenimiento de la escolarización formal; capacidad para resolver problemas; percepción de las propias competencias y la autoeficacia, reforzamiento de éstas por parte de su

entorno significativo –familia, escuela, pares-; el atractivo social que pueda generar en compañeros y adultos que lo rodean; la identificación con modelos competentes; poseer locus de control interno; entre otros (Lemos Giráldez, 2003).

Mientras que entre los factores de riesgo, que contrariamente a los anteriores son aquellos cuya presencia -tanto en el individuo como en su entorno-, aumentan las probabilidades de padecimiento de procesos psicopatológicos, destacan: familia con pobres vínculos entre sus miembros; violencia intrafamiliar; baja autoestima; pertenecer a un grupo con conductas de riesgo –consumo de alcohol, de drogas, sexualidad sin protección, delincuencia juvenil-; deserción escolar; proyecto de vida débil; poseer locus de control externo; entre otros (Burak, 2001; Páramo, 2011)

Sin embargo, y más allá de la presencia de ambos tipo de factores referenciados, este modelo asigna también capital importancia al hecho de que la persona ejerce un rol activo en la dirección de su desarrollo, por lo tanto sus elecciones y su capacidad de autoorganización influirán también críticamente al mismo (Lemos Giráldez, 2003).

Entonces la psicopatología o la salud mental serán el producto de la integración dinámica de los sistemas bio, psico, afectivo, sociales; interactuando conjuntamente con los mecanismos de vulnerabilidad o protección que estén presentes, y con la capacidad de autoorganización de la persona; todo lo cual permite también explicar las diferencias interpersonales en el curso del desarrollo. Dos personas podrían padecer el mismo trastorno pero fruto de una interacción de factores distinta en cada uno –fenómeno de equifinalidad, como se lo conoce en la teoría general de los sistemas-, o una misma interacción de factores en dos sujetos podría desembocar en trastornos diferentes en cada uno de ellos –fenómeno de multifinalidad-, dependiendo de la dinámica de interacciones mutuas que se produzcan dentro de la historia personal (Lemos Giráldez, 2003).

3.2.2.- Depresión

3.2.2.1.- Definición. Etiología

¿De qué hablamos cuando se habla de depresión? Esta pregunta surge y resulta pertinente para el presente trabajo, dado el carácter polisémico del término, por lo que es preciso abordar en primer lugar este problema semántico. Siguiendo a Casullo (1998) puede interpretarse al término de diferentes maneras: 1) como un sentimiento o estado emocional transitorio; 2) como síntoma, expresión de estado anímico decaído; 3) como síndrome –conjunto integrado de signos y síntomas simultáneos- sin etiología definida, y que pueden estar presentes en otras condiciones clínicas; 4) como cuadro clínico psicopatológico, es decir como trastorno mental considerado en su dimensión diacrónica, cuyo diagnóstico requiere la presencia de un conjunto complejo de síntomas y criterios de exclusión e inclusión. Será en este último sentido en el que se la tratará en el presente trabajo. Entonces la depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza principalmente por la presencia de episodios de estado anímico decaído, tristeza, pensamientos negativos, y alteraciones en el sueño y el peso (Carr, 2002).

Perspectivas contemporáneas (Mojarro Práxedes, 2008; Verduyn, Ro-gers & Wood, 2009) coinciden en que la etiología de este trastorno es multifactorial, pudiendo involucrar factores biológicos como desequilibrios bioquímicos –vgr. disfunciones en los niveles de la serotonina, el cortisol o de la hormona de crecimiento, alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal-, los

que se manifiestan de forma diferente que en los adultos (Zalsman, Shoval, & Rotstein; 2009), y/o factores ambientales –vgr. acontecimientos vitales estresantes, ambientes familiares hostiles, etc.-.

3.2.2.2.- DSM-IV. Particularidades de la sintomatología de la depresión en adolescentes

El DSM IV (American Psychiatric Association [APA], 2002) la incluye como una de las especies dentro de la categoría de los trastornos del estado de ánimo, dentro de la cual distingue, por un lado a) los episodios afectivos -que incluyen al episodio depresivo mayor, el episodio maníaco, el mixto y el hipomaníaco-; y por el otro b) los trastornos depresivos, los trastornos bipolares y otros trastornos del estado de ánimo.

Los criterios principales que caracterizan al episodio depresivo mayor, según el manual, son los siguientes:

A.- Presencia de por lo menos 5 síntomas, entre los cuales deben encontrarse: un estado de ánimo depresivo –que en niños o adolescentes puede ser un estado de ánimo irritable-; ó pérdida de interés o capacidad para el placer; ambos la mayor parte del día o cada día. Entre otros síntomas: Pérdida o aumento importante de peso sin hacer régimen; agitación o enlentecimiento motor; fatiga o pérdida de energía; insomnio o hipersomnia; sentimientos de inutilidad o culpa exacerbados; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse; pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente o intento de suicidio o plan para suicidarse. Todos éstos deben ocurrir durante un período de 2 semanas y en una frecuencia diaria o casi diaria.

B.- Dichos síntomas no cumplen criterios para un episodio mixto, no son debido a efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica.

C.- Producen malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral o de otras áreas de interés de la persona.

D.- La sintomatología no se explica mejor por la presencia de un duelo.

El diagnóstico de trastorno depresivo mayor episodio único (TDM), según esta clasificación, requiere de la ocurrencia de un solo episodio depresivo mayor, y establece como criterios de exclusión que: dicho episodio no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo, ni ocurre superpuesto con una esquizofrenia u otro trastorno psicótico; y requiere que nunca se hayan producido episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos; además de los criterios de exclusión anteriormente nombrados.

En población adolescente el diagnóstico se realiza ante la presencia de ánimo depresivo y anhedonia, conjuntamente con la presencia de otros cuatro síntomas de las áreas psicomotora, cognitiva y vegetativa. La sintomatología puede manifestarse de forma diferente que en los adultos (APA, 2002).

En efecto, a menudo se observa que a nivel emocional, en vez de ánimo deprimido puede manifestarse un ánimo irritable o ansioso –o ambos combinados-; y a nivel somático se observa que la dificultad de alcanzar el peso esperado a la talla según edad, ocurre en lugar de las pérdidas o aumentos significativos de peso o de apetito, que se presentan en adultos (Essau & Olendick, 2009). Además a este nivel también se observan pérdida de interés en el sexo, y trastornos en el

ciclo de sueño-vigilia, síntomas que han sido correlacionados con alteraciones en la regulación de funciones neurofisiológicas, hormonales e inmunitarias (Carr, 2002).

El mismo autor señala que en el área interpersonal se observa un deterioro de las relaciones con familiares, amigos, profesores y otras personas significativas. Los adolescentes con depresión suelen describirse a sí mismos como solitarios, y se ven imposibilitados de realizar los pasos necesarios para establecer y mantener las relaciones con otros.

Mientras que en el área cognitiva, los adolescentes deprimidos se describen a sí mismos, el mundo y el futuro en términos negativos, mostrándose desesperanzados, y suelen ser muy autocríticos al evaluar sus logros en diferentes áreas –deportes, rendimiento académico, relaciones sociales, música, etc.-. Esta autoevaluación tan severa puede manifestarse también en forma de sentimiento de culpa por no poder satisfacer ciertos estándares autoimpuestos de rendimiento o por considerarse por debajo de las expectativas de los otros. Se observa además la presencia de errores en el razonamiento, también llamados distorsiones cognitivas como ser, la maximización de eventos negativos, y la minimización de los eventos positivos que ocurren en sus vidas, y su nivel de participación en los mismos –mayor en los negativos, menor en los positivos-, entre otros (Carr, 2002).

Otros autores destacan también que en adolescentes la depresión puede manifestarse sintomatológicamente a través de conducta antisocial, uso de sustancias, inquietud, mal humor, agresividad, retraimiento, problemas familiares y escolares, y sentimientos de aislamiento, deseos de abandonar el hogar o de no ser comprendido y aprobado (Mojarro Práxedes, 2008)

En casos de depresión severa en adolescentes también se observa que la sintomatología descrita suele estar asociada con ideas suicidas (Verduyn, et. al., 2009), pudiendo ocurrir intentos de suicidio.

3.2.2.3.- Comorbilidad y datos epidemiológicos

Es poco frecuente que el trastorno depresivo en adolescentes se presente de manera aislada. Por lo general el mismo suele presentarse con síntomas concurrentes con trastornos de ansiedad o de conducta en proporciones de entre el 50% y el 80% de los casos (Angold & Costello, 2001; Goodyer & Cooper, 1993).

Algunos adolescentes pueden utilizar alcohol o drogas buscando infructuosamente sentirse mejor, pero los efectos posteriores de las mismas -vgr. cocaína-, pueden causar irritabilidad y un estado depresivo (Barker, 2004).

La depresión no es un trastorno infrecuente en la adolescencia y se observa una mayor prevalencia en este grupo etario que en niños (Angold, Costello & Worthman, 1998a; Harrington, 1993; Olsson & Van Knorring, 1999).

Las tasas de prevalencia de TDM en adolescentes se hallan entre el 0.4% y el 8,3% de la población (Birmaher et al., 1996).

También se han encontrado diferencias de género en cuanto a la distribución de la misma, siendo más frecuente en mujeres que en hombres. A la edad de 15 años la proporción es de 2 a 1, igual que la proporción existente en adultos (Angold & Costello, 2001).

3.2.2.4.- Comportamiento suicida asociado a la Depresión

Como fuera indicado más arriba, entre los síntomas del TDM se puede incluir algún comportamiento suicida como la ideación suicida y la realización de un intento de suicidio, que en población adolescente pueden observarse en los casos de mayor severidad.

En la literatura contemporánea, Casullo et. al. (2000) y Mojarro Práxedes (2008) indican que existe una triple categorización de tales comportamientos:

1. Ideaciones suicidas: Se incluyen a los procesos cognitivos y afectivos como ser sentimientos de desesperanza, ideas, fantasías y planes para quitarse la vida, preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción.
2. Parasuicidios: Son los actos deliberados que no pretenden el resultado de la propia muerte, pero que provocan daños en quienes los realizan. Comprenden conductas como gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia.
3. Suicidios: Son todas las muertes producidas como resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima, quien conscientemente busca el logro del resultado muerte.

Casullo et. al. (2000), sostienen que el suicidio es un acontecimiento vital complejo que comprende factores biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales, filosóficos y religiosos; que excede a la conceptualización del mismo como una entidad psicopatológica o una reacción severa ante situaciones angustiantes. Incluso, destacan que puede resultar un comportamiento funcional, desde la óptica de la persona que decide quitarse la vida, atento a que con él puede poner fin a una situación de sufrimiento existencial insoportable.

Las mismas autoras indican que no todo comportamiento suicida implica la existencia de una voluntad deliberada y consciente de quitarse la vida, pues muchas veces se busca expresar con éste sentimientos de desesperanza, desesperación y enojo.

Desde lo que denominan un marco teórico cognitivo-mediacional-psicodinámico -que integra diferentes modelos para el abordaje de esta problemática- proponen que se entienda al adolescente a) como sujeto integrante de un sistema familiar específico en el que incorpora creencias, valores y significaciones en relación a la vida, a un proyecto de vida y a la muerte, que operan tanto a nivel consciente como inconsciente; b) como un sujeto contextualizado históricamente y socio-culturalmente, que tiene experiencias vitales dentro de ese contexto y que son interpretadas y comprendidas en función de lo aprendido en su seno familiar y las posibilidades que le brinda su sistema neurobiológico; y c) cuyos comportamientos concretos relacionados con el suicidio están asociados tanto a factores concurrentes (su sistema neurobiológico, historia personal y social, grado de salud mental), y factores precipitantes (experiencias vitales percibidas como muy estresantes, incapacidad para resolver problemas y falta de estrategias de afrontamiento).

Orbach (1997) propone la siguiente categorización de los comportamientos suicidas en adolescentes:

1. Depresivo Perfeccionista: Comprende a personas con un Superyó muy rígido, muy autoexigentes en términos de rendimiento y con altas expectativas de logro. Exhiben una fuerte necesidad de aprobación social y tendencia al cumplimiento de las normas sociales, siendo muy vulnerables a las críticas y a situaciones de fracaso. Tienden a internalizar sentimientos hostiles y agresivos, y generalmente fueron criados en familias simbióticas muy conflictivas.

2. Impulsivo: Comprende a personas con baja tolerancia a la frustración, irritables, incapaces de alojar sentimientos negativos y con tendencias al 'acting out' –actuación- de sus conflictos. Presentan alta sensibilidad al rechazo por otros y tienen dificultades en la resolución de situaciones problemáticas. Estas características se asocian con una crianza en familias violentas.

3. Desintegrado: Incluye a personas que padecen estados severos de ansiedad y miedo a la pérdida de identidad, tienden marcadamente al auto-control y la irritabilidad desmedida. Suelen presentar ataques de pánico o trastornos de tipo esquizofrénico.

Datos epidemiológicos revelan que el suicidio es una problemática que se ubica entre las diez causas de muerte más frecuentes en los países industrializados, particularmente entre los grupos más jóvenes de la población -15 a 24 años- (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002). En nuestro país, para el mismo grupo etario, el suicidio se ubica en el 2° lugar de las causas de mortalidad (Ubeda, 2005).

Entre los factores de riesgo para comportamientos suicidas (Casullo, 2004), se destacan los siguientes, que pueden encontrarse clasificados en diferentes categorías: 1) neurobiológicos (vgr. desequilibrio en neurotransmisores);

Depresión e intención de suicidio en una adolescente de 15 años 15

2) psicopatológicos (trastornos psiquiátricos, vgr. depresión, abuso de sustancias); 3) cognitivos (vgr. pobres habilidades para resolver problemas); 4) características de personalidad (vgr. ambición, impulsividad, apatía y pesimismo, rigidez cognitiva, rechazo a recibir ayuda, etc.); 5) experiencias vitales traumáticas (vgr. violaciones sexuales muy agresivas); 6) desarrollo personal (vgr. tras-tornos en la identidad sexual); 7) ambientales (vgr. acceso a armas de fuego, fármacos u otros medios que puedan usarse para atentar contra la propia vida); 8) psicosociales (vgr. desempleo, problemas laborales); 9) familiares (vgr. familias disfuncionales y/o violentas, problemas matrimoniales en familias inestables).

Una investigación realizada por Hollis (1996) obtuvo como resultado que el riesgo de comportamiento suicida –tanto ideaciones, como amenazas e intentos- es cuatro veces mayor en adolescentes deprimidos, en comparación con adolescentes sin depresión.

Se ha observado también que el riesgo suicida aumenta en aquellos adolescentes que han cometido un intento, pues esa experiencia previa predispone a la ideación y al comportamiento suicida, conformando los llamados es-quemas orientadores y modelos suicidas (Spirito & Overholser, 2003). Dichos esquemas y modelos pueden volverse más accesibles para la persona, viéndose así facilitada su activación frente a situaciones estresantes, volviendo al suicidio una solución aceptable frente a los problemas vitales, como un modo desesperado de lidiar con intensas reacciones emocionales.

Los mentados autores destacan que las disrupciones que producen cambios negativos y duraderos en la vida de las personas –vgr. problemas familiares, problemas en la relación con el grupo de pares o problemas escolares-, son los principales factores precipitantes del intento de suicidio en la adolescencia.

Dentro de tales eventos estresantes, los conflictos en las relaciones intrafamiliares, como la carencia de apoyo afectivo por parte de las figuras parentales, la presencia de normas familiares muy rígidas relativas a las conductas socialmente aceptables (Casullo, Contini de González & Fernández Liporace, 2005), dificultades para lograr la formación de identidad y la separación de los padres, suelen ser factores altamente asociados al comportamiento suicida en la adolescencia.

3.2.2.5.- Alternativas de Tratamiento

La psicología y la psiquiatría proponen hoy diferentes alternativas de tratamiento para el abordaje de la depresión adolescente.

Mojarro Práxedes (2008) sugiere que se elijan de manera personalizada, teniendo en consideración el estado de desarrollo del adolescente, el nivel de gravedad de su padecimiento, sus recursos psíquicos, factores de riesgo y de protección particulares, entre otros.

La misma autora y otros investigadores (Bunge, Gomar & Mandil, 2010; Carr, 2002) proponen una aproximación multimodal que incluya psicoeducación, psicoterapia individual, intervención familiar y farmacoterapia.

En relación a qué tipo de tratamiento debe ser la primera elección, Mojarro Práxedes (2008) y Verduyn, et. al., (2009) señalan que existe un amplio consenso acerca de que la terapia cognitivo conductual –sobre la que se desarrollará en un apartado posterior del presente trabajo- es la que mejores resultados ha dado en diversas investigaciones sobre eficacia, para tratar depresiones leves y moderadas; siendo la farmacoterapia –en conjunto con la psicoterapia- la terapéutica más adecuada para los casos de algunas depresiones moderadas que no respondan a la psicoterapia, las depresiones severas y las depresiones psicóticas.

Entre las alternativas farmacológicas, los mismos autores junto con Zalsman et. al. (2009) refieren que existen diferentes grupos de psicofármacos para el tratamiento del TDM, entre ellos:

1. Antidepresivos Tricíclicos (ATC). En los años '80 fueron el primer grupo de antidepresivos utilizado en adolescentes y niños, pretendiéndose extrapolar –sin base científica sólida, como refieren Zalsman et. al. (2009)- los buenos resultados obtenidos en adultos, población para la que originariamente fueron creados. Los autores señalan que diferentes estudios posteriores han mostrado que su eficacia en niños y adolescentes es pobre, a diferencia de lo que ocurre en adultos, lo que junto con los comprobados y frecuentemente fuertes efectos secundarios que provocan -como vértigo, sequedad bucal, retención urinaria, constipación y taquicardia entre otros- los vuelven una opción poco recomendable.

2. Inhibidores de la Recaptación de Serotonina (IRSS). Al igual que los ATC, fueron indicados a población adolescente y niños a partir de sus resultados positivos en adultos. Actúan como antidepresivos y también como ansiolíticos, están considerados el tratamiento farmacológico de primera elección para la depresión por su eficacia en la remisión de síntomas, facilidad de uso, su

idoneidad para el tratamiento de mantenimiento, su baja mortalidad tras sobredosis y sus pocos efectos secundarios. Éstos son significativamente más leves y menos frecuentes, y su cardiotoxicidad en casos de sobredosis es mucho menor que los efectos secundarios y cardiotoxicidad de los TAC, resultando por ello una mejor elección. Los autores indican que los más recomendables son la fluoxetina, sertralina y paroxetina, siendo específicamente la fluoxetina la que ha dado mejores resultados en niños y adolescentes (Emslie et al., 1997; citado en Zalsman et. al., 2009), siendo el fármaco más utilizado en el tratamiento de la depresión adolescente. Entre sus efectos secundarios, que dependen de la dosificación –cuanto mayor sea ésta, mayor probabilidad de ocurrencia de los mismos- y que generalmente son moderados se incluyen: náuseas, diarrea, falta de apetito, aumento o disminución de peso, dolores de cabeza, agitación motriz –similar a la acatisia-, temblores, insomnio o hipersomnia, anorgasmia, y en algunos casos pueden desencadenar un episodio hipomaniaco o maniaco. Se ha observado también que en algunos casos pueden aumentar el riesgo suicida, al incrementar la ideación y el comportamiento suicida en niños y adolescentes con depresión y otros trastornos mentales, por lo que se recomienda contrapesar este riesgo con la necesidad clínica de tratar la depresión, que por sí misma puede también llevar al suicidio (Zalsman et. al., 2009). Los estudios actuales sobre los IRSS indican que siguen siendo la mejor elección para el tratamiento farmacológico de esta problemática, por lo que, para contrarrestar este riesgo, Zalsman et. al. (2009) recomiendan un seguimiento intensivo del paciente para prevenir cualquier comportamiento o ideación suicida; y para el caso de pacientes expuestos a varios factores de riesgo de suicidio sugieren considerar la opción de incluirlos en un dispositivo de hospital de día o internación, al menos en el inicio del tratamiento.

3.3.- VÍNCULOS INTRAFAMILIARES

3.3.1.- La familia, las relaciones familiares y su importancia como contexto del desarrollo en la adolescencia

La familia constituye el grupo social originario en el cual el ser humano se inserta social y culturalmente, y aprende y pone en ejercicio su capacidad para establecer y mantener relaciones sociales (Rodríguez Gutiérrez, 1994).

Dentro de ella se dan múltiples relaciones entre los distintos miembros que la componen, y generalmente están organizadas en forma de díadas. Así el adolescente forma estas díadas con su madre, su padre, sus hermanos/as, abuelos/as y sus tíos/as (Collins & Laursen, 2004).

Las relaciones familiares tienen una implicancia de largo alcance en los adolescentes en diferentes áreas, ya sea en las relaciones que establecen con otros -sus pares, profesores, otros adultos, relaciones románticas-; en el rendimiento académico, como en la elección vocacional/profesional (Collins & Laur-sen, 2004). También se ha observado que las relaciones entre el adolescente y sus padres suelen ser las de mayor influencia, ya que dan forma a las decisiones importantes a las que el adolescente se ve confrontado en su crecimiento –vgr. elección de pareja, elección de carrera o trabajo, etc.- (Steinberg & Silk, 2002).

Cumplen un rol fundamental en el desarrollo del mismo, ya que los patrones de acción, la cualidad emocional de éstos, además de la calidad de la comunicación en la interacción entre madre, padre e hijos, son factores directamente relacionados con la adquisición de competencias psicosociales

como ser una conducta autónoma y responsable, mayor nivel de desarrollo yoico, y una actitud exploratoria en la formación de la propia identidad (Collins & Laur-sen, 2004; Valdés et. al, 2003), contribuyendo todo ello en largo plazo tanto al desarrollo de una autoestima saludable, como al de un sentimiento de confianza en el apoyo familiar, que servirá de sostén al adolescente en sus exploraciones por fuera de la familia en la búsqueda de su independencia.

Hauser, Powers & Noam (1991) proponen una clasificación de las inter-acciones familiares en base al estudio de las mismas en dos planos, el cognitivo y el afectivo. Así, según el modo en que la familia contribuye o perjudica el desarrollo yoico o individuación de sus miembros en estos planos, la misma puede clasificarse en habilitadora u obstaculizadora respectivamente. Estos autores sostienen que las familias habilitadoras se caracterizan por promover la autonomía, y sus miembros expresan recíprocamente interés en los pensamientos y emociones de cada uno, desarrollando procesos conjuntos de resolución de problemas. Por el contrario, en las familias obstaculizadoras predominan interacciones que se caracterizan por descalificar, enjuiciar, ignorar, evadir o mostrar indiferencia por los pensamientos y emociones de los otros miembros, dando como resultado una mayor distancia emocional, dificultando el lo-gro de la individuación.

Distintas investigaciones (Allen, Hauser, Bell & O'Connor, 1994; Lam-born, Mounts, Steinberg & Dornbusch, 1991, citados en Collins & Laursen, 2004) relacionan mayores niveles de madurez en las competencias recién referidas con relaciones entre padres e hijos que se caracterizan por comporta-mientos que estimulan tanto la individuación –vgr. permitir la expresión de uno mismo y sus propias opiniones-, como la proximidad –vgr. el sentimiento de unión con miembros de la propia familia-.

Además, la percepción por parte del adolescente, de la existencia de una comunicación abierta, disponible y emocionalmente rica entre él y sus padres –que se traduce en la experiencia de sentimientos de confianza en relación al afecto que éstos le tienen, y a la posibilidad de expresar diferencias cognitivas con ellos sin que el afecto se ponga en peligro- se ha visto asociada a una disminución en la frecuencia y a una menor gravedad del tipo de comportamientos de riesgo en los que se involucran (Florenzano, 1981, 1998; citados en Valdés et. al., 2003).

En contraposición, otros estudios mostraron que patrones de interacción negligentes por parte de los padres hacia los adolescentes, consistentes en la existencia de pobres expectativas sobre éstos, poco involucramiento en su vi-da, y una actitud centrada en sí mismos, que rechaza o ignora las demandas de proximidad del hijo adolescente, se encuentra asociados a mayores niveles de comportamiento antisocial, abuso de sustancias y niveles de madurez y de logro más bajos (Lamborn, et al., 1991; Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts & Dornbusch, 1994; citados en Collins & Laursen, 2004). Además, los conflictos en la relación marital afectan negativamente las relaciones entre el adolescente y sus padres; y la existencia de peleas crónicas o elevados niveles de conflicto en la relación entre padres e hijos es otro factor altamente asociado con dificultades para el logro de un ajuste psicosocial adecuado (Collins & Laursen, 2004, Smetana, 1996).

Se ha observado también que los problemas en las relaciones familiares son uno de los principales estresores interpersonales, y aumentan el riesgo de padecer depresión (Rudolph, 2009). Por ejemplo, un contexto familiar de adversidad temprana, es decir uno en el que exista depresión parental u otras interrupciones familiares severas como el divorcio de los padres, el desarrollo de un apego inseguro entre el niño y éstos, poco apoyo parental, elevado conflicto entre padres e hijos,

el maltrato y el abuso infantil, o las dificultades que los padres presenten en su propia socialización.

De igual forma, el mismo autor destaca que la respuesta del adolescente a los desafíos de la socialización puede verse afectada por la exposición a de-presión materna, pues se ha observado que ésta puede actuar como modelado de un afrontamiento poco eficaz, o influyendo en la enseñanza de prácticas de socialización explícitas (vgr. enseñando abiertamente la madre a su hijo/a una respuesta evitativa frente a situaciones sociales estresantes, como ser una discusión con un amigo o una figura de autoridad –profesor/a o director/a de la escuela-).

Y además, la exposición a las disrupciones familiares severas ya reseñada, o pérdidas de miembros de la familia también pueden generar un sentimiento de falta de control, que resulte en una respuesta menos activa, con menor capacidad de planeamiento frente al estrés, con poca iniciativa social y una tendencia a la evitación de situaciones sociales estresantes. También se ha visto que un historial de adversidad puede incrementar la vulnerabilidad para la producción de una respuesta depresiva frente a situaciones de estrés interpersonal, provocando un aumento del nivel de depresión incluso frente a situaciones de poco estrés (Rudolph, 2009).

Por último, respuestas dadas por jóvenes y sus padres en investigaciones en las que se analizó si existía relación entre las disrupciones familiares y la depresión adolescente, mostraron una correlación positiva entre ambas, des-tacando además que las disrupciones familiares se reflejaban en relaciones entre padres e hijos caracterizadas como frías y distantes, menos íntimas y emocionalmente poco satisfactorias (Herman-Stahl & Petersen, 1999; Puig-Antich et al., 1993, citados en Rudolph, 2009); como asimismo en estilos parentales rígidos, controladores y críticos (Frye & Garber, 2005; Garber, Robinson, & Va-lentiner, 1997, citados en Rudolph, 2009). En comparación con adolescentes que no padecen depresión, los que sí padecen han caracterizado a sus familias como poco cohesivas, rígidas, poco abiertas a la expresión emocional, y conflictivas (Hops, Lewinsohn, Andrews, & Roberts, 1990; Sheeber & Sorensen, 1998, citados en Rudolph, 2009).

Concordantemente con esos reportes de adolescentes y sus padres, se ha observado que las madres de adolescentes que padecen depresión muestran un mayor enojo, y se comportan de manera más dominante y menos facilitadora durante las interacciones con sus hijos/as en comparación con madres de hijos que no padecen depresión. (Kobak, Sudler, & Gamble, 1991, Sheeber & Sorensen, 1998, citados en Rudolph, 2009).

3.4.- PROPUESTA DE TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE DESDE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC)

3.4.1.- Conceptos fundamentales de la TCC

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es una propuesta de tratamiento psicológico estructurada, cuyo objetivo es ayudar a las personas a enfrentar sus padecimientos psíquicos, permitiéndoles entender la relación existente entre pensamientos, emoción y conducta (Verduyn, et. al. 2009), para a través de esa comprensión lograr que flexibilicen los modos patológicos de procesar la información (Bunge, et. al. 2010).

Aaron T. Beck es uno de sus máximos investigadores y ha creado numerosas técnicas psicoterapéuticas para el abordaje de diferentes padecimientos mentales (Camerini, 2004).

Propone -como premisa fundamental del modelo- que los pensamientos ejercen una influencia sobre las emociones y la conducta. Sentado esto, afirma que son entonces los significados que la persona asigna a sus experiencias vitales –más que las experiencias en sí- los que determinan su respuesta ante las mismas. Tales significados son construidos en función del patrón idiosincrásico de pensamiento que sobre sí mismo, los otros, el mundo, el pasado y el futuro, cada persona posee; y que configura -a modo de diálogo interior- la interpretación de los acontecimientos, que es la que determinará la manera en que la persona se sentirá, actuará y se activará fisiológicamente (Beck & Clark, 1997).

Indica además que existen tres diferentes niveles de pensamiento, que son los que dan forma a la percepción o interpretación de las situaciones vitales, y que actúan como partes integrantes de un sistema de procesamiento de la información jerárquicamente organizado de la siguiente manera (Beck, 2000):

1. Pensamientos Automáticos: Son pensamientos evaluativos, veloces y breves que ocurren sin control consciente, que proporcionan una primera evaluación rápida de una situación. No son producto del razonamiento, sino que brotan automáticamente en forma verbal, como diálogo interno; y/o visual, como imágenes, y son específicos para cada situación. Es el nivel más superficial de la cognición, que influye en el estado de ánimo de manera casi imperceptible, por su carácter mayormente inconsciente.

2. Creencias Intermedias: Comprenden a las actitudes –vgr. “estar triste es insoportable” -, las reglas y/o expectativas –vgr. “debo acabar con la tristeza” - y las presunciones –vgr. “si me mato puedo acabar con la tristeza”- Es el nivel intermedio, a menudo estas actitudes, reglas y presunciones no son expresadas, e influyen en la forma de ver una situación, y esa forma de ver la situación condiciona el modo de sentir, pensar y actuar.

3. Creencias Nucleares: Constituyen el nivel más esencial y profundo de interpretación que influye sobre los otros dos niveles. Son globales, rígidas y se generalizan excesivamente. Se constituyen desde la infancia, son tan profundas que no suelen ser expresadas. Son el significado o contenido cognitivo de los esquemas.

Beck explica que los esquemas son las estructuras centrales de significado, es decir cuerpos de conocimiento almacenado que la persona tiene, por ejemplo sobre sí mismo y sobre sus experiencias pasadas, y que están formadas por sus creencias y reglas más profundas e idiosincrásicas. Son generalmente inconscientes y funcionan como organizadores de la experiencia y la conducta. Como fuera dicho, se desarrollan en la infancia y se van reforzando a lo largo del tiempo, viéndose consolidados en la adolescencia y los primeros años de la edad adulta, fruto de la repetición de experiencias de aprendizaje. Y a diferencia de los adultos, los esquemas de los niños no suelen estar tan arraigados por lo que resulta más fácil su modificación cuando son disfuncionales (Abela & Hankin, 2009; Friedberg & McClure, 2005).

Cuando las personas se ven expuestas a cualquier situación suelen activarse los esquemas – cognitivos, emocionales, motivacionales, conductuales y de control- más relevantes en relación a la misma. Éstos entonces organizan la manera en que la persona percibirá, interpretará, se sentirá

y actuará en tal situación. Y también se ponen de manifiesto ante la presencia de estresores, los que para cada cual serán particulares, ya que no todos reaccionan de la misma manera ante eventos idénticos (Verduyn, et. al., 2009).

3.4.2.- Modelo de Depresión desde la TCC de Beck

Este modelo propone como hipótesis que las experiencias negativas de la infancia –como la existencia de pobres relaciones afectivas en el hogar, padres excesivamente críticos, o experiencias de fracaso escolar, etc.- son la base sobre la que se estructuran esquemas negativos acerca de uno mismo, el mundo y el futuro; que a su vez predisponen a la persona a desarrollar estilos de pensamiento negativo. Estas experiencias abonan el terreno para que la autoestima se vea disminuida. Presentando entonces esta vulnerabilidad, la persona está mucho más expuesta a desarrollar síntomas depresivos cuando enfrente nuevas experiencias vitales críticas (Verduyn, et. al., 2009).

Los pensamientos negativos y las distorsiones cognitivas afectan el estado de ánimo deprimiéndolo, y ese ánimo deprimido produce un aumento de la frecuencia e intensidad de pensamientos negativos, que afectarán también a la conducta, generándose así un círculo vicioso en el que se retroalimenta la tríada depresora de pensamiento-emoción-conducta (Verduyn, et. al., 2009).

Continúan los autores destacando que lo que deviene fundamental en la posibilidad de desencadenar un proceso depresivo no es la ocurrencia o no de situaciones adversas en la vida de la persona –de hecho todos estamos ex-puestos a algún nivel de adversidad a lo largo de nuestras vidas-, sino más bien la forma en que las personas perciben y procesan esas situaciones adversas.

3.4.3.- Evaluación y tratamiento de la depresión adolescente

Existe abundante evidencia empírica que respalda el hecho de que la intervención sobre el procesamiento individual de información incide de manera importante sobre las emociones y la conducta, pudiendo lograr la modificación de las mismas, por otras respuestas emocionales o conductuales más adaptativas para la persona que padece psicopatología como consecuencia de un procesamiento de la información que resulta patológico. Por ello su propuesta de tratamiento consiste en lograr flexibilizar esos modos patológicos de procesamiento, en el marco de una relación colaborativa entre terapeuta y paciente, a través del descubrimiento y cuestionamiento de aquellas creencias disfuncionales –en los tres niveles que fueron explicadas- que sostienen el círculo vicio-so de pensamiento negativo-emoción negativa-conducta disfuncional, para reemplazarlas por otras que sean más funcionales y le permitan a la persona vivir una vida sin padecimiento mental (Bunge, et. al., 2010).

Essau & Olendick (2009) sostienen que las metas de la evaluación comprenden al diagnóstico y el pronóstico, el plan de tratamiento y seguimiento del paciente.

Por eso, para una evaluación que abarque la complejidad de la depresión adolescente, recomiendan la utilización de diversas herramientas –como ser entrevistas clínicas y cuestionarios autoadministrables –vgr. BDI-II-, o escalas de depresión –vgr. HAM-D- y múltiples fuentes de información –el adolescente, sus padres, otros miembros de su familia, pares, autoridades escolares, etc.-; ya que a diferencia de lo que ocurre con la depresión en adultos, este enfoque de

múltiples fuentes de información en adolescentes, permite un conocimiento mucho más acabado de su conducta en diferentes áreas vitales.

Carr (2002) indica que la primera prioridad en la atención de pacientes con trastornos del estado de ánimo es la evaluación del riesgo de daño a sí mismo, con el objeto de prevenir autolesiones o el suicidio.

Una vez controlado esto se comienza a evaluar el trastorno depresivo, siendo necesario distinguir si la etiología del mismo se debe a factores genéticos o disfunciones bioquímicas –factores que en su caso deberán ser evaluados por un médico genetista o endocrinólogo-, o si se debe a factores ambientales como abuso verbal, psíquico, físico, sexual, u otra causa; para lo cual es imprescindible poder entrevistar al paciente adolescente a solas a fin de averiguar sobre ello. Si éste fuera el caso se recomienda dar intervención al estado, para que éste brinde protección al menor o adolescente que padece abuso, a través de los organismos y funcionarios que correspondan.

El mismo autor propone que, una vez hecha la distinción referida, se trabaje sobre la depresión, buscando en primer lugar clarificar la naturaleza y extensión de la sintomatología; y en segundo lugar identificar los factores predisponentes, precipitantes, de mantenimiento y de protección que puedan estar asociados al proceso depresivo del adolescente. Se recomienda entonces, para recabar más información útil, comenzar con la realización de una entrevista familiar entre el adolescente y sus padres, para luego continuar con la evaluación en entrevistas personales, tanto con los padres como con el adolescente -por separado-, a fin de brindar la oportunidad de que expresen información que en la entrevista familiar puedan haberse inhibido de revelar. Si de esas entre-vistas surgiera un panorama incompleto, se puede entonces recurrir a entrevistar otros miembros de la red social del paciente –vgr. otros familiares, pares significativos y autoridades escolares- (Carr, 2002).

Entre algunas características del tratamiento, puede destacarse que pone el acento en el trabajo en el aquí y ahora, a pesar de que los problemas relacionados a la depresión sean de larga data; los objetivos del tratamiento y los problemas que aquejan al paciente son definidos en conjunto entre éste y el terapeuta, quien además adopta un rol de educador colaborativo en las sesiones con el paciente, ayudándolo a pensar en sus dificultades y desarrollando juntamente con él las estrategias para afrontarlas. Posee un encuadre formal, indicándose un rango de entre 8 a 20 sesiones de aproximadamente 45 minutos cada una. La cantidad y el tiempo podrán variar de acuerdo a las particularidades de cada paciente y la gravedad del caso. Además del trabajo en las sesiones –que suelen estar estructuradas en cuanto al contenido a trabajar en la misma se le pide al paciente la realización de tareas fuera del espacio terapéutico, lo que permite que traslade aprendizajes del contexto terapéutico a su vida cotidiana, logrando así la generalización de lo allí aprendido (Bunge, et. al., 2010; Verduyn, et. al., 2009).

Stark, Krumholz, Ridley & Hamilton (2009) y Verduyn, et. al., (2009) indican algunas técnicas que suelen emplearse en el tratamiento de la depresión adolescente:

1. Educación emocional: Se enseña al paciente a identificar y reconocer sus emociones para ampliar su repertorio de experiencia emocional, conocer el rol que estas desempeñan en su

padecimiento y la relación existente entre sus pensamientos, sus emociones y sus conductas en base al modelo de depresión de la teoría cognitiva.

2. Determinación de objetivos del tratamiento: Se establecen colaborativamente con el paciente, y se realiza para motivarlo a trabajar conjuntamente hacia el logro del cambio que desea, o la mejoría que puede alcanzar.

3. Habilidades de afrontamiento: Se enseñan habilidades en diferentes áreas como ser habilidades sociales, para aumentar y mejorar la calidad de las relaciones sociales del adolescente con sus pares o familia; habilidades emocionales, para mejorar su estado de ánimo en cualquier momento que desee o cuando comienza a experimentar emociones negativas -por ejemplo realizando actividades placenteras-, o aprendiendo a transitar situaciones no deseadas que le ocurren y que no puede modificar.

4. Auto observación: Se le enseña a observarse a sí mismo y a cambiar el foco de su atención desde un procesamiento de los eventos eminentemente negativo, hacia uno que haga foco en los eventos positivos que le ocurren; y que pueda atender a información que ponga en crisis sus creencias negativas, brindándole evidencia para desarrollar creencias más positivas y realistas

5. Entrenamiento en resolución de problemas: Consiste en la enseñanza de estrategias tendientes a modificar situaciones estresantes que están dentro de su área de control e influencia.

6. Reestructuración cognitiva: Consiste en la identificación y modificación de los pensamientos automáticos, las distorsiones cognitivas o errores de pensamiento, y las creencias nucleares.

4.- METODOLOGÍA

4.1.- TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, estudio de caso único.

4.2.- PARTICIPANTE

Se trabajó con una paciente de quince años con diagnóstico de depresión e intento de suicidio, derivada por interconsulta del servicio de Pediatría, luego de su internación por ingesta de ansiolíticos con intención de suicidio.

4.3.- PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS

Se realizó una primera entrevista de evacuación de interconsulta, que fuera solicitada por el servicio de pediatría, con la paciente y su madre.

Se evacuó otra interconsulta también solicitada por el servicio de pediatría, a los fines de evaluar las condiciones psíquicas de la paciente para autorizar o no su externación. En esa oportunidad se realizó nuevamente una entrevista con la paciente y su madre.

Luego de ello, se llevaron a cabo un total de 10 entrevistas de intervención y tratamiento desde el enfoque de la terapia cognitivo conductual (TCC), bajo la dirección de uno de los psicólogos del equipo y la supervisión de la jefa del área de psicología pediátrica, con la participación del autor del presente trabajo. Se realizó un registro del material surgido en las mismas, y un registro del tratamiento y las técnicas aplicadas.

La duración de las entrevistas fue de aproximadamente una hora, con una frecuencia de una vez por semana, durante 3 meses, en los consultorios externos de la institución.

Por último, se tomaron datos de la historia clínica de la paciente para la presentación del caso.

5.- DESARROLLO

5.1.- PRESENTACIÓN DEL CASO 1

A, adolescente de 15 años, ingresó por guardia al servicio de pediatría de un Hospital Interzonal de Agudos, por un episodio de desmayo y desvanecimiento de causas desconocidas que ocurriera luego de una discusión con su madre.

El servicio de psicología pediátrica tomó intervención en el caso luego de que pediatría hiciera una interconsulta solicitando que se evaluaran los vínculos familiares y el estado anímico de la paciente internada, porque los pediatras tratantes observaron que la misma padeció una intoxicación farmacológica cuyas causas de ocurrencia eran bastante confusas -en el relato de la paciente y de la madre-; y porque además presentaba un estado hipotímico, existiendo también indicios de conflictividad familiar intensa, motivos que hicieron suponer una hipótesis preliminar de intento de suicidio.

En la entrevista de interconsulta con A y su madre se obtuvieron las primeras informaciones sobre ella, las actividades que realiza, su estado de ánimo, la composición de su grupo familiar y el funcionamiento del mismo, y sus relaciones con pares y otros adultos.

Así, de la misma surgió que era estudiante de 1° año del nivel secundario del turno de la mañana, de buen rendimiento académico, que se llevaba bien con sus profesores y los directivos del colegio con los que mantenía una relación de respeto según sus propias palabras; que tenía dos amigas íntimas allí, P y M con las que compartían todo; que practicaba taekwon-do y que estaba en cinturón azul; que convivía con su padre J, de 40 años, plomero, y su madre Mx de 35 años, promotora de salud en una sala de atención primaria del barrio, y sus hermanas S y Jx, de 11 y 4 años de edad respectivamente. Comentó que existían conflictos intensos en la relación con su madre, y también con su hermana S porque ésta le contaba a su madre todo lo que ella hacía, y porque no sabía guardar secreto sobre las confidencias que ella le compartía. También refirió que existían conflictos entre su madre y su padre, con episodios de discusiones frecuentes y violencia psicológica tanto entre sus padres como de su madre hacia ella.

Su madre Mx indicó que su cuñada -tía paterna de la paciente- de nombre E, fue quien la acompañó durante la internación de A, y es quien muchas veces interviene como soporte emocional de ella cuando se desestabiliza, por discusiones con su marido o con A. Además reveló que ella intentó suicidarse en algunas oportunidades, y que fue víctima de una violación cuando tenía 15 años. Preguntada por si había realizado algún tratamiento psicológico o psiquiátrico por

este hecho traumático y los intentos de suicidio, dijo que no. Por último comentó que por situaciones de nerviosismo y ansiedad padecidas en su casa, consultó con un médico clínico y éste le recetó ansiolíticos, -benzodiazepinas-, y que durante un tiempo las había estado tomando. Actualmente las había dejado de tomar por propia voluntad.

De su estado de ánimo A dijo que se sentía deprimida y triste la mayor parte de sus días, y refirió que el motivo del desvanecimiento por el cual ingresara en internación fue la ingesta de ansiolíticos –benzodiazepinas que le había hurtado a su madre un mes antes del episodio- con la intención de “dormirse”, comprobándose con este relato que las observaciones y la hipótesis preliminar planteada por el servicio de pediatría eran atinadas.

Luego de averiguada la causa del motivo de ingreso al hospital, y habiéndosela tratado eficazmente por la intoxicación, el servicio de pediatría derivó una vez más a la paciente al servicio de psicología pediátrica para que evaluara la posibilidad de alta de la misma.

El equipo de psicología pediátrica (en adelante EPP) procedió entonces a entrevistarse con la madre y la paciente para evaluar sus condiciones psíquicas y autorizar, en caso de que estuvieran dadas las condiciones de seguridad, la externación de la misma.

Se realizó primero una entrevista muy breve con su madre quien refirió que A “se ponía rebelde por noviecitos” y que actuaba caprichosa cuando ella le ponía límites, indicando además que le daba miedo confiar en su hija pues ella algunas veces le decía que “le costaba mucho crecer” y que “quería volver a ser chiquita”. El EPP le propuso volver a reunirse a la semana siguiente con su marido para tener una entrevista en la que pudieran hablar un poco más sobre la situación de A e iniciar tratamiento ambulatorio con ella.

En su entrevista individual A dio más detalles del episodio de desvanecimiento, indicando que luego de una discusión fuerte con su madre, “sin pensar” se tomó 10 pastillas ansiolíticas, que le sustrajera anteriormente a ella y que tenía guardadas desde hacía un mes, tiempo en el cual ya había pensado en quitarse la vida. Posteriormente a la ingesta se bañó, comió, se acostó, y refirió que no recordaba más nada hasta despertar en el hospital. Que lo hizo con la intención de no despertarse nunca más. Preguntada por cómo se sentía en su rutina diaria contó que generalmente se despierta de mal humor, y que se levanta así porque se queda con bronca de las frecuentes discusiones que tiene con su madre antes de irse a dormir; que se siente bien cuando va al colegio y a las clases de taekwondo, deporte que practica 2 veces por semana. En cuanto a la relación con su madre, contó que ésta era muy desconfiada y controladora con ella, que le gustaría que no lo fuera tanto; además no la dejaba salir ni ir a fiestas de compañeros de la escuela, no la dejaba tener amigos varones –que a ella le gustaría mucho poder tenerlos-, y que mucho menos la dejaba tener novio. Contó también que siempre tiene discusiones con ella, y que ésta, en otra discusión luego del episodio de intento de suicidio, le dijo que se arrepentía de haberla tenido, lo que la hacía sentir rechazada y que no era querida. Además, luego de las discusiones indicó que la madre hacía como que no había pasado nada, y ella también, siguiéndole la corriente y no hablando sobre ello. Respecto de su padre contó que trabaja todo el día, que lo ve poco y que no sabe de las fuertes discusiones entre ella y su madre. Que éste luego del intento de suicidio le pidió que no lo volviera a hacer. De sus hermanas comentó los mismos problemas que refiriera en la entrevista anterior, agregando que Sandra, que practica taekwondo con ella,

siempre le cuenta a la madre cuando habla con los compañeros varones, cosa que le molesta mucho, pues su madre luego le reprocha que mantenga relaciones sociales con los mismos.

El EPP en esta oportunidad brindó tanto a la paciente como su madre orientación psicológica, contención emocional y se dieron indicaciones de pautas de alarma y de conductas de cuidado y prevención. Por último, y considerando que estaban dadas las condiciones para la externación de la paciente, se autorizó la misma, previa firma de acta de compromiso de alta -que suscribieron su madre y su tía Elisa- en la que expresamente se indicó que la paciente no debía permanecer sola tras la externación, ni tener acceso a armas, medicación u otros objetos que pudieran facilitarle la provocación de un daño a sí misma; y con el compromiso asumido por su madre y su tía, de que comenzara un tratamiento psicológico ambulatorio en el servicio de psicología pediátrica del hospital con el EEP, con una frecuencia de 1 sesión semanal de aproximadamente una hora de duración.

5.2.- DESCRIPCIÓN DE LAS PRIMERAS DIEZ (10) SESIONES DEL TRA-TAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL BRINDADO A LA PACIENTE

5.2.1.- 1° Sesión

A la semana siguiente se realizó la entrevista pactada con su madre y su padre, con el objeto de conocer más el funcionamiento familiar, específicamente la relación entre madre-hija, padre-hija y madre-padre, y cómo los padres percibían a la paciente y su problemática. Su padre indicó que trabajaba de 5:00 a 20:00 hrs. y que no sabía mucho de lo que pasa en su casa. Su madre refirió que no tenía mucho diálogo con su hija, y que el problema actual para ella radicaba en la actitud caprichosa de A y su dificultad para aceptar los límites que le marca. El padre por su parte indicó que creía que el problema era que su mujer no le daba las libertades que una adolescente requiere, pero él se excusó de hacer algo para cambiar esta situación en función de su falta de tiempo por trabajar todo el día. Agregó que cuando discuten entre ellas, en discusiones que son fuertes, la madre continúa en los días siguientes reprochándole lo que dijo o lo que hizo. Manifestó que como a él no le gusta discutir, no se mete mucho. Mx describió que se encontraba decepcionada por el intento de suicidio de su hija, además de avergonzada, enojada y rencorosa con ella. Consideraba que esa conducta de A fue algo que “debe haber aprendido en el colegio”. Dijo que le daba miedo que volviera a intentarlo, y que para evitarlo consideraba que una solución podía ser ponerla pupila en un colegio de monjas hasta que sea más grande, porque no quiere que se involucre con varones, ya que la considera muy chica todavía para mantener una relación sentimental. Volvió a contar que sufrió una violación a los 15 años -justo la edad que en este momento tiene A, y que ese episodio la marcó mucho en su vida, que ha intentado suicidarse algunas veces, particularmente con posterioridad a discusiones con su marido por temor a que éste la engañe o la abandone. Sobre la relación con éste indicó que hay algunos problemas y que por momentos sentía que tiene pocos recursos para tolerar los conflictos con sus hijas. Sobre su estado de ánimo comentó que se reconoce a sí misma como una persona nerviosa y que muchas veces siente que se quiere quedar tirada en la cama, que sólo se levanta porque su hija menor de 4 años le da fuerzas para levantarse porque la necesita.

En este encuentro con los padres el EPP reforzó nuevamente las pautas de seguridad dadas anteriormente respecto al potencial riesgo de daño a sí misma que enfrenta A. Además se le brindó contención y soporte emocional a la madre, y se le indicó la realización de tratamiento

psiquiátrico y psicológico dado sus intentos de suicidio, la desregulación emocional que padece, y el trauma que arrastra por la violación sufrida y que nunca pudo abordar en un tratamiento psicológico. También se realizó psicoeducación sobre las conductas impulsivas y socialmente desajustadas que ella manifiesta, en relación a esa experiencia traumática que padeció. Y por último, se reformuló la percepción que tenían del problema de A hacia una lectura del mismo que fuera más abarcativa y que comprendiera las características de las interacciones que existían en la familia como un factor que podía estar asociado al mismo.

Ese mismo día, con posterioridad a la entrevista a sus padres, se realizó una breve entrevista con la paciente en la que se continuó trabajando en la consolidación del vínculo terapéutico con el EPP, y se le explicó el encuadre de la terapia, además de realizarse psicoeducación respecto de su sintomatología depresiva y la relación entre pensamientos, emociones y acciones. Se estableció como objetivo del tratamiento, conjuntamente con ella, la remisión de la sintomatología depresiva y que pudiera sentirse mejor, sin esa tristeza casi constante en la que se encontraba el último tiempo. Si bien se mostró optimista ante la propuesta de tratamiento, preguntada directamente sobre su expectativa de resultado del mismo, manifestó que se sentía poco esperanzada respecto de un cambio futuro en su situación. Para contrarrestar esto, se trabajó con técnicas de reconocimiento cognitivo de pensamientos negativos y técnicas motivacionales. Indagando activamente sobre sus intereses, A reveló al EPP que le encantaba practicar taekwondo y que quería entrar a unos torneos en los que el entrenador le había informado que la escuela participaría. Y contó además que esa semana había ocurrido un hecho poco frecuente, que le representó una grata sorpresa, y que fue el hecho de que sus padres la dejaron asistir a una invitación que había recibido de una amiga para ir un parque de diversiones; lo que fue reforzado positivamente por el EPP como evidencia de que los cambios son posibles, para contrastar sus pensamientos negativos pesimistas.

5.2.2.- 2° Sesión

A manifestó estar muy entusiasmada e involucrada con todos los preparativos para su fiesta de 15 que sería la próxima semana. Comentó que las cosas en su casa estuvieron más tranquilas la semana que pasó, y que si bien notó el enojo que todavía su madre tiene hacia ella, también informó que le dio permisos para salir con amigos. El EPP reforzó este cambio como un pequeño paso que podía dar lugar a mejorar sus expectativas sobre otros cambios futuros, buscando con ello confrontarla con evidencias positivas para disminuir su sentimiento de desesperanza. Se continuó trabajando sobre el reconocimiento de pensamientos negativos y la relación entre éstos y su estado emocional. Se buscó además armar una red de apoyo vincular para favorecer el mejor manejo de la desregulación emocional, anticipando pautas de acción claras en caso de sentirse muy angustiada; como hablar o llamar por teléfono a sus amigas Patricia y Melina, un profesor del colegio con el que tiene confianza, su tía Elisa y los miembros del EPP. Por último se le indicó la realización de un registro escrito de pensamientos y emociones cuando se encuentre en esos estados de angustia y tristeza intensa, que serviría como material para trabajar en las sesiones.

5.2.3.- 3° Sesión

Refirió mejoría en cuanto a la relación con su madre, ya que pudieron dialogar un poco más que lo habitual. Como logro importante en la mejora de

esta comunicación, destacó que pudo contarle que le gustaba un compañero de taekwondo, que se lo presentó a ambos padres en su fiesta de 15, y que su madre no estaba tan enojada como solía ponerse antes en situaciones en las que ella le comentaba que le gustaba un chico, pero que le recomendó enfáticamente que tuviera cuidado. El EPP aprovechó esta situación para reforzar positivamente y estimular el acercamiento hacia su madre ante el cambio de actitud de ésta. Basado en el registro de pensamientos de la semana anterior, donde consignaba frases que expresaban pensamientos de muerte como “¿sigo o no sigo? Tengo tantas razones por las que seguir y otras por las que no. Sí, por él y por mis amigas. No, por mis tristezas y porque no confían en mí”; deseos de muerte “no quiero vivir”, “me tendría haber ido”; y pensamientos negativos sobre sí misma, el mundo y el futuro “estaba feliz, no lo notaron, lo que vieron fue que bailé con ese pibe grandote”, “ya no confían en mí”, “no puedo, ya no puedo”, “no me entiendo, no me van a entender, no tengo res-puestas, no tengo más ganas” (Ver Anexo)- el EPP observó estados emocionales ambivalentes, por lo que se profundizó el reconocimiento sobre los distintos estados emocionales y su asociación con los pensamientos expresados. Por último se le solicitó que realizara una auto-observación de tales cambios, y se le reiteró que continuara con un registro de posturas físicas, pensamientos y emociones cuando se encuentre en esos momentos.

5.2.4.- 4° Sesión

En esta sesión, luego de hacer un chequeo sobre su estado de ánimo –que refirió como oscilante durante la semana anterior, con momentos de tristeza y algunos de alegría-, la relación con su madre –respecto de la que no hubo novedades, ni negativas ni positivas-, y el seguimiento de su registro de pensamientos y emociones –en el que se continuaron observando expresiones que dan cuenta de que vivenciaba momentos de intenso malestar “hoy no estoy bien, ni yo me puedo explicar que me pasa”; pensamientos y deseos de muerte “hay muchos motivos por los cuales no quiero vivir”, “me hubiera muerto aquél día”; fantasías de que la muerte fuera una solución a su malestar “Si... yo no estaría hoy viva, TODO seguiría igual y tal vez mucho ¡mejor!” ; y sentimientos de desesperanza “no sé porqué no tengo respuestas a nada” (Ver Anexo)-, el EPP buscó indagar más en cuáles podrían ser los detonantes de esos estados de angustia intensa. Sobre ello entonces A comentó que le aparecían recuerdos de cuando tenía aproximadamente 8-9 años, de episodios de violencia cruzada entre sus padres, refiriendo entre ellas que una vez su madre amenazó con un cuchillo al padre; y que dichos episodios habían continuado hasta el año anterior, o sea sus 13-14 años. Además indicó que su mamá amenazó reiteradas veces con quitarse la vida, encerrándose en el baño y gritando que se iba a matar tomando pastillas –los ansiolíticos que estaba tomando por indicación de su médico clínico, como fuera referido en la entrevista de externación-. Que estas situaciones –presenciadas por ella y por sus hermanas- se “le venían a la cabeza una y otra vez” y la angustiaban mucho; y además le hacían acordar a su episodio de intento de suicidio, siendo ese un recuerdo que le producía mucho miedo por la posibilidad de encontrarse de nuevo en la misma situación. Manifestó que no sabía porque se peleaban, y que en esos momentos recuerda que se preguntaba para qué sus padres habían formado una familia, y también para qué estaba ella ahí, frente a lo cual no encontraba respuestas. En este punto de la sesión manifestó sentirse confundida, enojada, triste, con emociones mezcladas. Se le brindó contención y soporte emocional, además de plantearse una reformulación, indicándosele que si bien los hijos podían no ser planeados, sí podían ser queridos y cuidados. Por último se le comentó que el EPP estaba evaluando la posibilidad de que realizara un trata-miento psicofarmacológico

como apoyo del tratamiento psicológico, se le explicó en qué consistiría, y se le preguntó qué opinión le merecía esta herramienta complementaria, a lo que respondió que prefería continuar con el tratamiento psicoterapéutico, y que en caso que sintiera que le costara más sentirse mejor, entonces sí aceptaría iniciar un tratamiento farmacológico, pero por ahora no porque la idea de tomar pastillas le hacía recordar su intento de suicidio.

5.2.5.- 5° Sesión

En la siguiente sesión se continuó con lo trabajado en los encuentros anteriores, y se reforzaron conductas alternativas a las intentadas frente a los estados de tristeza que padecía, que según refiriera se debían a la aparición de recuerdos sobre peleas de sus padres y su internación. Su manera de afrontar los mismos solía ser quedarse en la cama llorando, frente a lo cual el EPP le propuso que pudiera recurrir a su red de apoyo, formada por su tía E, sus amigas P y M, su profesor del colegio, para no afrontar sola los mismos -y evitar así caer en los círculos viciosos de pensamientos negativos que le desencadenaban emociones negativas, que a su vez retroalimentaban el circuito, perpetuándolo-, además de proponerle la realización de actividades que le resultaran placenteras, dentro de las cuales la paciente refirió que le gustaba mucho escuchar música, y que creía que hacer eso quizás la podía ayudar.

5.2.6.- 6° Sesión

Refirió que en esa semana que pasó desde el encuentro anterior, volvió a tener algunos recuerdos de las peleas de los padres, pero que no habían sido tan intensos, y que algunos pudo vivenciarlos sin el dolor que sintió otras veces cuando le aparecían. Contó que en su casa las cosas siguieron bien, sin que haya habido peleas, ni entre sus padres, ni entre ella y su madre, ni con sus hermanas. También indicó que cuando aparecían esos recuerdos se preguntaba si ella había vivido esas situaciones o no; y además expresó que fueron situaciones que no las había podido hablar con nadie en su casa. El EPP intervino psicoeducando sobre el rol que cumplía su familia cuando silencia, o directamente niega o invalida sus percepciones y sus propios sentimientos frente a situaciones dolorosas –sean estos recuerdos o su intento de suicidio-; dificultando, con esta manera de actuar, el procesamiento de tales experiencias, volviéndose –muchas veces por ignorancia- un factor de sostenimiento del problema.

5.2.7.- 7° Sesión

En el siguiente encuentro A refirió sentirse mejor, que no había tenido episodios de “bajón” en esa semana y que por eso no había hecho el diario de registro de pensamientos y emociones. Dijo encontrarse más distraída y activa, pudiendo colaborar en la casa con las tareas del hogar. En los momentos en que se generaba alguna fricción con la madre -y ésta comenzaba a enojarse-, A decidía no seguirle la corriente, verbalizando para sí misma lo que le contestaría, dejándola hablar sola sin confrontarla, para luego volver a hablar con ella cuando ya se le hubiera pasado el enojo. Comentó que a partir de hacer esto las peleas en casa habían disminuido, y que su madre ahora se encontraba más enfocada en su hermana, y no la controlaba tan obsesivamente como hiciera anteriormente, indicando además que la relación con esta hermana también había mejorado, pudiendo volver a compartir confidencias con ella y jugar juntas. Este logro de desarrollo de estrategia eficaz para evitar la escalada de discusión con su madre fue muy positivamente reforzado por el EPP, buscando con ello mostrarle que otros modos de relación son posibles

cuando se modifican algunas pautas en los circuitos de comunicación rígidos, como el que sostenían entre ambas. Por último contó que a la semana siguiente inter-vendría en un torneo de taekwondo, y eso la ponía un poco nerviosa porque quería obtener un buen resultado, por lo que se trabajó con el reforzamiento de sensaciones de logro y capacidades asociadas a la práctica de ese deporte, y ejercicios de visualización y relajación. Se la observó muy presente en la sesión, dirigiendo su mirada atenta a los ojos de los profesionales, actitud que mantuvo durante todo el encuentro, -y que en las sesiones anteriores sólo ocurriera en pequeños intervalos-.

En este encuentro se hizo una breve entrevista con la madre en la que el EPP reforzó positivamente su actitud de mostrarse menos enojada con A y de darle mayor confianza y permisos.

5.2.8.- 8° Sesión

A refirió encontrarse muy contenta pues obtuvo el 1° puesto en el torneo de taekwondo en el que participó esa semana. El EPP la observó de buen ánimo, y se continuó trabajando en el registro del contexto y los disparadores externos y actitudes internas que favorecen el estado deprimido. Comentó que pudo poner en práctica algunas de las habilidades aprendidas en la terapia con una amiga que se sentía mal, brindándole apoyo emocional, actitud que fue reforzada positivamente por el EPP; y además contó que ahora cuando sentía que se “bajoneaba” podía buscar alguna actividad para que la distrajera –jugar con su hermana, hablar con una amiga- y así salir de esos estados. Se realizó además psicoeducación, ironizando sobre cuáles serían los pasos o acciones que la paciente podía adoptar para deprimirse, a lo que respondió sonriendo que podría escuchar música “bajón” y pensar en cosas tristes. El EPP le señaló que los mensajes negativos sobre sí misma, más la atribución extrínseca o la minimización de los logros, y el tener pensamientos de desesperanza sobre el futuro del tipo “todo va a seguir igual” eran la clave para perpetuar el malestar.

Por último, preguntada por cómo iba la situación con el chico que le gustaba contó que se puso de novia con él, pero que no se lo dijo a su madre por temor a que esta se enoje y la empiece a controlar obsesivamente como lo hacía antes, que además ella –la paciente- ya sabía lo que hacía, y sentía que esa relación le hacía bien y la alegraba, que no quería que su madre fuera a intervenir en la misma. El EPP aprovechó estas manifestaciones de la paciente para reforzar positivamente ese sentimiento de autoconfianza en sus elecciones.

5.2.9.- 9° Sesión

Se continuó con lo trabajado en la sesión anterior sobre el registro del contexto, y los disparadores de pensamientos negativos y sentimientos depresivos. Refirió preocupación por sentir celos en relación con su novio, en base a pensamientos intrusivos que le aparecían, respecto de que él pudiera estar con otra chica. Asoció esta reacción a lo que vio durante su vida en la interacción entre sus padres, y también la vinculó –de manera un poco difusa, sin dar precisiones, pero emocionalmente muy cargada- a un episodio traumático que le ocurrió con un tío materno cuando ella tenía 8 años, y que en su momento fue una experiencia que no se la contó a nadie. Interrogada un poco más sobre el mismo dijo que el año pasado se lo pudo comentar al psicólogo del colegio, que éste se lo comunicó a su madre, pero que ésta nunca habló con ella sobre lo ocurrido. De este tema indicó que prefería no hablar por el momento pues le generaba mucha

bronca y quería “evitar repercusiones”. Dijo que había cosas que le dan tristeza pero que no las dice porque le da mucha bronca lo que los demás puedan pensar sobre ella o sobre esa persona, y que cuando recuerda esa situación siente mucha bronca con ella porque era chica y no podía hacer nada. El EPP le propuso si quería enfrentar esa situación y los sentimientos que le produce la misma, y se psicoeducó sobre maneras de afrontar lo que le pasó, dándole la alternativa de complementar su tratamiento psicoterapéutico con EMDR2 y la indicación de que buscara información en internet para seguir conversando sobre esto en la sesión siguiente. Ante la posible existencia de una situación de abuso cuyos recuerdos comenzaban a emerger, y ante el riesgo que el EPP consideró que esto podía significar para una paciente en su situación se decidió citarla nuevamente para esa semana, pero la paciente avisó luego telefónicamente que no podría asistir al hospital. Tras una breve conversación telefónica en la que se realizó un chequeo de su estado de ánimo y se evaluó nuevamente el riesgo de que los recuerdos pudieran precipitar alguna crisis para la paciente; descartado el mismo -luego también de haber hablado con su madre y recordársele las pautas de seguridad, solicitándole que la observara con atención durante ese fin de semana-, el EPP propuso continuar en la semana siguiente, en su día de consulta habitual.

5.2.10.- 10° Sesión

La paciente se presentó a la sesión mostrando buen ánimo, retomando lo surgido en el encuentro anterior se le preguntó por la búsqueda de información acerca de EMDR, dijo que no entendió mucho la información encontrada, a lo que el EPP volvió nuevamente a explicar en qué consistía la técnica; que le podía ser útil para enfrentar situaciones como las que padeció y lograr un procesamiento adecuado de las mismas, para que posteriormente pueda recordar-las sin el dolor psíquico asociado a las mismas y pueda integrarlas a su vida. Se volvieron a realizar ejercicios de imaginación guiada y relajación, buscando con ello darle recursos a A para enfrentar los momentos de activación emocional que pudiera padecer a partir de la irrupción de los recuerdos.

El autor del presente trabajo finalizó su práctica profesional en el hospital por lo que concluyó su intervención en el caso en este punto del tratamiento.

2 “Eye Movement desensitization and reprocessing”, en español “Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares”, una técnica psicoterapéutica que, estimulando bilateralmente los hemisferios cerebrales, -sea mediante movimientos oculares, sonidos o pequeños golpes en lugares específicos del cuerpo- permite un reprocesamiento de experiencias traumáticas y una remisión de los síntomas asociados al trauma psíquico derivado de ellas (Asociación de EMDR-España, s.f.).

5.3.- ANÁLISIS DE LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y LA INTENCIÓN DE SUICIDIO EN LA PACIENTE

De lo detallado en el punto anterior -tanto de las sesiones de interconsulta durante su internación, como de la sesión de interconsulta por su externación, y particularmente de las sesiones 1 a 7 y de lo consignado por la propia paciente en el registro de pensamientos y emociones realizado (Ver Anexo)-, se observó que A presentaba sintomatología compatible con el TDM descrito por el DSM IV -ánimo depresivo e irritable, anhedonia, pensamientos recurrentes de muerte e intento de suicidio-, además de otros síntomas no descritos por el manual diagnóstico, pero que también

eran claros indicadores depresivos como pensamientos negativos sobre sí misma, el mundo y el futuro, y sentimientos de desesperanza (Mojarro Práxedes, 2008).

Esa sintomatología le provocaba un malestar clínicamente significativo –pues la tristeza, el mal humor y el ánimo deprimido, y los sentimientos de des-esperanza la acompañaban durante gran parte de sus días, sobre todo al principio del tratamiento-, volviéndosele insoportable sobrellevar el sufrimiento en tales estados, apareciéndole entonces pensamientos de muerte e ideación suicida, y la fantasía de que la muerte sería una salida posible para su padecimiento.

Casullo et. al. (2000) explican que el suicidio, desde la óptica de quien lo considera como opción, se vuelve una solución aceptable pues promete poner fin a un sufrimiento existencial intolerable.

Las mismas autoras indican además que dentro de los diferentes trastornos que pueden coexistir con los comportamientos suicidas, la depresión resulta ser el más relacionado según se desprende de investigaciones que encontraron que un 15% de las personas con depresión realizan intentos suicidas; que 2/3 de quienes intentaron suicidarse sufrían algún tipo de depresión primaria (Maris, 1991; Murphy, 1986, citados en Casullo et. al., 2000); y que –en estudios comparativos entre adolescentes que lograron suicidarse y aquéllos que sólo lo intentaron - el 66% de los que se suicidaron y el 71% de los que lo in-tentaron habían sido diagnosticados con trastornos afectivos primarios. (Brent, Perper, Goldstein, Kalko, Allan, Zelenak, 1988; citados en Casullo et. al, 2000) Por su parte, Hollis (1996) en otro estudio, obtuvo como resultado que el riesgo de comportamiento suicida –tanto de ideaciones, como de amenazas e intentos- es cuatro veces mayor en adolescentes deprimidos, en comparación con adolescentes sin depresión.

Siendo que un trastorno psiquiátrico como la depresión es considerado factor de riesgo –entre otros- para comportamientos suicidas (Casullo (2004), podría sostenerse que en el presente caso, el suicidio tentado por la paciente aparece entonces como emergente agudo del trastorno depresivo de base.

Esta consideración podría llevar el análisis más allá y concluir que entonces la depresión estaría actuando como causa del intento de suicidio.

Pero, dado que existen otros trastornos que podrían concurrir con un intento de suicidio –vgr. trastorno disocial de la conducta, trastorno bipolar, tras-torno límite de la personalidad, esquizofrenia, entre otros-; y dado que los fenómenos psicopatológicos, entendidos desde la perspectiva de la psicopatología evolutiva -que fuera la adoptada en el presente trabajo-, se consideran multideterminados; se sostiene con Orbach (1995) entonces que la asociación existente entre psicopatología y suicidio puede comprenderse también como la yuxtaposición de entidades separadas que comparten causas similares. Es que como bien sostienen Casullo et. al. (2000, p.176), los procesos psicopatológicos “[...] contribuyen a la génesis de comportamientos suicidas en la medida que provocan sufrimiento psicológico, disminuyen las defensas yoicas y originan sentimientos de desesperación y desesperanza”.

Es por ello que se concluye por un lado que existió en el caso de estudio una relación de comorbilidad entre la sintomatología depresiva y el intento de suicidio realizado por la paciente; y por otro lado, que no reviste mayor sentido operativo para la comprensión y abordaje del caso ingresar en la discusión de si la depresión funcionó o no como causa del intento de suicidio en la

paciente, pudiendo sostenerse que, en todo caso, la depresión actuó como un factor de riesgo más, en concurrencia con otros.

3 Pues involucran la integración dinámica de los sistemas bio, psico, afectivo, sociales de la persona, y la interacción entre éstos con los mecanismos de vulnerabilidad y protección, además de la capacidad de autoorganización del ser humano, entre otros factores

5.4.- ANÁLISIS DE LA EXISTENCIA DE RELACIÓN ENTRE LOS VÍNCULOS INTRAFAMILIARES Y EL INTENTO DE SUICIDIO EN LA PACIENTE

De la información recabada por el EPP durante la admisión, las entrevistas con sus padres y el tratamiento de A, se observó la existencia de serios problemas en el núcleo familiar.

Spirito & Overholser (2003), en concordancia con Casullo et. al (2005) destacan que las interrupciones que producen cambios negativos y duraderos en la vida de las personas –vgr. conflictos familiares como: la carencia de apoyo afectivo por parte de las figuras parentales; la presencia de normas familiares muy rígidas relativas a las conductas socialmente aceptables; dificultades para lograr la formación de identidad, y la separación de los padres, suelen ser factores altamente asociados al comportamiento suicida en la adolescencia.

Collins & Laursen (2004) indican que en la familia se dan múltiples relaciones entre los distintos miembros que la componen, y que generalmente están organizadas en forma de díadas. Entonces se analizarán a continuación por un lado, algunos rasgos y vicisitudes de los padres de la paciente; y por el otro, las díadas que ésta formaba con su madre, con su padre, con su hermana S, y la díada de la pareja parental.

En primer lugar, respecto de su madre Mx, pudo saberse que fue víctima de una violación cuando tenía la misma edad que la paciente y que nunca había realizado un tratamiento psicoterapéutico para abordar ese trauma. Se observó además que su estado de ánimo presentaba rasgos depresivos –refirió que muchas veces no quería levantarse de su cama-; que había realizado varias amenazas de suicidio en presencia de sus hijas y su marido, por discusiones ante sus temores de que éste la engañe o la abandone-; y que había estado un tiempo tomando ansiolíticos por estados de nerviosismo y ansiedad padecidos frente a situaciones de discusiones en su casa. A por su parte reveló que su mamá -cuando ella tenía 8/9 años- atentó contra la vida de su papá y que los vínculos, tanto entre ellos como entre ellas dos, presentaban alta conflictividad y discusiones frecuentes y fuertes, que a veces concluían con su madre encerrada en el baño amenazando con matarse –lo que también fue referido por ésta en la entrevista a padres-. Respecto de la relación que tenía con su hija, en las entrevistas manifestó que no hablaban mucho y que la misma era distante porque “su hija es caprichosa y no tolera los límites que ella le impone”. Dijo además que se encontraba muy decepcionada, avergonzada y enojada con A por su intento de suicidio y se la observó emocionalmente muy distante y poco empática respecto de lo sucedido, algo a lo que también hiciera referencia la paciente, -vgr. cuando narrara que en una discusión posterior al intento de suicidio su madre le dijo que se arrepentía de haberla tenido-; y algo que ella misma también manifestara –vgr. cuando sugiriera que la solución para la situación de su hija era internarla en un colegio de monjas hasta que fuera más grande-. Por último A y su papá agregaron que Mx la controlaba obsesivamente, prohibiéndole salir con amigas y prohibiéndole entablar y/o

mantener relaciones con varones, sean éstos amigos o novios, pues la consideraba muy chica para eso.

En segundo lugar, de su padre Jorge se pudo observar que permanecía fuera del hogar por su trabajo muchas horas al día -15 hrs., dificultándosele establecer proximidad con los miembros de su familia e interiorizarse de los conflictos entre la paciente y su madre y lo que ocurría en su casa; que tenía un perfil evitativo –pues no le gustaba intervenir en las discusiones entre ellas según dijera-; y que, si bien podía hacer un buen diagnóstico de los motivos de conflicto entre su hija y su mujer –ver entrevista a padres, 1° sesión- , carecía del compromiso afectivo y de las herramientas como para actuar eficazmente en la contención familiar y el acompañamiento de la paciente, escudándose en que pasaba mucho tiempo trabajando, fuera del hogar.

En tercer lugar, sobre su hermana S, se observó que ésta -en lo que podría ser una identificación con su madre-, le comentaba a la misma las “infracciones” de A a las rígidas normas maternas que regulaban las relaciones con varones; actuando ambas en una especie de alianza obstaculizadora, que buscaba impedir o sancionar estas relaciones de la paciente con el sexo opuesto, provocando en ésta sentimientos de desconfianza y enojo hacia su cancerbera hermana menor, por violar las confidencias que le hiciera.

Respecto del tipo de interacciones familiares que se observaron en la familia de la paciente, se puede afirmar con Hauser, Powers & Noam (1991), que predominan las del tipo ‘obstaculizadoras’, que se caracterizan por ser aquellas que perjudican el desarrollo yoico y la individuación de sus miembros en los planos cognitivo y afectivo. Las pobres interacciones que en ella tienen lugar generalmente muestran descalificación, enjuiciamiento, ignorancia –véase la relación con su madre-, evasión o indiferencia –sobre todo las mantenidas con su padre- por los pensamientos y emociones de la paciente, dando como resultado una mayor distancia emocional, dificultándole así el logro de la referida individuación.

Distintas investigaciones (Collins & Laursen, 2004, Smetana, 1996) indican que la existencia de conflictos en la relación marital afecta negativamente las relaciones entre el adolescente y sus padres; y la existencia de peleas crónicas o elevados niveles de conflicto en la relación entre padres e hijos es otro factor altamente asociado con dificultades para el logro de un ajuste psicosocial adecuado. Todo lo cual puede observarse en el caso de estudio con bastante claridad, y el estado depresivo y el intento de suicidio de A bien podrían entenderse como una manera desesperada de escapar de una conflictividad familiar muy intensa.

Valdés et. al, (2003) y Collins & Laursen (2004) por su parte agregan que los patrones de acción, la cualidad emocional de éstos, además de la calidad de la comunicación en la interacción entre madre, padre e hijos, son otros de los factores directamente relacionados con la adquisición de competencias psicosociales como una conducta autónoma y responsable, mayor nivel de desarrollo yoico, y una actitud exploratoria en la formación de la propia identidad. Éstos, en el largo plazo –continúan los autores-, contribuyen tanto al desarrollo de una autoestima saludable, como al de un sentimiento de confianza en el apoyo familiar, que servirán de sostén al adolescente en sus exploraciones por fuera de la familia en pos de su independencia.

Lamentablemente nada de esto ocurrió en el caso de la paciente, sino más bien se observó que ocurría todo lo contrario, siendo posible hipotetizar que el estilo familiar –caracterizado

principalmente como violento y desafectivizado, y el tipo y calidad de las interacciones vinculares entre sus miembros actuaban como factores altamente relacionados con la precipitación de su intento de suicidio.

6.- CONCLUSIÓN

En el presente trabajo se realizó la descripción de un caso de depresión, su concurrencia con un intento de suicidio, y el tratamiento realizado con una paciente adolescente de 15 años. Analizando el trabajo que el EPP llevó a cabo con A se puede comenzar por indicar que ella ingresó al tratamiento en una situación bastante crítica y delicada. Cabe recordar que el mismo tuvo inicio con la evacuación de las interconsultas que realizara el servicio de pediatría durante su internación en el hospital, a raíz de que sufriera un desmayo producto de una intoxicación medicamentosa por ingesta de ansiolíticos con aparente intención de suicidio.

Distintos autores (Bunge, et. al., 2010; Carr, 2002; Mojarro Práxedes, 2008) sugieren -para casos como el que nos ocupa-, un abordaje terapéutico multimodal que incluya psicoeducación, psicoterapia individual, intervención familiar y farmacoterapia; y que la combinación de estas modalidades se elijan de manera personalizada, teniendo en consideración el estado de desarrollo del adolescente, el nivel de gravedad de su padecimiento, sus recursos psíquicos, factores de riesgo y de protección particulares, entre otras cuestiones.

Por ello, teniendo en cuenta estos criterios orientadores, el EPP estimó que la mejor alternativa de tratamiento para la paciente era la realización de un proceso terapéutico en forma ambulatoria, abordado desde la perspectiva teórica de la TCC. Múltiples investigaciones clínicas sobre eficacia de tratamientos de la depresión adolescente -que, en concurrencia con un intento de suicidio, fue la hipótesis diagnóstica presuntiva formulada por el EPP- la indican como el tratamiento psicoterapéutico de primera elección (Mojarro Práxedes, 2008; Verduyn, et. al., 2009).

Dado lo agudo del cuadro presentado por A era de suma importancia intervenir inmediatamente y evaluar -de forma preliminar- el riesgo suicida, su estado de ánimo, y el apoyo familiar con el que contaba (Carr, 2002), para determinar si estaban dadas las condiciones mínimas de seguridad a fin de proceder a su externación.

Respecto de la elección del formato ambulatorio, y la no indicación de internación u otro dispositivo -vgr. hospital de día-, el EPP consideró que estaban dadas en el caso las condiciones de seguridad para abordarlo bajo esa modalidad. La madre y la tía de la paciente asumían los compromisos de no dejarla sola y acompañarla en todo momento, no permitirle que tuviera acceso a elementos que pudieran facilitarle el volver a atentar contra sí misma; existía consciencia -tanto por parte del entorno como de la paciente- de lo delicado de su situación; había un buen 'joining' entre ésta y el EPP establecido desde la primer interconsulta en sala de internación, y se observó voluntad por parte de ésta de afrontar su problema a través de un tratamiento.

Por otro lado, la decisión de realizar interconsulta con psiquiatría y una eventual indicación de tratamiento psicofarmacológico, fue considerada desde el primer contacto con la paciente, y fue una cuestión muy debatida dentro del EPP. Si bien en casos como el de A, este tipo de tratamiento suele indicarse como complementario de la realización de psicoterapia, siendo los IRSS los fármacos más frecuentemente utilizados (Zalsman et. al. 2009), los mismos autores destacan que pueden aumentar el riesgo de atentar contra sí mismo, al incrementar la ideación y el comportamiento suicida, por lo que se recomienda contrapesar este riesgo con la necesidad clínica de tratar la depresión, que –paradójicamente- por sí misma puede también llevar al suicidio. Teniendo en cuenta ello, además del método elegido por la paciente para tentar contra su vida –la ingesta de psicofármacos de su madre-, las condiciones de seguridad que su entorno pudo medianamente brindar –tanto al inicio del tratamiento como a lo largo del mismo-, y el momento de su desarrollo vital, el EPP consideró prudente no realizar la derivación. Se decidió esperar, monitoreando atenta-mente la evolución de A, apostando porque el despliegue de sus propios recursos en la relación terapéutica lograra una mejoría del estado con el que ingresara, aumentando la confianza en sí misma, su capacidad para la resolución de los problemas existentes con su madre, y la disminución de la intensidad de sus sentimientos de desesperanza; ya que por todo lo antedicho su derivación a psiquiatría y una eventual indicación de tratamiento psicofarmacológico podía resultar iatrogénica, por lo que esta alternativa se reservaba sólo para el caso de que el cuadro se agravara y no mejorara a pesar de la psicoterapia.

En términos generales entonces se puede concluir que la actuación del EPP durante el tratamiento de A fue atinada, pues en un principio se logró responsabilizar a sus familiares, tanto para que establecieran conductas de cuidado y le brindaran condiciones de seguridad en su hogar –evitándole con ello una intervención más gravosa como una internación-, como para que comenzara y continuara un tratamiento ambulatorio en el hospital. En el tiempo de intervención durante la internación se lograron establecer las bases para construir una alianza terapéutica con ella, que se continuó reforzando en las primeras sesiones luego de la externación. Mirando en retrospectiva, se puede afirmar que la alianza terapéutica establecida fue buena, y que en el espacio de las sesiones el EPP pudo brindarle a la paciente la experiencia de un lugar y una relación de seguridad y confianza, en los que sintiera que podía abordar su problemática atendiendo a su propio ritmo, necesidades, posibilidades y recursos. Y que esa alianza contribuyó, por un lado, a que la paciente mantuviera una buena adherencia al tratamiento; y por el otro, a que las intervenciones realizadas fueran dejando su huella en A, consiguiendo una remisión de la sintomatología depresiva con la que ingresara, además de un aumento en su autoestima y autoconfianza para enfrentar los estados emocionales intensos que la invadían, y evitando que volviera a tentar suicidarse –al menos durante el tiempo en el cual el autor del presente trabajo participó de su tratamiento-.

Podría agregarse como crítica al trabajo terapéutico realizado, que hubiera sido interesante buscar alcanzar dos objetivos más que –se especula- podrían haber contribuido a mejorar la situación de la paciente y su familia: 1) por un lado, lograr que su madre iniciara un tratamiento psiquiátrico, pues es posible hipotetizar que el hecho traumático de la violación que ésta sufriera –y que llevaba 20 años sin haber sido abordado terapéuticamente–, entre otras cuestiones de su historia personal que no llegaron a indagarse, produjera en ella una desregulación emocional y la adopción de conductas compatibles con sintomatología de un cuadro de Trastorno Límite de Personalidad –

ansiedad de abandono, impulsividad, reiterados intentos de suicidio, inestabilidad afectiva, dificultad para controlar la ira, etc.,- que le obstaculizaba enormemente las posibilidades de acompañar el desarrollo de su hija desde una posición más saludable; y 2) por el otro lograr que su padre se involucrara más en el tratamiento de A.

4 Que le ocurriera a la misma edad que la que tenía la paciente al momento de estar en tratamiento, lo que no es un dato menor.

Imaginando una perspectiva de desarrollo del caso más allá del trabajo realizado, podría proponerse que, dado el material surgido hacia el final del tratamiento –aparente situación de abuso sexual sufrida por la paciente a los 8 años, a manos de un tío materno (ver sesiones 9 y 10)-, se reformulara la hipótesis de trabajo con la que inicialmente el EPP abordara el mismo, y se lo conceptualizara como un cuadro de estrés post-traumático asociado a la experiencia supuesta de abuso, y a las continuas peleas y episodios de violencia familiar –que refiriera como ocurridos hasta sus 14 años, particularmente entre sus padres, y entre ella y su madre-, que incluía además un estado de ánimo depresivo comórbido, que se encontraba en remisión a partir del abordaje terapéutico. Y para esta nueva conceptualización se propondría entonces, además de continuar con TCC, sumar un abordaje desde la terapia EMDR, estableciendo como nuevo objetivo que la paciente pueda integrar esas experiencias traumáticas sufridas y que disminuyera la intensidad emocional asociada al recuerdo de las mismas.

Respecto a los objetivos correlacionales postulados al inicio del trabajo es posible afirmar que los mismos fueron alcanzados, ya que se encontró que existían en el caso las relaciones planteadas.

Es que un contexto familiar en el que la madre presentaba un episodio de violación sufrido a la edad en que la paciente hace un intento de suicidio; que padecía un trastorno severo y que realizó reiteradas amenazas de suicidio relacionadas con secuelas de ese hecho traumático; que no podía empatizar con la paciente en el momento más crítico de su vida y que la trataba con frialdad y distancia emocional; que le prohibía rígidamente establecer relaciones con varones y realizar salidas con sus amigas; que además le invalidaba las percepciones y sentimientos que ella tenía acerca de los problemas familiares y discusiones violentas que mantenía con su padre -sobre las que no se hablaba ni se daba ningún tipo de explicación o soporte emocional que le permitiera a ella y sus hermanas entender y elaborar algo de ese caos familiar, del que eran testigos silenciosos; que discutía también con ella ejerciendo violencia psicológica, y que, por último, con sus manipulaciones y amenazas suicidas le ofrecía -sin darse cuenta- a su hija un modelo muy patológico de resolución de conflictos, a través de conducta autolítica; sumado a un padre física y afectivamente ausente y descomprometido, y a una hermana que rivaliza con ella a partir de aliarse con su madre en la persecución y sanción de las conductas que transgreden la rígida disciplina familiar; todo ello resulta un terreno harto fértil para que surja una problemática como la que padecía A.

La sintomatología depresiva y el intento de suicidio, y éste y los vínculos intrafamiliares se retroalimentaban entre sí, actuando como una macro estructura psicopatológica interdependiente.

Desde el momento en que las intervenciones realizadas por el EPP permitieron: 1) brindarle a A un entorno de confianza y seguridad en el que se validaran sus sentimientos y se le permitiera

explorarlos; 2) psicoeducarla sobre su padecimiento y la relación existente entre éste y sus pensamientos, emociones y conducta; y 3) aumentar su repertorio de estrategias de afrontamiento, mejorando su capacidad para lidiar con la madre, pudo observarse una clara disminución de su malestar depresivo, y la ideación y el riesgo suicida, y una mejoría en la relación con su madre y con su hermana.

Para terminar, y como última reflexión que surge en el autor, a partir de la experiencia de realización del presente trabajo final integrador, sería interesante como propuesta de política de salud mental dirigida a los adolescentes, la inclusión de espacios y talleres -dentro de los planes educativos nacionales y provinciales- que sean coordinados por equipos interdisciplinarios de profesionales de la salud y del arte -psicólogos, psiquiatras, médicos, asistentes sociales, actores, músicos, pintores, escritores, poetas, bailarines, entre otros-; y que en dichos espacios pudiera acompañárselos y orientarlos -tanto desde lo teórico como desde lo vivencial- en el proceso de crecimiento y los desafíos que esta etapa de ciclo vital les representa, para con ello facilitarles la consecución del logro de una identidad adulta más saludable.

7.- BIBLIOGRAFÍA

Abela, J.R.Z., Hankin, B.L. (2009) Cognitive vulnerability to depression in adolescents. En S. Nolen-Hoeksema & L.M. Hilt, (Eds.), Handbook of depression in adolescents. (Cap. 13, pp. 335-376) New York: Routledge.

Aberastury, A., Knobel, M. (1971). La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. (21ª Reimpresión, 1997). Buenos Aires: Paidós.

Allen, J. P., Hauser, S. T., Bell, K. L., & O'Connor, T. G. (1994). Longitudinal assessment of autonomy and relatedness in adolescent-family interactions as predictors of adolescent ego development and self-esteem. *Child Development*, 65, 179–194. Citado en: Collins, W.A., Laursen, B. (2004). Parent-adolescent relationships and influences. En R.M. Lerner & L. Steinberg, (Eds.) Handbook of adolescent psychology (Cap. 11, pp. 331-361). New Jersey: John Wiley & Sons.

American Psychiatric Association, (2002). DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Angold, A., Costello, E. J. (2001). The epidemiology of depression in children and adolescents. En: I.M Goodyer, (Ed.), The depressed child and adolescent (2nd ed., pp. 143–178). Cambridge: Cambridge University Press.

Angold, A., Costello, E.J., Worthman, C.M. (1998 a). Puberty and depression, the role of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological medicine* 28, 51–61.

Angold, A., Costello, E. J., Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 40, 57–87.

Asociación de EMDR-España, (s.f.). Recuperado el 18 de diciembre de 2012 de <http://www.emdr-es.org>.

Depresión e intención de suicidio en una adolescente de 15 años 51

Barker, P. (2004) Basic child psychiatry. London: Blackwell Scientific Publications.

Beck, A., Clark, D. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En I. Caro, (Ed.), Manual de psicoterapias cognitivas. Barcelona: Paidós.

Beck, J.S. (2000) Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización. Barcelona: Gedisa.

Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., et al. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1427–1439.

Blos, P., (1962). On adolescence: A psychoanalytical interpretation. New York: Free Press.

Brent, D.A, Perper, J.A. y cols. (1988). Risk factors for adolescent suicide: A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*. 45, 581-588. Citado en Casullo, M. M. (2004) Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una

urgencia social. Anuario de investigaciones de la Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 12, 173-182.

Bunge, E., Gomar, M., Mandil, J., (2010). Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.

Burak, D.S. (2001). Adolescencia y juventud: Viejos y nuevos desafíos en los albores del nuevo milenio. En: S. Donas Burak, (Ed.) Adolescencia y juventud en América Latina (23-39). Cartago: Libro Universitario Regional.

Camerini, J. (2004). Introducción a la terapia cognitiva. Buenos Aires: Catrec. Depresión e intención de suicidio en una adolescente de 15 años 52

Carr, A. (2002). Depression and attempted suicide in adolescence. Oxford: The British Psychological Society & Blackwell Publishing.

Casullo, M.M. (1998). Adolescentes en riesgo: identificación y orientación psicológica. Buenos Aires: Paidós.

Casullo, M. M., Bonaldi, P., y Fernández Liporace, M. (2000). Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte. Buenos Aires: Lugar.

Casullo, M. M. (2004) Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. Anuario de investigaciones de la Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 12, 173-182.

Casullo, M. M., Contini de González, N. y Fernández Liporace, M. (2005). Estudio comparativo sobre adolescentes en riesgo suicida. Recuperado el 4 de Noviembre de 2010 de http://www.suicidologia.org.ar/files/estudio_comparativo_riesgo_suicida_adolescentes_-_casullo.pdf

Cicchetti, D., Cohen, D. J. (Eds.), (1995a). Developmental psychopathology. Vol. 1: Theory and methods. New York: Wiley.

Cicchetti, D., Cohen, D. J. (Eds.), (1995b). Developmental psychopathology. Vol. 2: Risk, disorder and adaptation. New York: Wiley.

Cicchetti, D., Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. Journal of consulting and clinical psychology, 70, 6-20.

Cicchetti, D., Toth, S.L., (2009). A developmental psychopathology perspective on adolescent depression. En S. Nolen-Hoeksema & L.M. Hilt, (Eds.), Depresión e intención de suicidio en una adolescente de 15 años 53

Handbook of depression in adolescents. (Cap. 1, pp. 3-23) New York: Routledge.

Collins, W.A., Laursen, B, (2004). Parent-adolescent relationships and influences. En R.M. Lerner & L. Steinberg, (Eds.) Handbook of adolescent psychology (Cap. 11, pp. 331-361). New Jersey: John Wiley & Sons.

Contini de González, N.E. (2008). Las habilidades sociales en la adolescencia temprana: Perspectivas desde la psicología positiva. *Psicodebate* 9, 45-64.

Corominas, J. (1990). Breve diccionario epistemológico de la lengua castellana. Madrid: Gredos.

Emslie, G. J., Rush, A. J., Weinberg, W. A., Kowatch, R. A., Hughes, C. W., Carmody, T., et al. (1997). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1031–1037. Citado en Zalsman, G., Shoval, G., Rotstein, L. (2009). Pharmacotherapy for Adolescent De-pression. En S. Nolen-Hoeksema & L.M. Hilt, (Eds.), *Handbook of de-pression in adolescents*. (Cap. 20, pp. 571-588) New York: Routledge.

Essau, C.A., Olendick, T.H. (2009). Diagnosis and assessment of adolescent depression. En S. Nolen-Hoeksema & L.M. Hilt, (Eds.), *Handbook of de-pression in adolescents*. (Cap. 2, pp. 33-52) New York: Routledge.

Erikson, E.H. (2000). El ciclo vital completado. Barcelona: Paidós.

Florenzano, R. (1998). Salud del adolescente y sus conductas de riesgo. San-tiago: Ediciones Universidad Católica de Chile. Citado en: Valdés, M., Serrano, T., Florenzano, R., Rodríguez, J., Huele, G., Cruz-Coke, M., Roizblatt, A., Charlín, R. (2003). Estilo de interacción familiar, desarrollo psico y riesgo psicosocial en la adolescencia. *Psikhe*, Vol.12, 1:125-136.

Ford, T., Goodman, R., Meltzer, H. (2003). The british child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the american academy of child & adolescent psychiatry*, 42, 1203–1211.

Freud, A. (1976). Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente. Buenos Aires: Paidós.

Friedberg, R. D. & McClure, J. M. (2005). Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. Barcelona: Paidós.

Frye, A. A., & Garber, J. (2005). The relations among maternal depression, maternal criticism, and adolescents' externalizing and internalizing symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 1–11. Citado en: Rudolph, K.D. (2009). The interpersonal context of adolescent depression. En S. Nolen-Hoeksema & L.M. Hilt, (Eds.), *Handbook of depression in adolescents*. (Cap. 14, pp. 377-418) New York: Routledge.

Garber, J., Robinson, N. S., & Valentiner, D. (1997). The relation between parenting and adolescent depression: Self-worth as a mediator. *Journal of Adolescent Research*, 12, 12–33. Citado en: Rudolph, K.D. (2009). The interpersonal context of adolescent depression. En S. Nolen-Hoeksema & L.M. Hilt, (Eds.), *Handbook of depression in adolescents*. (Cap. 14, pp. 377-418) New York: Routledge.

Griffa, M.C., Moreno, J.E. (2005). Claves para una psicología del desarrollo. Vol. II. Adolescencia, adultez y vejez. Buenos Aires: Lugar.

Goodyer, I.M., Cooper, P. (1993). A community study of depression in adolescent girls: II. The clinical features of identified disorder, *British Journal of Psychiatry* 163, 374–380.

Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sex, crime, religion and education*. New York: Appleton.

Harrington, R. (1993). *Depressive disorder in childhood and adolescence*. Chichester: Wiley.

Hauser, S., Powers, S., Noam, G. (1991). *Adolescents and their families: Paths of ego development*. New York: Free Press.

Herman-Stahl, M., & Petersen, A. C. (1999). Depressive symptoms during adolescence: Direct and stress-buffering effects of coping, control beliefs, and family relationships. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 20, 45–62. Citado en: Rudolph, K.D. (2009). The interpersonal context of adolescent depression. En S. Nolen-Hoeksema & L.M. Hilt, (Eds.), *Handbook of depression in adolescents*. (Cap. 14, pp. 377-418) New York: Routledge.

Hollis, C. (1996). Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 622–630.

Hops, H., Lewinsohn, P. M., Andrews, J. A., & Roberts, R. E. (1990). Psycho-social correlates of depressive symptomatology among high school students. *Journal of Clinical Child Psychology*, 3, 211–220. Citado en: Rudolph, K.D. (2009). The interpersonal context of adolescent depression. En S. Nolen-Hoeksema & L.M. Hilt, (Eds.), *Handbook of depression in adolescents*. (Cap. 14, pp. 377-418) New York: Routledge.

Kazdin, A. E. (1995). *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Thousand Oaks, California: Sage.

Kobak, R. R., Sudler, N., & Gamble, W. (1991). Attachment and depressive symptoms during adolescence: A developmental pathways analysis. *Development and Psychopathology*, 3, 461–474. Citado en: Rudolph, K.D. (2009). The interpersonal context of adolescent depression. En S. Nolen-

Hoeksema & L.M. Hilt, (Eds.), *Handbook of depression in adolescents*. (Cap. 14, pp. 377-418) New York: Routledge.

Maris, D. (1991). Introduction to assessment and prediction of suicide. *Suicide and life-threatening behavior*, 21, 1-17. Citado en Casullo, M. M. (2004) *Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social*. Anuario de investigaciones de la Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 12, 173-182.

Mojarro Práxedes, M.D. (2008). Depresión y suicidio. *Pediatría integral*, XII (10), 937-946.

Morris, C.G., Maisto A. A. (2001). *Introducción a la psicología*. México: Pearson Educación.

Murphy, G.E. (1986). Suicide and attempted suicide. En: P. Winokur & P. Clayton, (Eds) *The medical basis of psychiatry*. Philadelphia: Saunders. Citado en Casullo, M. M. (2004) *Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social*. Anuario de investigaciones de la

Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 12, 173-182.

Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62, 1049–1065. Citado en: Collins, W.A., Laursen, B. (2004). Parent-adolescent relationships and influences. En R.M. Lerner & L. Steinberg, (Eds.) *Handbook of adolescent psychology* (Cap. 11, pp. 331-361). New Jersey: John Wiley & Sons.

Lemos Giráldez, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: Consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del psicólogo*, 85, 19-28.

Lerner, R.M., Steinberg, L. (2004). The scientific study of adolescent development –past, present and future-. En R.M. Lerner & L. Steinberg, (Eds.) *Handbook of adolescent psychology* (Cap. 1, pp. 1-14). New Jersey: John Wiley & Sons.

Lewinsohn, P. M., Solomon, A., Seeley, J. R., Zeiss, A. (2000). Clinical implications of “subthreshold” depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 345–351.

Linehan M.M., Goodstein J.L., Nielsen S.L., Chiles J.A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51:276-286.

Nolen-Hoeksema, S., Hilt, L.M. (2009). *Handbook of depression in adolescents*. New York: Routledge.

Olsson, G.I., Van Knorring, A.L. (1999). Adolescent depression: prevalence in Swedish high school student. *Acta psychiatrica scandinavica* 99, 324–331.

Orbach, I. (1997). A taxonomy of factors related to suicidal behavior. *Clinical psychology: Science and practice*, 4, 208–224.

Organización Mundial de la Salud, (2002). La violencia autoinfligida. En Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington: Autor.

Paikoff, R. L., & Brooks-Gunn, J. (1991). Do parent–child relationships change during puberty? *Psychological Bulletin*, 110, 47–66.

Páramo, M.A. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia. Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, Vol.29, 1:85-95.

Puig-Antich, J., Kaufman, J., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Dahl, R. E., Lukens, E., et al. (1993). The psychosocial functioning and family environment of depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 244–253. Citado en: Rudolph, K.D. (2009). The interpersonal context of adolescent depression. En S. Nolen-Hoeksema & L.M. Hilt, (Eds.), *Handbook of depression in adolescents*. (Cap. 14, pp. 377-418) New York: Routledge.

Rodríguez Gutiérrez, M. (1994). La vivencia grupal en la adolescencia. En Á. Aguirre Baztán, (Ed.), *Psicología de la adolescencia* (Cap. 11, pp.195-213). Barcelona: Boixareu Universitaria/Marcombo.

Rudolph, K.D. (2009). The interpersonal context of adolescent depression. En S. Nolen-Hoeksema & L.M. Hilt, (Eds.), *Handbook of depression in adolescents*. (Cap. 14, pp. 377-418) New York: Routledge.

Sheeber, L., & Sorensen, E. (1998). Family relationships of depressed adolescents: A multimethod assessment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 268–277. Citado en: Rudolph, K.D. (2009). The interpersonal context of adolescent depression. En S. Nolen-Hoeksema & L.M. Hilt, (Eds.), *Handbook of depression in adolescents*. (Cap. 14, pp. 377-418) New York: Routledge.

Smetana, J. G. (1996). Adolescent-parent conflict: Implications for adaptive and maladaptive development. En D. Cicchetti, & S. L. Toth, (Eds.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Vol. 7. Adolescence: Opportunities and challenges* (pp. 1–46). Rochester: University of Rochester.

Spirito, A., Overholser, J.C. (2003). *Evaluating and treating adolescent suicide attempters. From research to practice*. California: Academic Press.

Stark, K.D., Krumholz, L.S., Ridley K.P., Hamilton, A. (2009). Cognitive behavioral therapy for youth depression: The ACTION treatment program. En S. Nolen-Hoeksema & L.M. Hilt, (Eds.), *Handbook of depression in adolescents*. (Cap. 17, pp. 475-509) New York: Routledge.

Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S., & Dornbusch, S. M. (1994). Overtime changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 65, 754–770. Citado en: Collins, W.A., Laursen, B, (2004). Parent-adolescent relationships and influences. En R.M. Lerner & L. Steinberg, (Eds.) *Handbook of adolescent psychology* (Cap. 11, pp. 331-361). New Jersey: John Wiley & Sons.

Steinberg, L., & Silk, J. S. (2002). Parenting adolescents. En M. H. Bornstein, (Ed.), *Handbook of parenting* (Vol. 1, pp. 103–134). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Susman E.J.; Rogol A. (2004). Puberty and Psychological Development. En R.M. Lerner & L. Steinberg, (Eds.) *Handbook of adolescent psychology* (Cap. 2, pp. 15-44). New Jersey: John Wiley & Sons.

Ubeda, C. (2005) Principales causas de muerte. Ambos sexos, Argentina, año 2005. Recuperado el 30 de septiembre de 2012, de http://www.ptp.org.ar/downloads/Graficos_mortalidad_2005.pdf

Valdés, M., Serrano, T., Florenzano, R., Rodríguez, J., Huele, G., Cruz-Coke, M., Roizblatt, A., Charlín, R. (2003). Estilo de interacción familiar, desarrollo psicosocial y riesgo psicosocial en la adolescencia. *Psikhe*, Vol.12, 1:125-136.

Verduyn, C.; Rogers, J., Wood, A.(2009). *Depression: Cognitive behaviour therapy with Children and Young People*. East Sussex: Routledge.

Weiss, B., Weisz, J. R., Politano, M., Carey, M., Nelson, W. M., Finch, A. J. (1991). Developmental differences in the factor structure of the children's depression inventory. *Psychological assessment: A journal of consulting and clinical psychology*, 3: 38–45.

Zalsman, G., Shoval, G., Rotstein, L. (2009). Pharmacotherapy for Adolescent Depression. En S. Nolen-Hoeksema & L.M. Hilt, (Eds.), *Handbook of de-pression in adolescents*. (Cap. 20, pp. 571-588) New York: Routledge.