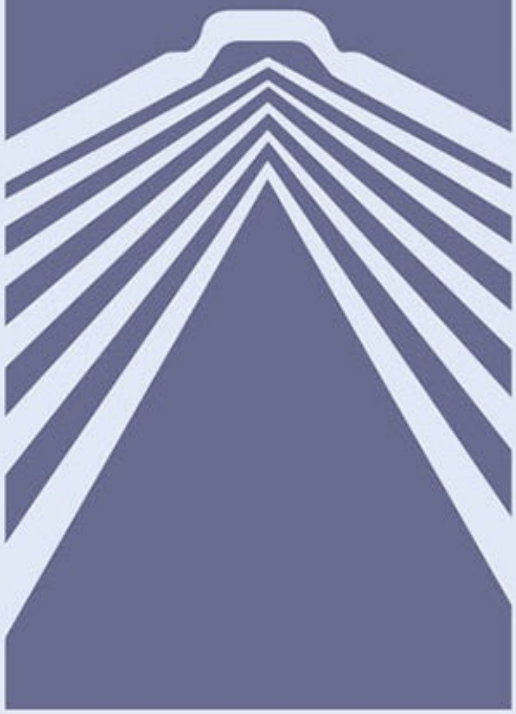


Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes

De la investigación a la consulta

María de la Paz García Vera
Jesús Sanz Fernández

PSICOLOGÍA

PIRÁMIDE

MARÍA DE LA PAZ GARCÍA VERA
JESÚS SANZ FERNÁNDEZ
PROFESORES TITULARES DEL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN
Y PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes

De la investigación a la consulta

EDICIONES PIRÁMIDE

Índice

Prólogo de Francisco Xavier Méndez Carrillo
Prólogo de los autores

Parte primera. Introducción

1. Trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes
   1 ¿Qué son los trastornos depresivos y de ansiedad?
   2. Importancia sociosanitaria de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes
2. Terapias para los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes
   1. ¿Qué terapias aplicar en el tratamiento con niños y adolescentes?
   2. Terapias psicológicas
   3. Terapias farmacológicas
   4. Características del tratamiento psicológico con niños y adolescentes

Parte segunda. Trastornos depresivos en niños y adolescentes

3. Definición, clasificación y modelos explicativos de los trastornos depresivos
   1. Definición de los trastornos depresivos
   2. Clasificación de los trastornos depresivos
   3. Modelos explicativos de los trastornos depresivos
4. Evaluación de los trastornos depresivos
   1. Consideraciones generales
   2. Instrumentos
   3. Evaluación del riesgo de suicidio
   4. Formulación clínica del caso
5. Tratamiento de los trastornos depresivos
   1. Tratamientos eficaces para los trastornos depresivos
   2. Terapias psicológicas
   3. El papel de los tratamientos farmacológicos
   4. Intervención en suicidio
   5. Un ejemplo de programa de tratamiento psicológico para los trastornos depresivos
6. Casos clínicos de tratamiento de trastornos depresivos
   1. Un niño con trastorno depresivo mayor
   2. Una adolescente con trastorno depresivo mayor

Parte tercera. Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes

7. Definición, clasificación y modelos explicativos de los trastornos de ansiedad
   1. Definición de los trastornos de ansiedad
   2. Clasificación de los trastornos de ansiedad
   3. Modelos explicativos de los trastornos de ansiedad
8. Evaluación de los trastornos de ansiedad
   1. Consideraciones generales
   2. Instrumentos
   3. Formulación clínica del caso
9. Tratamiento de los trastornos de ansiedad
   1. Tratamientos eficaces para los trastornos de ansiedad

2. Terapias psicológicas
3. El papel de los tratamientos farmacológicos
4. Un ejemplo de programa de tratamiento psicológico para los trastornos de ansiedad

10. Casos clínicos de tratamiento de trastornos de ansiedad
1. Una niña con trastorno de ansiedad por separación
2. Un niño con trastorno por estrés postraumático

Parte cuarta. Conclusiones

11. El futuro del tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes

Referencias bibliográficas

Créditos

Prólogo de Francisco Xavier Méndez Carrillo

«¿Qué es la vida? Un frenesí.
¿Qué es la vida? Una ilusión,
una sombra, una ficción,
y el mayor bien es pequeño;
que toda la vida es sueño,
y los sueños, sueños son».

PEDRO CALDERÓN DE LA BARCA

Acababa de terminar mis estudios universitarios cuando a través de un amigo fui contratado para trabajar un día a la semana en una guardería «difícil», patrocinada por la obra social de una entidad de ahorros. En aquel lugar del sureste español, de cuyo nombre me acuerdo muy bien, jardín de infancia era la florida denominación oficial, acudía los martes sintiéndome don Quijote de la psicología. Lanza conductista en ristre y adarga cognitiva al costado me presentaba dispuesto a desfacer entuertos, retado por osadas doncellas a las que los padres llamaban «maestras» y los niños «seños». Mi armadura psicológica de recién licenciado tenía solución para todo, mejor aún, era la solución.

Sin dar tregua, la veterana educadora que estaba al frente de los más pequeños me asaltó al principio del curso.

—Javier, quiero que veas a un niño.

—¿Cómo se llama?

—Tomás.

—¿Qué le ocurre?

—Parece autista. Se queda todo el rato en un rincón del aula, sin hablar ni relacionarse con los compañeros.

—El autismo son palabras mayores, Isabel. Contempla el mundo con los ojos de Tomás. Hasta ayer mismo de vacaciones, divirtiéndose, bañándose, viendo la tele en casa y de repente de buenas a primeras se topa con niños que lloran, con adultos que le obligan a colorear de azul el cuadrado sin salirse. ¿No te das cuenta? Se siente abandonado en un planeta extraño de una remota galaxia.

—No digas tonterías. Los demás niños también viven su primera experiencia de cole y, sin embargo, reaccionan distinto.

—Elemental, querida Isabel, elemental. No todos tienen vocación de astronauta, los hay más sensibles que no están por la aventura y acusan los cambios —sonreí ufano de mis estocadas evolutivas y diferencialistas—. Lo que tú refieres se conoce como miedo a lo desconocido. Intenta integrarle y verás como en el plazo de unos días se acostumbra al nuevo entorno.

Se despidió moviendo la cabeza poco convencida.

El martes siguiente lo primero que hice fue visitar la clase de Isabel.

—¿Dónde está Tomás? —pregunté.

—No está —respondió.

—¡Vaya, las leyes de Murphy! El día del psicólogo, el niño no viene.

—Ni ha venido, ni va a venir más —puse cara de extrañeza y ella se apresuró a aclarar—. Su padre está en prisión por trapicheo de drogas, su madre con esquizofrenia paranoide se arrojó desde el cuarto piso este pasado fin de semana. Tomás se ha ido a vivir con los abuelos maternos a una aldea de las Alpujarras.

Fue un mazazo. En mi interior resonaron las palabras de Isabel describiendo a Tomás y su comportamiento: cara triste, profundas ojeras, mirada perdida, no comía, no jugaba... Recordé que en la facultad me había interesado por el tratamiento de la depresión en la infancia pero el profesor, discípulo ortodoxo de Freud, me explicó que no se puede tratar lo que no existe. Para que haya depresión es necesario un sentimiento profundo de culpa, algo imposible antes de la pubertad al no haberse constituido el superyó, esa terrible especie de conciencia moral. No obstante, en mi mente se agolpaba depresión anaclítica, síndrome de hospitalismo, Spitz, Bowlby..., que refutaban aquella opinión. Pero por aquella época yo era un simple Sancho Panza de la psicología, un escudero que no cuestionaba la argumentación del caballero. Así pues, mi primer caso fue un revulsivo que me empujó a buscar información sobre la depresión infantil. Descubrí que el recién publicado DSM-III confirmaba mis sospechas (¿o mis temores?): la depresión infantil no solo existía, sino que era similar a la adulta. Por tanto, la terapia consistía en adaptar el tratamiento cognitivo-conductual al nivel de desarrollo del niño, pero el alma se me cayó a los pies cuando vi las supuestas adaptaciones: «Pablito, ¿por qué estás tan rabiosín? Si mamuchi y papuchi te riñen, es porque te quieren, es por tu bien».

Entonces, amigos míos, tuve un sueño. Un sueño profundamente arraigado en el sueño «terapéutico».

Soñé que algún día los niños serían tomados en serio en vez de ser considerados adultos liliputienses.

Soñé que algún día los problemas emocionales se equipararían a los comportamentales en vez de ser la cenicienta de la psicopatología del desarrollo.

Soñé que algún día se elaborarían terapias específicas para la infancia en vez de versiones infantiloides del tratamiento adulto.

Soñé que algún día tendría en mis manos un manual detallado y riguroso de tratamiento de la depresión infantil en vez de cuatro vaguedades.

Soñé que algún día un libro sobre el miedo a lo desconocido y tantos otros miedos y ansiedades que hacen sufrir a los niños despertaría mi interés.

Hoy mi sueño se ha hecho realidad adoptando la forma de texto ambicioso, sólido, didáctico y útil sobre psicopatología, evaluación y tratamiento de los trastornos

depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes.

En mis ratos libres me dedico al estudio de la psicoquímica, una incipiente disciplina que integra los avances de la psicología positiva, de la psicofisiología humana, de la psicología social, etc. Una de las cuestiones que aborda es por qué ciertas personas inducen bienestar. Algunos autores defienden la hipótesis neuroendocrina, esto es, dichas personas poseerían la capacidad de estimular en los demás la secreción de gozosina, una hormona que provoca sensaciones placenteras. La mayoría, sin embargo, se inclina por el patrón de conducta tipo Bh, una personalidad caracterizada por la bonhomía, la honestidad, el altruismo y la lealtad. Al margen de polémicas teóricas puedo predecir que cuando me encuentre con Mari Paz y con Jesús experimentaré sentimientos de felicidad. Aunque nos separe la distancia te sientes cercano, aunque pase el tiempo te sientes unido. Gracias colegas por el obsequio de esta excelente obra, gracias amigos por vuestro generoso afecto.

Murcia, septiembre de 2016.

XAVIER MÉNDEZ
Catedrático de Tratamiento
Psicológico en la Infancia

Prólogo de los autores

Todos los libros tienen detrás de sí su pequeña historia. En este texto confluyen las historias de sus autores, las nuestras, dos psicólogos y profesores universitarios con perfiles e intereses diferentes, la primera más centrada en la práctica clínica y en la investigación aplicada en psicología clínica y de la salud y el segundo más centrado en la investigación básica en personalidad y psicopatología y en su traslación al ámbito aplicado, pero que juntos llevan más de 20 años estudiando e investigando de manera complementaria tanto sobre los trastornos depresivos y de ansiedad como sobre otros trastornos mentales y problemas de salud. Y precisamente esa complementariedad y ese interés común en trasladar la investigación a la práctica clínica son la pequeña historia que está detrás de este libro y la razón que justifica su subtítulo *(De la investigación a la consulta)*, para el cual se barajaron otras alternativas como *Manual para una práctica clínica fundamentada científicamente, Manual para una práctica clínica eficaz* o *¿Qué funciona para qué niño o adolescente y con qué problema?*, todos los cuales tratan de reflejar esa pequeña historia.

La trayectoria profesional, académica e investigadora de la primera autora ha estado marcada por el interés y las oportunidades de disfrutar con la aplicación clínica de los conocimientos científicos. Desde que comenzó sus primeras intervenciones psicológicas con niños que asistían a clases de apoyo para alumnos en situación o riesgo de exclusión social, han pasado 25 años de relación con la práctica clínica, dieciséis de ellos como directora de la Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, durante los cuales se ha enfrentado a todo tipo de problemas clínicos infanto-juveniles, desde problemas más simples de miedo a la oscuridad en niños pequeños, hasta problemas más complejos de trastornos emocionales y del comportamiento en adolescentes que agreden a sus padres, a veces con riesgo de suicidio, las más con problemas familiares graves, y para los cuales diseñó y puso en marcha, en colaboración con otros investigadores y clínicos, un programa específico de tratamiento para los menores y sus familias. Son esos últimos los casos en los que los profesionales clínicos devoran toda la ciencia que puedan encontrar, con la esperanza de que les ayude a resolverlos, ya que temen lo único que no podrían perdonarse: no haber sabido hacer todo lo posible por ese niño o adolescente y su familia. Por su parte, la trayectoria del segundo autor ha estado más marcada por el interés en cuestiones teóricas y metodológicas, desde los modelos y teorías sobre los procesos cognitivos implicados en los trastornos depresivos y de ansiedad, hasta el diseño y adaptación de instrumentos para la evaluación de la depresión y la ansiedad o el análisis de los métodos y técnicas de

investigación más apropiados para determinar qué terapias son más eficaces y útiles en la práctica clínica.

Pensamos que nuestras trayectorias complementarias confieren al texto una identidad única y un dinamismo caracterizado por la alternancia de diferentes ritmos de lectura y una enorme variedad de contenidos teórico-prácticos basados en la fundamentación científica, en la flexibilidad que impone la práctica clínica y en las habilidades que unirlas conlleva. Ni las cuestiones más teóricas o metodológicas ni las más prácticas se han querido obviar en ninguno de los temas, sino que se ha pretendido abordarlas conjuntamente. Nuestro mayor compromiso ha sido aunar los conocimientos más actuales con la práctica clínica, los resultados de la investigación más reciente con los conocimientos más asentados, y la exposición de los fundamentos y las técnicas de los tratamientos más eficaces con su aplicación concreta en casos clínicos. Si lo hemos conseguido o no, será el lector quien tendrá que decidirlo.

En los capítulos que componen este libro el lector encontrará de forma organizada toda esa información, pero también opiniones personales y las reflexiones que las justifican. No es posible aunar teoría y práctica sin motivar al lector hacia la reflexión. Hemos huido de recomendaciones vagas o de escribir un libro basado simplemente en opiniones y juicios personales, por lo que la inmensa mayoría de la información se acompaña de las oportunas referencias bibliográficas. Pero también, y ya desde los dos primeros capítulos introductorios, hemos querido tomar partido en temas controvertidos, explicando siempre el porqué de nuestras posturas e invitando al lector a la reflexión tal y como, por ejemplo, hemos hecho en la defensa de la utilización del término «trastorno mental» frente a los alternativos de «enfermedad mental» o «problema psicológico» o en la explicación de las características de la intervención psicológica en niños y adolescentes que consideramos más relevantes.

En los capítulos posteriores la obra mantiene una estructura similar, aunque, por razones de claridad, se ha optado por desarrollar los trastornos depresivos y los de ansiedad por separado. Así, para cada uno de ellos se incluyen los mismos apartados: definición, clasificación y modelos explicativos; evaluación, diagnóstico y formulación clínica; tratamientos psicológicos y farmacológicos eficaces y descripción más detallada de un programa de tratamiento, y, finalmente, presentación de casos clínicos ejemplificando la aplicación de los modelos, los instrumentos de evaluación y los tratamientos. En estos apartados se explicará, pues, en qué consisten esos dos grupos de trastornos, cómo reconocerlos, evaluarlos, realizar un buen diagnóstico y poner en marcha un tratamiento eficaz; pero también todas aquellas razones que justifican la importancia sociosanitaria que hoy se confiere a los trastornos depresivos y de ansiedad en los niños y adolescentes, como, por ejemplo, la frecuencia con que se dan, el malestar y los problemas que provocan en los menores y en su entorno, y la gran demanda asistencial que generan.

Para muchos profesionales de la salud, y desde el punto de vista de poder llevar a

cabo una adecuada formulación clínica de los trastornos, esperamos que serán clave los apartados de cada capítulo dedicados a los modelos explicativos, ya que allí se describen los factores causales que podemos identificar e incluir después en la especificación precisa de las relaciones causales importantes y modificables que en cada caso clínico en particular explican sus trastornos, síntomas y problemas psicológicos. Pero también confiamos en que los apartados más leídos sean los dedicados a los tratamientos, en los cuales hemos presentado de manera detallada y actualizada los resultados de las investigaciones sobre la eficacia de los distintos tratamientos disponibles al presente, con la esperanza de que los profesionales que trabajan con niños y adolescentes destierren el preocupante sesgo que se viene produciendo en favor de los tratamientos farmacológicos, aunque este sesgo no sea, al menos a día de hoy, coherente con esos resultados.

Esperamos también que el lector acoja con gusto los apartados específicos que hemos dedicado a temas que nos parecen especialmente relevantes en el ámbito de los trastornos depresivos y de ansiedad como, por ejemplo, los apartados dedicados a la valoración del riesgo de suicidio y al tratamiento de las conductas suicidas, y que, igualmente, acoja con gusto los apartados dedicados a los casos clínicos, en los que se han expuesto con detalle cuatro casos de niños y adolescentes, dos con trastornos depresivos y dos con trastornos de ansiedad. Estos casos se han resuelto siguiendo un cuidadoso proceso de formulación clínica que trata de orientar al lector de forma detallada sobre los pasos a seguir, la lógica de dicha formulación y los aspectos que condicionan la toma de decisiones en el proceso de diseñar la intervención más adecuada y de ajustar a las peculiaridades de cada caso los tratamientos que cuentan con mayor aval empírico sobre su eficacia para los trastornos, síntomas y problemas psicológicos que presenta. Todo ello con una cierta minuciosidad que esperemos que el lector interprete, tal y como era nuestra intención, como una reflexión de hasta qué punto algunas características de los casos son relevantes y condicionan la intervención. La edad de los niños, sus competencias, su modo de ver el mundo y entenderlo, las motivaciones de los padres y sus miedos y pérdidas como consecuencia de los avances de la terapia, son todas ellas características que se deben tener en cuenta para prevenir los obstáculos y potenciar los recursos en el diseño y puesta en marcha de una intervención eficaz. El análisis y formulación clínica de los casos es la principal herramienta de cambio de los profesionales clínicos, y queremos acompañar al lector en su aprendizaje, en cada uno de sus pasos, con la esperanza de que en su recorrido los lectores se descubran haciendo suyos nuestros ejemplos.

En definitiva, el libro alterna teoría y práctica tratando de integrar ambas. Y es que la búsqueda de equilibrios está en el origen y desarrollo de este libro. Por un lado, los objetivos del libro son tanto que sirva como obra de referencia en la formación universitaria de grado de los psicólogos, como que sirva de libro de especialización en su formación de posgrado y de libro de actualización en su formación continua como

profesionales. Creemos que la organización del libro en apartados y subapartados dentro de cada capítulo puede facilitar la selección de los contenidos que se adapten a las necesidades formativas de cada lector. En el grado, por ejemplo, los alumnos podrán centrar sus objetivos y actividades formativas en los conceptos más básicos sobre la definición de los trastornos depresivos y de ansiedad y los datos más generales sobre cómo evaluar estos trastornos y qué tratamientos son los más eficaces y en qué consisten, dejando a los alumnos de niveles formativos más especializados, como por ejemplo los alumnos de másteres, las cuestiones más complejas sobre cómo implementar estos tratamientos en función de las características de los pacientes o los planteamientos más sesudos sobre la naturaleza de los trastornos mentales o sobre la interpretación crítica de las investigaciones terapéuticas y sus resultados. Esto favorecerá el aprendizaje de los contenidos en un currículo en espiral donde los conceptos se irán aprendiendo gradualmente, retomando en el máster o en los cursos de posgrado o de formación continua los temas trabajados en el grado para profundizar en ellos, debatirlos, reconsiderarlos y aplicarlos a nuevas situaciones. Por eso se han incorporado conocimientos básicos y ejemplos prácticos, para que pueda ser un texto de referencia para los estudiantes universitarios que cursen el Grado en Psicología, pero también conocimientos más especializados y casos clínicos para que pueda ser un manual de consulta para los psicólogos que cursen, por ejemplo, los estudios conducentes al título oficial universitario de máster en Psicología General Sanitaria o los conducentes a los títulos propios universitarios relacionados con la psicología clínica y la psicología clínica infanto-juvenil, además de para todos los psicólogos interesados en su formación continua.

Por otro lado, los objetivos del libro son también que pueda servir para los profesionales y los estudiantes de grado y posgrado de otras disciplinas de las Ciencias de la Salud, tales como la pediatría, la medicina de familia, la psiquiatría y la psiquiatría infanto-juvenil. Es más, pensamos que este libro también puede ser de interés para los alumnos y los profesionales de las disciplinas de las Ciencias Sociales que en alguna medida trabajan con niños y adolescentes con trastornos mentales como, por ejemplo, los trabajadores sociales y, por supuesto, para los estudiantes y profesionales de las disciplinas de las Ciencias de la Educación relacionadas con los niños y los adolescentes, como, por ejemplo, pedagogos, psicopedagogos, educadores sociales o profesores de orientación educativa. La posibilidad de detectar los primeros síntomas de estos trastornos en los niños y adolescentes está con mucha frecuencia en manos de esos profesionales, y todos ellos deberían conocer sus síntomas clave y su tratamiento más eficaz, de manera que así, cuando sospechen su existencia, puedan derivar a los menores al profesional clínico más adecuado.

Hace años unos antiguos alumnos nos pidieron ayuda con el hijo de un guardia civil cuyo padre acababa de morir en un atentado terrorista. Al parecer, familiares cercanos le habían dicho que su padre había muerto en un accidente y ellos recordaban cuántas veces

habíamos repetido en las clases que a los niños hay que decirles la verdad, aunque una verdad que puedan comprender. Nos dieron todos los datos del niño: su edad, quiénes formaban su familia, dónde vivía, qué cosas le gustaban..., y le escribimos un cuento. En el cuento intentamos que el niño se identificase con el protagonista haciendo que tuvieran muchas cosas en común, incluido el hecho de que el padre del protagonista moría en un atentado terrorista por haber sido valiente y no abandonar su puesto de trabajo para seguir así vigilando y protegiendo a las personas que vivían en su cuartel. «La gente decía que su padre era un héroe y él estaba triste, pero a la vez se sentía muy orgulloso. Sin embargo, al principio, con la confusión que se produjo tras estallar la bomba, algunos pensaron que había sido un accidente, por eso se lo dijeron así al niño. Pero había sido un atentado». No podemos reproducir en su totalidad el cuento que le enviamos a aquel niño, ya que lo escribimos solo para él y con la única intención de mitigar su dolor y hacerle más comprensible lo que había ocurrido, tratando de calmar algunas inquietudes que pudiera tener a su edad en esa situación. Nunca los conocimos, ni a él ni a su madre. Varias semanas después del atentado, el director general de Apoyo a Víctimas del Terrorismo nos hizo llegar un mensaje de su madre: «Por favor, den las gracias a quien hizo ese cuento para mi hijo, porque todas las noches me pide que se lo lea antes de irse a dormir». Deseamos que los conocimientos de este libro sobre los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes ayuden a los lectores a conseguir momentos tan llenos de sentido como el que nos proporcionó la sola posibilidad de haber ayudado a ese niño que había perdido a su padre en un atentado. Y confiamos en que no olviden que para escribir un cuento o una historia que ayude a un niño o a un adolescente no hay que saber mucho sobre cómo escribir cuentos o historias, sino mucho sobre cómo ayudar a un niño o a un adolescente que sufre.

LOS AUTORES

PARTE PRIMERA

Introducción

1

Trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes

La ansiedad y la tristeza son emociones que acompañan a los seres humanos a lo largo de toda su vida, desde el nacimiento hasta los últimos días de su existencia, y con una utilidad muy superior a la imaginada por la mayoría de las personas. La ansiedad puede salvar la vida de un joven adolescente que se adentra a nadar en el mar sin tener en cuenta las señales de peligro. Cuando las olas rompan sobre su cabeza, trague agua salada y empiece a sentirse físicamente agotado, es probable que le invada una ansiedad que le haga darse la vuelta y, quizá, salvar la vida. Algo más difícil resulta para nuestros pacientes comprender la utilidad de sentir tristeza. La gente huye de la tristeza y la consideran algo inútil que, si es posible evitar, mucho mejor. Pero probablemente nadie querría tener un hijo que no sintiera tristeza después de que su hermano o un buen amigo hubiese fallecido. Estar triste es necesario cuando sufrimos pérdidas importantes y necesitamos aceptarlas y hacernos a la idea de lo que significa lo ocurrido. También puede ayudarnos a valorar más a las personas que queremos, a disfrutar más de ellas mientras podamos. Ansiedad y tristeza son nuestras compañeras de vida.

Pero este libro no va dirigido a esas emociones de ansiedad y tristeza que tienen sentido y nos ayudan a reconocer el peligro o a aceptar y sufrir nuestras pérdidas. Este libro habla de cuando la ansiedad y la tristeza se convierten en un grave problema y pierden su valor adaptativo y el sentido de su existencia. De nada ayuda estar triste y desesperanzado pensando en que uno es una persona con mala suerte y a la que todo le sale mal. No tiene sentido que la ansiedad nos haga salir corriendo cuando van a hacernos un análisis de sangre o nos toca hablar en clase delante de los compañeros. Por eso, cuanto antes enseñemos a los niños a diferenciar la ansiedad y la tristeza con sentido de aquella que es inútil y desadaptativa, antes estarán preparados para reconocer, incluso a pesar de su juventud, cuándo tienen o no un problema que solucionar.

1 ¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD?

Parece obligado, dado su título, empezar este libro aclarando qué se entiende por «trastornos depresivos» y «trastornos de ansiedad». Ambos tipos de trastornos tienen que ver con las emociones y los estados de ánimo, entendidos estos últimos como respuestas

emocionales de una mayor duración. Así, si la *emoción* se concibe como un patrón complejo de cambios que incluye respuestas fisiológicas, procesos cognitivos y reacciones comportamentales que se producen de manera muy estructurada en respuesta a estímulos o situaciones que se perciben como relevantes para las necesidades u objetivos de una persona o para su supervivencia, y que, salvo que el estímulo o la situación persistan, duran segundos o apenas unos pocos minutos, el *estado de ánimo* se entiende como una reacción emocional más duradera, aunque transitoria, que se prolonga desde unos minutos hasta varios días, y eso a pesar de que el estímulo o la situación relacionada con dicha reacción ya no esté presente. Se suelen considerar como básicas las emociones (y los estados de ánimo correspondientes) de tristeza, miedo (o ansiedad), ira y alegría; sin embargo, los niños y adolescentes y, en general, los seres humanos, son capaces de experimentar una amplia gama de emociones y estados de ánimo, tanto negativos como positivos. Es más, muchas veces se experimentan varios de ellos a la vez o se va pasando de uno a otro de forma sucesiva, incluso con mucha rapidez (por ejemplo, cuando a una adolescente le deja su novio por medio de un mensaje de WhatsApp es probable que pase rápidamente del asombro a la tristeza, pero no sería raro que a la vez, o poco después, sintiera enfado hacia el exnovio y ansiedad pensando en lo que dirán sus amigas, ante las cuales tanto había presumido de tener un novio guapísimo). El mundo emocional de los seres humanos es ciertamente rico y complejo en sus experiencias individuales y sus matices.

Se denomina *trastornos depresivos* (o, genéricamente, depresión) a los trastornos que tienen como característica principal una alteración de la respuesta emocional básica de tristeza o de su correspondiente estado de ánimo (estado de ánimo triste o deprimido), mientras que los *trastornos de ansiedad* son aquellos que tienen como característica principal una alteración de la respuesta básica de miedo o ansiedad y su correspondiente estado de ánimo (estado de ánimo ansioso).

1.1. ¿Qué son los trastornos mentales?

Una cuestión más difícil e importante es aclarar qué se entiende por «trastorno» o, específicamente, por «trastorno mental o psicológico», puesto que tener claras las limitaciones y las ventajas de nuestra manera actual de definir este término y de su utilización evitará en mayor medida caer en los problemas que se verán más adelante de cosificación, patologización y medicalización de las contrariedades de la vida cotidiana, problemas más acuciantes y graves si cabe en lo que respecta a los niños y adolescentes. En este sentido, merece la pena reivindicar el concepto de trastorno mental que introdujo la clasificación diagnóstica de la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III)* de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1980/1983), que fue responsable, en parte, de la amplia aceptación que tuvo dicha clasificación no solo entre los psiquiatras sino también entre los psicólogos y entre otros

profesionales relacionados con la salud mental, y que se ha mantenido casi sin cambios en la cuarta edición de esa clasificación o DSM-IV (APA, 1994/1995) y en el texto revisado de esta última o DSM-IV-TR (APA, 2000/2002), contribuyendo también a la gran aceptación y popularidad de esa cuarta edición, que no en vano se llegó a considerar la «biblia de la psiquiatría».

En concreto, el DSM-IV define el **trastorno mental** como «un *síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica*, que aparece *asociado a un malestar* (por ejemplo, dolor), *a una discapacidad* (por ejemplo, deterioro en una o más áreas de funcionamiento) *o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad*. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (por ejemplo, la muerte de un ser querido). *Cualquiera que sea su causa*, debe considerarse como la manifestación individual de una *disfunción comportamental, psicológica o biológica*. Ni el comportamiento desviado (por ejemplo, político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción[1]» (APA, 1994/1995, p. xxi; ni la cursiva ni la nota a pie de página aparecían en el texto original). De esta definición y, sobre todo, del texto marcado en cursiva, se pueden deducir varias ideas importantes.

Primero, que **los trastornos mentales no son necesariamente enfermedades mentales.** Puesto que la enfermedad se define como una «alteración estructural o funcional del organismo que origina la pérdida de la salud» (Real Academia Nacional de Medicina, 2012, p. 568), el concepto de enfermedad mental implica la existencia de una o varias causas biológicas que son responsables de los comportamientos problemáticos que presenta una persona, es decir, implica la existencia de anormalidades en alguna estructura del sistema nervioso o de un funcionamiento anormal de neurotransmisores, hormonas, etc., que a su vez son causados por factores genéticos, infecciosos, traumáticos, intoxicaciones, estrés, etc. La definición de trastorno mental del DSM-IV está abierta a la posibilidad de que los comportamientos problemáticos de una persona sean debidos principalmente a una *disfunción biológica* y, por tanto, a que puedan considerarse propiamente un *síndrome*, entendido este como un conjunto de signos (manifestaciones objetivas) y síntomas (manifestaciones subjetivas) de una enfermedad mental subyacente. Sin embargo, la definición también está abierta a que los comportamientos problemáticos de una persona sean debidos a una *disfunción comportamental o psicológica* y, por tanto, a que puedan definirse más propiamente como un *patrón comportamental o psicológico* de significación clínica debido fundamentalmente a causas psicológicas o socioculturales.

De hecho, es cierto que algunos trastornos mentales tienen causas biológicas claras y se pueden concebir, por tanto, como enfermedades mentales. Tal es el caso, por ejemplo, de los trastornos mentales debidos a una enfermedad médica (por ejemplo, el trastorno

del estado de ánimo por hipotiroidismo, el delirium debido a un traumatismo craneal, la demencia debida a enfermedad de Parkinson) y de los trastornos mentales inducidos por sustancias (por ejemplo, el trastorno de ansiedad inducido por cocaína, el delirium por intoxicación por alcohol o la demencia inducida por mercurio). No obstante, para la mayoría de los trastornos mentales que se recogen en el DSM-IV, especialmente para los denominados trastornos depresivos y de ansiedad, no existen datos empíricos sólidos que indiquen la existencia de causas biológicas, es decir, de que los comportamientos clínicamente significativos sean debidos fundamentalmente a anormalidades estructurales o funcionales del cerebro, del sistema nervioso o del organismo en general. De hecho, esta falta de datos es compatible con la ausencia, al menos hasta ahora, de algún marcador biológico de dichos trastornos lo suficientemente fiable y válido para que el diagnóstico se base exclusivamente en él. Subrayar esa falta de datos sólidos no equivale, por supuesto, a negar que los procesos neurofisiológicos intervienen en todos los comportamientos y, por tanto, también en todos los problemas de comportamiento; negarlo supondría caer en el reduccionismo anacrónico del dualismo mente-cuerpo. Por otro lado, afirmar que no existen pruebas sólidas que indiquen la existencia de causas biológicas claras para los trastornos depresivos y de ansiedad tampoco invalida que se puedan proponer e investigar, como se está haciendo con profusión, teorías e hipótesis sobre el papel de posibles causas biológicas en dichos trastornos, así como posibles marcadores biológicos de las mismas.

Lo que sí quiere decir esa afirmación, en cambio, es que, aceptando la multicausalidad biopsicosocial de los trastornos mentales, la cuestión de las causas *fundamentales* de la mayoría de los trastornos mentales no está resuelta, estando abierta a muchas teorías e hipótesis y de muy diversos tipos (biológicas, psicológicas, socioculturales). Es más, dicha definición es compatible con la afirmación de que en la mayoría de los trastornos depresivos y de ansiedad, especialmente en niños y adolescentes, las teorías e hipótesis actualmente más validadas empíricamente y más útiles proponen que las causas fundamentales de dichos trastornos, aunque no únicas, son causas psicológicas y psicosociales.

Por tanto, una segunda idea que se desprende de la definición de trastorno mental del DSM-IV es que **los trastornos mentales pueden tener como causas fundamentales factores psicológicos o socioculturales,** y no solo biológicos, y que será la investigación empírica al respecto la que dictará para cada trastorno mental qué hipótesis o teoría o qué conjunto de hipótesis y teorías son las más adecuadas según el estado actual de nuestros conocimientos al respecto.

Una tercera idea que se infiere de la definición de trastorno mental del DSM-IV es que **los trastornos mentales son constructos o conceptos** que los investigadores y los profesionales de la salud mental utilizan para entender una realidad muy compleja que son las conductas que están asociadas a malestar, disfuncionalidad, limitación, incapacidad, irracionalidad o anormalidad estadística. Lo que existe es un niño que llora,

grita, patalea y se niega a entrar al colegio y que corre a los brazos de su madre cada vez que lo deja en la puerta, una adolescente que se siente triste y vacía, que piensa que no vale para nada, que llora desconsoladamente y que no se siente con ganas ni con fuerzas para ir al instituto y ni siquiera para levantarse de la cama, o un niño preocupado por hacer bien los deberes de la asignatura de dibujo, que sufre porque no le sale el dibujo tal y como cree que debería hacerlo, que dedica horas y horas a realizar un dibujo tras otro porque nunca está satisfecho y que no consigue dormir pensando en que al día siguiente suspenderá la asignatura. Estos niños y adolescentes y sus conductas existen; que los investigadores y profesionales de la salud mental supongan que, por ejemplo, los sentimientos de tristeza y vacío de la adolescente, sus pensamientos de inutilidad, su llanto, su cansancio, su desinterés y su inactividad están todas ellas relacionadas, se asemejen a las que presentan otras personas con experiencias biográficas parecidas, no vayan a desaparecer sin ayuda en un tiempo razonable e incluso vayan a agravarse, no sean debidas a una enfermedad médica o a una intoxicación por el consumo de alguna sustancia y sean, en cambio, explicables por otras causas biopsicosociales, y que, para resumir esa suposición, utilicen el término «trastorno depresivo mayor», es tan solo el producto de una construcción teórica que resulta útil para resolver el problema científico que representan todos esos comportamientos y, sobre todo, para tratar de ayudar a esa adolescente. Por tanto, es lógico que, a medida que avancen los conocimientos científicos, pueda cambiar la manera de entender y concebir los trastornos mentales o que incluso se pueda prescindir del propio constructo y del término si ya no parecen útiles. Mientras tanto, es importante no caer en el error de cosificar o reificar los trastornos mentales, sustituir sin base empírica el concepto de trastorno mental por el de enfermedad mental y medicalizar sin motivos sólidos todos los trastornos psicológicos e incluso, tal y como se verá más adelante, la vida cotidiana.

Una cuarta idea que se deduce de la definición de trastorno mental del DSM-IV es que **es muy difícil distinguir lo que es un trastorno mental de lo que no lo es.** Se han propuesto varios criterios para hacer esta distinción y considerar si una conducta es normal o anormal/patológica, o si un patrón de conductas es normal o un trastorno mental. Por ejemplo:

— *Malestar o sufrimiento personal.* Este criterio supone que las conductas anormales conllevan un estado de sufrimiento para la propia persona; de hecho, en muchas ocasiones ese sufrimiento es el que mueve a la persona a buscar ayuda. Por ejemplo, tras una fuerte discusión con sus padres una adolescente empezó a llorar descontroladamente, notó que se le cortaba la respiración y que le temblaba todo el cuerpo, sintió un sudor frío, taquicardias y una presión muy fuerte en el pecho y empezó a gritar que se moría. Los padres, alarmados, la acompañaron a urgencias, donde los médicos les dijeron que había sufrido un ataque de pánico (o crisis de angustia) y les recomendaron que fueran al psicólogo o al psiquiatra si se repetía.

Aunque la adolescente no quería oír hablar de psicólogos o de psiquiatras, la experiencia había sido tan horrible que cuando a la semana siguiente volvió a sufrir un ataque de pánico, esta vez en su instituto, a los padres no les costó convencerla para ir a la consulta de una psicóloga.

— *Incapacidad o falta de adaptación al entorno.* Este criterio considera que las conductas anormales son aquellas que provocan un deterioro importante en la actividad familiar, social, escolar, etc., de la persona. Por ejemplo, Mario, de 12 años, perdió a su padre en un accidente de tráfico hace 6 meses. Desde entonces se ha sumido en una profunda tristeza y se muestra callado y huraño, incluso agresivo. Ha disminuido drásticamente su rendimiento escolar y no es seguro que pueda promocionar a la ESO (Enseñanza Secundaria Obligatoria), lo cual es muy llamativo, ya que antes era el mejor estudiante de su clase, y ha dejado de invitar a sus amigos a casa para jugar ni tampoco va a casa de ninguno, lo cual antes hacía muy frecuentemente, casi todas las semanas.

— *Irracionalidad e incomprensibilidad.* Según este criterio, las conductas anormales son conductas descabelladas e inexplicables para el observador. Por ejemplo, ¿cómo es posible que una adolescente tenga miedo y salga corriendo cuando ve una cucaracha a la que podría aplastar fácilmente?

— *Malestar o sufrimiento en terceras personas.* Este criterio supone que las conductas anormales son aquellas que causan sufrimiento a otras personas, como por ejemplo ocurre con los ataques de ira en los que hay conductas de agresión verbal o física hacia los demás.

— *Descontrol.* Este criterio se refiere a si la persona siente que no puede controlar sus conductas, que están fuera de su voluntad, de manera que, por ejemplo, no puede impedir realizarlas a pesar de que sean perjudiciales para ella misma o para los demás. Por ejemplo, Carlos, un adolescente de 16 años, cada vez que toca algo que no ha limpiado previamente tiene que ir inmediatamente a lavarse las manos con jabón durante no menos de 15 minutos, ya que cree que todo está contaminado de bacterias y hongos; a pesar de que ya tiene heridas en las manos de tanto lavárselas y de que, tras cinco minutos de lavado, le duelen mucho, Carlos no puede evitar hacerlo cada vez que le tocan o toca algo «contaminado».

— *Limitación o desventaja.* Según este criterio, las conductas anormales suponen una pérdida de la libertad de obrar de la persona, limitan sus opciones futuras de acción o le impiden alcanzar sus metas o las metas habituales que alcanza cualquier individuo de su cultura. Por ejemplo, las compañeras de clase y los profesores de Luisa le han pedido que toque la guitarra en el acto de fin de curso; aunque le apetecía muchísimo, tuvo que decir que no, ya que le produce una gran ansiedad tan solo pensar en tocar delante de gente. Por esta razón, y a pesar de que tocar bien la guitarra y ser profesora de música es su gran sueño, sigue dando clases particulares de guitarra en casa con el mismo profesor que la enseñó de

pequeña, y nunca ha querido ir a ninguna escuela de música o conservatorio, ya que allí obligan a los alumnos a dar conciertos.

— *Inflexibilidad.* Este criterio considera como anormales las conductas que se repiten en todas las situaciones y en todos los momentos, sin que haya posibilidad de cambiarlas o adaptarlas a diferentes circunstancias. Por ejemplo, Felipe, un niño de 8 años, necesita hacer el mismo largo y complicado ritual todas las noches a la hora de irse a la cama: beber un poco de agua, dar un beso a papá y luego otro a mamá, colocar sus cuatro muñecos preferidos uno en cada esquina de la cama, meterse en la cama sin que se caigan los muñecos, doblar la sábana y la manta en una posición particular..., y, con frecuencia, si hay algún cambio o «fallo» en su ritual (por ejemplo, un muñeco se cae o mamá entra a la habitación para darle un segundo beso), tiene que volver otra vez a empezar desde el principio, ya que si no se angustia mucho.

— *Desviación estadística.* Según este criterio, las conductas anormales son conductas que son muy distintas de las que presentan el resto de la población, que se alejan de la normalidad estadística. Por ejemplo, Sara tiene casi 11 años y desde hace tres meses no quiere dormir sola en su habitación, ya que tiene miedo a la oscuridad y a los fantasmas que puedan aparecer. Los padres están desconcertados y han acudido a la consulta de la psicóloga porque su pediatra les ha dicho que Sara ya es mayor para tener esos miedos, que el miedo a la oscuridad y a los seres imaginarios como fantasmas y monstruos es normal entre 6 y 8 años, pero no en niños más mayores (véase el capítulo 7).

— *Etiología.* Este criterio supone que las conductas anormales son aquellas que son el resultado de una determinada causa anómala, como por ejemplo un acontecimiento de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica o una intoxicación por una determinada sustancia. Por ejemplo, después de tomar una pastilla de éxtasis («un marciano»)[2] que le dio su amigo en la discoteca, Sergio, de 16 años, empezó a notar mucho calor y a sudar, tenía la boca seca y sentía que le faltaba el aire, y, de repente, empezaron las palpitaciones, los mareos, los temblores, la tensión en la mandíbula y la angustia, creía que se iba a volver loco y salió corriendo de la discoteca totalmente fuera de control.

Aunque cada uno de estos criterios puede ser un indicador útil para realizar la distinción normal/anormal sobre algún tipo de conducta o patrón de conductas, no existe ningún criterio aislado que sea necesario ni ninguno que sea suficiente (Vázquez, 1990). Es verdad que tanto los trastornos depresivos como los de ansiedad conllevan un malestar o sufrimiento intenso en los niños y adolescentes en forma de sentimientos muy profundos de tristeza, miedo, ansiedad, desesperación, etc., y, por tanto, podría pensarse que esta es una característica presente en toda conducta anormal y, por tanto, necesaria para la definición de trastorno mental. Sin embargo, a veces las conductas que se

consideran anormales no van acompañadas de una sensación de malestar personal (por ejemplo, las conductas persistentes y repetitivas de crueldad con los animales o de vandalismo en la escuela de un niño no conllevan necesariamente malestar en el propio niño y, en cambio, pueden ser consideradas parte de un trastorno disocial) o incluso pueden ir acompañadas de todo lo contrario, de una sensación de felicidad (por ejemplo, el estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, alegre o eufórico de un adolescente puede ser considerado parte del episodio maníaco o hipomaníaco del trastorno bipolar). Por otro lado, ese malestar o sufrimiento, cuando se produce, tampoco es suficiente por sí solo para definir la conducta anormal, ya que está presente en muchos comportamientos cotidianos de los niños y adolescentes (por ejemplo, pocos niños o adolescentes disfrutan realizando un examen, sino todo lo contrario). Por tanto, para considerar una conducta o un patrón de conductas como anormal o patológico hay que tener en cuenta varios de esos criterios simultáneamente, y esta combinación de criterios puede ser distinta para cada conducta o patrón de conductas en particular.

Además, esos criterios hay que valorarlos teniendo en cuenta el contexto en que se produce la conducta. No hay ninguna conducta que por sí misma sea anormal, sino que lo anormal es el binomio conducta-contexto (Mahoney, 1980, citado por Vázquez, 1990). Tras un atentado terrorista con coche bomba, un adolescente afectado por la explosión puede tener la sensación de estar separado de su cuerpo (despersonalización) y experimentar el mundo como irreal o fantástico (desrealización), pero estas conductas, si duran solo un día, no se consideran parte del trastorno por estrés agudo, ya que se consideran reacciones normales ante una situación anormal. Como bien recuerda Vázquez (1990), el canibalismo es un indicador casi seguro de un trastorno mental grave, pero, en circunstancias extremas, como por ejemplo las que ocurrieron durante la tragedia del accidente aéreo en la cordillera de los Andes en 1972[3], dicha conducta no se considera anormal o patológica.

En definitiva, ninguno de los criterios anteriormente señalados equivale al concepto de trastorno mental, sino que es necesario valorar el binomio conducta-contexto en función de varios de esos criterios. A esta complejidad hay que añadirle la dificultad de la propia valoración. La definición de trastorno mental del DSM-IV señala que un síndrome o patrón psicológico o de conducta debe ser «clínicamente significativo» para ser un trastorno mental, por lo que cabría preguntarse: ¿cuándo un síndrome o patrón comportamental o psicológico es clínicamente significativo? La contestación a esta pregunta remite, a su vez, a varias preguntas: ¿cuándo el malestar es significativo?, ¿cuándo la discapacidad o el deterioro en el funcionamiento social, familiar, laboral o escolar son significativos?, ¿cuándo se ha aumentado de forma significativa el riesgo de morir o de sufrir malestar, discapacidad o pérdida de libertad? Todas estas son cuestiones que debe plantearse el profesional de la salud mental al realizar lo que se denomina «juicio clínico» y para las que no hay una respuesta tajante, un límite claro o una diferenciación «todo o nada».

Más bien, las respuestas a estas preguntas se comprenden mucho mejor desde una perspectiva dimensional de la conducta humana en la que esta se concibe como una variable continua a lo largo de la cual es posible situar a todas las personas. Por ejemplo, la tristeza puede variar entre la congoja leve que suele acompañar la visión de algunas películas melodramáticas y la pena intensa propia de la depresión. Desde esta perspectiva dimensional, la conducta anormal o patológica se entiende en términos de diferencias en frecuencia, intensidad o duración y, al igual que sucede con otras variables continuas (por ejemplo, la presión arterial), establecer el límite es siempre difícil y algo arbitrario, aunque, obviamente, no del todo. Es fácil llegar al acuerdo de que si un adolescente se queja de estar triste y sufrir mucho, de no poder estudiar ni rendir bien en el instituto ni salir con sus amigos ni disfrutar de sus aficiones cada vez que está triste, y de que esto le ocurre todos los días, la mayor parte del día, durante los últimos seis meses, esa tristeza debe considerarse anormal o patológica o un síntoma (sin la connotación, obviamente, de que sea la manifestación de una enfermedad). Si el adolescente comenta, en cambio, que eso solo le ocurrió ayer, lunes, también sería fácil llegar al acuerdo de que esa tristeza debe considerarse normal, uno de esos malos días o «lunes» que todas las personas tienen de vez en cuando. Si además los estudios indican que en el primer caso, pero no en el segundo, la tristeza suele estar asociada en el futuro a, por ejemplo, una tasa más alta de recurrencia, un riesgo mayor de suicidio, una mayor probabilidad de buscar ayuda o una mayor disfuncionalidad, entonces hay una base empírica para considerar que la primera tristeza es anormal y la segunda normal (Angst, Hengartner, Ajdacic-Gross y Rössler, 2014; Wakefield y Schmitz, 2013). Más difícil sería decidir si es normal o anormal tener esa tristeza durante una semana. El DSM-IV considera que si esa tristeza, con esas características de malestar, disfuncionalidad y frecuencia diaria, ocurre durante dos semanas, se podría considerar, teniendo en cuenta otros criterios (por ejemplo, la presencia de otras cuatro conductas anormales depresivas; véase el capítulo 3), parte de un patrón anormal de comportamientos, es decir, parte de un trastorno mental que se denomina trastorno depresivo mayor (si no es debido a una enfermedad física o al consumo de sustancias o no se acompaña de otras conductas anormales que caracterizan a otros trastornos mentales, en particular los trastornos psicóticos o los trastornos bipolares). Pero, si esa tristeza ocurre durante una semana o diez días, ¿sería también anormal o patológica, parte de un trastorno mental? En este caso, el DSM-IV remite a una categoría diagnóstica denominada trastorno depresivo no especificado, en la cual se agrupan patrones anormales de comportamiento muy variados que no encajan en su definición de trastorno depresivo mayor o trastorno distímico (véase el capítulo 3), y entre los cuales, por ejemplo, estaría aquel en el que esa tristeza dura más de 2 días, pero menos de 2 semanas, siempre y cuando ese período de tristeza se repita una vez al mes como mínimo y durante 12 meses consecutivos. Así que, de nuevo, cabría preguntarse: ¿Y si esos períodos se repiten durante tan solo 9 meses consecutivos, sería esa tristeza también anormal o patológica, parte de un trastorno

mental? Como se puede apreciar, la línea divisoria entre normalidad/anormalidad es en algunas ocasiones difusa y, por tanto, puede cambiar en función del contexto en que se produce la conducta o sobre la base de los resultados de la investigación disponible en cada momento (por ejemplo, la investigación sobre si existen diferencias entre la tristeza que dura dos semanas y la que dura menos en cuanto a su curso, disfuncionalidad, riesgo de suicidio, etc.; por ejemplo, Angst y cols., 2014; Pezawas, Angst y Kasper, 2005; Wakefield y Schmitz, 2013; Zimmerman, Martínez, Dalrymple, Chelminski y Young, 2013).

Esta situación no es exclusiva de la psicopatología (y de la psicología clínica y la psiquiatría). La hipertensión arterial «se define por un aumento sostenido de la tensión arterial sistólica, de la tensión arterial diastólica o de ambas por encima de las cifras convencionalmente aceptadas como normales» (Real Academia Nacional de Medicina, 2012, p. 858), distinguiéndose dentro de la misma la hipertensión arterial esencial, que representa aproximadamente el 90-95 % de los casos, y en la cual las elevaciones de la presión no pueden atribuirse a ninguna causa orgánica conocida (García-Vera y Sanz, 2000). Esta definición de hipertensión comparte con la definición de trastorno mental el problema de establecer el límite o cifra de presión arterial a partir de la cual se considera que la presión arterial no es normal, ya que esta variable es continua y tiene una distribución normal o gaussiana dentro de la población. Puesto que la hipertensión es uno de los principales factores de riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular, cabría pensar que el límite sería el valor de presión arterial en el que comienza a ser un riesgo. Sin embargo, la investigación no ha identificado hasta ahora un claro umbral o punto de corte a partir del cual aparece dicho riesgo, ya que la relación entre nivel de presión arterial y riesgo cardiovascular también es continua y proporcional. Por esta razón, a lo largo de la historia de la medicina se han propuesto distintas cifras para distinguir hipertensión de normotensión, cifras que han llegado a oscilar entre 120 y 180 mmHg para la presión sistólica y entre 70 y 110 mmHg para la diastólica (García-Vera y Sanz, 2000). Tampoco resuelve el problema de definición de la hipertensión la propuesta de algunos investigadores de establecer el límite en aquel valor de presión arterial en el que los beneficios de intervenir terapéuticamente exceden los riesgos y costes de no hacerlo (Kaplan, 1990), puesto que ambos criterios, beneficios y riesgos-costes, son también continuos y proporcionales a los valores de presión arterial. De hecho, en los últimos 30 años ha habido una tendencia a disminuir los niveles de presión arterial que definen la hipertensión: si en 1978 la Organización Mundial de la Salud definía la hipertensión a partir de valores de presión sistólica/diastólica de 160/95 mmHg, desde 1993 y actualmente la define por valores iguales o mayores que 140/90 mmHg.

La viabilidad de la perspectiva o modelo dimensional para entender los trastornos mentales, modelo que también se conoce como hipótesis de la continuidad entre la conducta normal y anormal, es incluso mucho más sólida en los trastornos depresivos y de ansiedad que en otros tipos de trastornos mentales. Y esto no solo porque parezca

evidente que existen semejanzas entre, por ejemplo, el estado de ánimo triste normal y el estado de ánimo deprimido, entre los miedos normales y las fobias, entre las preocupaciones normales y las preocupaciones ansiosas o entre los hábitos (o «manías») normales de orden y limpieza y las obsesiones-compulsiones, o porque parezca también evidente que sus diferencias son, fundamentalmente, diferencias en la intensidad, frecuencia y duración de esas conductas o diferencias en la intensidad, frecuencia o duración del malestar o disfuncionalidad que provocan, sino porque, además, existen varios estudios empíricos que confirman la hipótesis de la continuidad tanto en los trastornos depresivos (Baldwin y Shean, 2006; Cox, Enns, Borger y Parker, 1999; Enns, Cox y Borger, 2001; Flett, Vredenburg y Krames, 1997) como en los trastornos de ansiedad (Broman-Fulks y cols., 2009; Forbes, Haslam, Williams y Creamer, 2005; Mataix-Cols y cols., 2003).

El problema de distinguir entre conducta normal y anormal, entre patrones comportamentales normales y trastornos mentales, es mucho más difícil en el caso de los niños y adolescentes. El desarrollo psicológico infantil y adolescente sigue unas pautas marcadas de manera importante por unos determinantes normativos biológicos (por ejemplo, la madurez biológica) y ambientales (por ejemplo, los procesos normativos de socialización). Estos determinantes son normativos en el sentido de que: *a*) se relacionan fuertemente con la edad cronológica, y *b*) son, en general, similares en su dirección en todos los niños o adolescentes de la misma edad, de manera que conociendo la edad del niño o adolescente se pueden hacer predicciones sobre sus procesos de desarrollo (Baltes, 1998). De hecho, como se verá en el próximo capítulo, conocer esas pautas normativas de desarrollo es importante para distinguir entre conducta normal y anormal. Sin embargo, el desarrollo psicológico infantil y adolescente también está determinado por influencias biológicas y ambientales históricas, es decir, asociadas a un momento histórico determinado y que son aplicables a los niños y adolescentes de una o varias generaciones (por ejemplo, la dieta o el modelo familiar típicos de una generación), y también por influencias biológicas y ambientales no normativas, es decir, influencias cuya aparición, naturaleza y secuenciación no están ligadas a ninguna dimensión temporal evolutiva y no son aplicables a muchos niños o adolescentes, por lo que no siguen un curso ni predecible ni general (Baltes, 1998). Además, a pesar de las pautas normativas de desarrollo, existen diferencias individuales en los ritmos de desarrollo que a veces son notables, de manera que aunque dichos procesos vayan en la misma dirección, el ritmo puede diferir y, por tanto, a veces la edad cronológica del niño o adolescente no es un buen indicador de su nivel de desarrollo y, por consiguiente, es más difícil valorar el contexto evolutivo en el que se produce su conducta. Finalmente, la niñez y la adolescencia son las etapas evolutivas en las que se producen más cambios en menos tiempo. En definitiva, a pesar de la existencia de pautas normativas de desarrollo psicológico, los límites entre las conductas normales y anormales en la niñez y la adolescencia son más difusos y su distinción más difícil debido, en parte, a la gran

cantidad de cambios que se producen en esas etapas y a la existencia de diferencias individuales en los ritmos de desarrollo, cambios y ritmos que están parcialmente determinados por influencias históricas y no normativas.

En definitiva, en este libro se comparte la definición de trastorno mental que propone el DSM-IV (no tanto, como se verá más adelante, la definición que propone su nueva edición, el DSM-5) y se entienden los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes como patrones de conductas que se presentan con una frecuencia, intensidad o duración mayor de lo que cabría esperar en función del contexto o del nivel de desarrollo del niño o adolescente, y que causan malestar o deterioro clínicamente significativos en la actividad familiar, escolar, social o en otras áreas importantes de la actividad del menor, o van asociados a un riesgo elevado de morir o de sufrir discapacidad o malestar clínicamente significativos. Por supuesto, evaluar si estos criterios se cumplen y, especialmente, su significación clínica, constituye un juicio clínico intrínsecamente difícil, siendo preciso en los niños y adolescentes que la evaluación de estos criterios y, en especial, del deterioro en el funcionamiento se base en informaciones sobre la actividad del menor procedentes no solo de ellos mismos, sino también de sus padres, de otros miembros de la familia (por ejemplo, sus hermanos), de sus maestros o de sus amigos.

Por otro lado, en aras de homogeneizar el lenguaje y facilitar la comunicación con otros profesionales de la salud mental y de otros ámbitos de la salud que trabajan con niños y adolescentes, en este libro, siguiendo también al DSM-IV, se utilizarán los términos psicopatológicos de «síntoma» y «signo», pero no para referirse a manifestaciones de una enfermedad, sino para referirse, respectivamente, a conductas anormales de carácter subjetivo (solo percibidas por la persona que la presenta; por ejemplo, estado de ánimo deprimido, preocupación ansiosa) y a conductas anormales de carácter objetivo (observables para un observador diferente a la persona que lo presenta; por ejemplo, sudoración, temblores). Por supuesto, la investigación empírica puede que finalmente establezca que un determinado síntoma o signo que forma parte de un trastorno emocional es la manifestación de una enfermedad subyacente, pero esto sería una cuestión empírica, no implícita en el significado de los términos. En consonancia, para referirse a los patrones de conductas anormales también se utilizará el término de síndrome como conjunto de signos y síntomas que varían simultáneamente y que tienden a aparecer con características similares en diversos niños y adolescentes.

1.2. Los problemas de reificación, patologización y medicalización en los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes

La utilización de los términos trastorno mental, síndrome, síntoma y signo conlleva algunos riesgos que se deben evitar, riesgos que ya fueron señalados en los años sesenta y setenta del siglo pasado (por ejemplo, Rosehan, 1973; Szasz, 1961, 2008), pero que

muy acertadamente han recordado y argumentado varios autores españoles en los últimos años (Ezama Coto, Alonso y Fontanil Gómez, 2010; González Pardo y Pérez Álvarez, 2007; López Méndez y Costa Cabanillas, 2012a, 2012b, 2013, 2014).

El primero es el riesgo de *cosificación* o *reificación* del concepto de trastorno mental. Las expresiones como «este niño tiene un trastorno de ansiedad», «un adolescente con depresión», «una niña que sufre de fobia social» o «Alicia padece un trastorno por estrés postraumático» son frases que pueden llevar a considerar que el «trastorno de ansiedad», la «depresión», la «fobia social» o el «trastorno por estrés postraumático» son algo real que se tiene o padece, que existen realmente al margen del niño o adolescente. Como ya se comentó de forma extensa en el epígrafe anterior, «trastorno de ansiedad», «depresión», «fobia social» y «trastorno por estrés postraumático» son solamente conceptos o constructos que proporcionan nada más (ni nada menos) que hipótesis para entender la realidad compleja de las conductas que están asociadas a malestar, disfuncionalidad, limitación, irracionalidad, etc.[4].

El problema de cosificar los trastornos mentales es triple.

Por un lado, sitúa la causa de las conductas anormales fuera del control del propio niño o adolescente y de sus experiencias vitales con su familia, sus amigos, su colegio, etc., lo cual puede crear indefensión en el menor y en sus padres (por ejemplo, «no puedo hacer nada porque tengo depresión», «no hay nada que podamos hacer por nuestra hija porque tiene fobia social») y favorecer que ambos no acepten responsabilidad alguna en el origen o mantenimiento de esas conductas (por ejemplo, «no sé por qué quiere que vaya a su consulta o por qué quiere hablar conmigo, ya que los problemas de mi hijo se deben a la depresión que tiene»).

Por otro lado, la reificación sitúa la causa de las conductas anormales en un constructo que se ha creado para referirse a esas conductas, pero que en realidad no existe *per se*, y, por tanto, se corre el riesgo de no identificar, en cambio, las verdaderas causas de dichas conductas. Así, en un ejercicio tautológico, se puede llegar a afirmar que un niño sufre ansiedad y preocupaciones excesivas y persistentes porque tiene un trastorno de ansiedad generalizada y, a la vez, justificar la existencia de este trastorno porque precisamente el niño sufre ansiedad y preocupaciones excesivas y persistentes, las cuales serían síntomas o indicadores de ese trastorno subyacente, cuando, en realidad, el trastorno de ansiedad generalizada es solo un constructo creado justamente para describir que un niño está experimentando simultáneamente ansiedad y preocupaciones excesivas y persistentes y, en todo caso, para ayudar a formular hipótesis que permitan su comprensión.

Finalmente, la cosificación del concepto de trastorno mental favorece que este se entienda y se equipare al de enfermedad mental, ya que el constructo de enfermedad mental también asume que existe algo fuera del control del menor y de sus padres (una anomalía orgánica, una disfunción biológica o un desequilibrio bioquímico) que es el responsable de las conductas anormales del niño o adolescente.

Por tanto, la cosificación del constructo de trastorno mental favorece el segundo de los riesgos que implica su utilización: la *patologización*, esto es, considerar que todos los trastornos mentales son en realidad enfermedades mentales. Lo que empezó siendo un nombre para designar a las conductas anormales que se observan en un niño o adolescente y que permitía la formulación de distintas hipótesis sobre las causas de sus conductas, se transforma en una enfermedad real que es la causa de dichas conductas y sobre la que, además, no hay ninguna duda, ya que, por ejemplo, la «agorafobia» ya no implica que puede haber distintas hipótesis sobre las conductas de evitación y escape de una adolescente en situaciones como hacer cola, pasar por un puente y viajar en metro, sino que simplemente la agorafobia es una enfermedad que causa esas conductas de evitación o escape. La utilización adicional de los términos «signo» y, sobre todo, «síntoma» refuerzan la idea de que todos los trastornos mentales son enfermedades mentales. Si no se tiene en cuenta la matización que se expuso al final de epígrafe anterior, cada conducta anormal que se denomina síntoma se puede entender implícitamente con el significado original de dicho término: como una manifestación de una enfermedad subyacente. Por tanto, la utilización del constructo de trastorno mental puede acarrear el riesgo de que las conductas anormales puedan ser descritas como síntomas causados por una enfermedad (por ejemplo, «llora casi por cualquier cosa porque tiene un trastorno depresivo», «no quiere ir de excursión con sus compañeros de clase porque tiene un trastorno de ansiedad de separación»), y que incluso cualquier otro comportamiento del niño o adolescente también pueda ser categorizado como un síntoma de la enfermedad que padece. Por ejemplo, las conductas de evitación que se denominan agorafóbicas suelen provocar que los adolescentes que las presentan tengan dificultades para llevar a cabo sus actividades diarias, desde ir al instituto hasta salir con los amigos, y, en muchos casos, esto provoca en ellos sentimientos de desmoralización, tristeza e impotencia; sin embargo, la patologización implica que la causa de estos sentimientos ya no es que el adolescente esté perdiendo fuentes de refuerzo (por ejemplo, las salidas con los amigos) debido a sus conductas de evitación, o al menos, que esto sea una hipótesis posible para explicar sus sentimientos, sino que simplemente la causa de tales sentimientos es su enfermedad (por ejemplo, «lo que me dice de su hijo es normal en su estado, ya que la agorafobia también causa a veces un estado de ánimo deprimido»).

Una vez equiparado trastorno mental con enfermedad mental, el tercer riesgo de la utilización del concepto de trastorno mental cae por su propio peso: la *medicalización.* Puesto que son consideradas enfermedades, se asume automáticamente que el tratamiento de los trastornos mentales debería incidir en la supuesta anomalía orgánica, disfunción biológica o desequilibrio bioquímico que está causando las conductas anormales o síntomas, es decir, el tratamiento debería ser de tipo médico, en particular con fármacos denominados psicotrópicos, psicoactivos o psicofármacos. Aunque no haya datos empíricos sólidos sobre la existencia de esa anomalía, disfunción o

desequilibrio, si trastorno mental se equipara a enfermedad entonces se supone que en algún momento se encontrarán tales datos y, mientras tanto, se asume que lo más provechoso es investigar cualquier tipo de variable biológica que pudiera estar alterada, probar la eficacia de distintos psicofármacos y tratar todos los trastornos mentales con los psicofármacos actualmente disponibles, aunque sus efectos positivos no estén claros. A la vez, la equiparación de trastorno mental con enfermedad mental implica que de manera automática se descarte la posibilidad de que las causas de los trastornos puedan no ser biológicas, sino psicológicas o sociales, y que se prescinda de la aplicación de los tratamientos psicológicos o se minusvalore su utilidad.

Los riesgos de reificación, patologización y medicalización se pueden ilustrar con la situación ficticia que López Méndez y Costa Cabanillas (2013) plantean a propósito del clásico estudio de Watson y Rayner (1920/2000) sobre el condicionamiento del miedo en un niño: el famoso caso de «Albertito» o «el pequeño Alberto» *(little Albert).* Como se recordará, Watson y Rayner estudiaron las reacciones de Albert B., un niño sano de 9 meses, ante varios estímulos, entre ellos una rata blanca y un conejo, a los cuales se acercó y tocó sin ningún tipo de miedo, así como su reacción a un sonido muy fuerte producido al golpear con un martillo una barra de metal suspendida y ante el cual el niño se sintió atemorizado y rompió a llorar. Posteriormente, cuando Albert tenía once meses y tres días de edad, Watson y Rayner le sometieron a un procedimiento de condicionamiento clásico: le presentaron la rata blanca (estímulo inicialmente neutro), y cuando el niño acercó su mano a ella y la tocó hicieron sonar la barra de metal (EI: estímulo incondicionado), lo que le provocó un sobresalto violento (RI: respuesta incondicionada). Cuando repitieron el procedimiento, el niño volvió a sobresaltarse y empezó a llorar (RI). El procedimiento se repitió otras cinco veces y en el octavo ensayo se presentó a Albert únicamente la rata blanca. En el instante en que la rata blanca apareció, el niño empezó a llorar y trató de alejarse de ella gateando (RC: respuesta condicionada). Watson y Rayner habían conseguido condicionar la respuesta de miedo de Albert a la rata blanca (EC: estímulo condicionado). Es más, cinco días más tarde, la respuesta condicionada a la rata continuaba, y cuando en lugar de la rata blanca se le presentó un conejo o un abrigo de pieles se encontró la misma respuesta de miedo condicionada: el niño se apartó, empezó a gimotear y finalmente estalló en lágrimas. La respuesta condicionada de miedo se había generalizado a estímulos parecidos a la rata blanca. Hasta aquí, resumidamente, lo que está documentado que ocurrió en el caso de Albertito (Watson y Rayner, 1920/2000). Esta historia constituye el punto de partida de López Méndez y Costa Cabanillas (2013) para preguntarse qué habría pasado si el caso del Albertito hubiera sido consultado con unos expertos en el modelo anatomoclínico (o biomédico) de la conducta anormal.

Inspirándonos en esta situación hipotética, cabría imaginarse qué pasaría si, en un ejercicio de ciencia ficción, la madre de Albertito, seis años más tarde, viajara con su hijo en una máquina del tiempo hasta nuestra época y buscara ayuda profesional para ese

miedo a los conejos y a las ratas que el niño desarrolló y que aún continúa. El profesional elegido por la madre habría podido obtener la siguiente información de ella:

a) Que Albertito sufre un miedo intenso cada vez que está cerca de una rata o un conejo.
b) Que nada más ver a uno de estos animales rompe a llorar desconsoladamente y se abraza a su madre.
c) Que Albertito evita pasar al patio donde la madre tiene un pequeño conejito como mascota, y que si la madre trata de acercase al animal con el niño, este patalea y sale corriendo aterrorizado.
d) Que estas conductas de miedo y evitación-escape alteran la vida familiar de Albertito y su madre, ya que esta se dedica ahora a la cría de conejos en la granja en la que viven.
e) Que las conductas de miedo y evitación-escape duran ya más de seis meses, en concreto cinco años.
f) Que las conductas de miedo y evitación-escape se limitan a estos animales, pero no parece que el niño tenga miedo a otros objetos o situaciones.

Cuando el profesional hubiera comparado esa información con los criterios diagnósticos del DSM-IV, habría constatado que en el caso de Albertito se cumplen todos y cada uno de los criterios para el diagnóstico de fobia específica, tipo animal. El profesional podría, entonces, concluir e informar a la madre que «Albertito tiene fobia» y, si no es consciente de lo que implica realmente el concepto de «fobia específica, tipo animal» del DSM-IV, de lo que implica la propia definición de trastorno mental del DSM-IV, podría injustificadamente ir más allá de ese enunciado declarativo y argumentar: «Es un caso de libro. El miedo, el llanto, los abrazos y las conductas de evitación y de huir corriendo son síntomas que indican que su hijo padece fobia específica, de tipo animal. Cuando ve a un conejo, la fobia que tiene su hijo le produce todo ese miedo y le hace llorar y correr despavorido». Sin embargo, está claro que en el caso de Albertito no es la fobia la causa de que tenga miedo y huya ante los conejos, sino la experiencia de aprendizaje que tuvo con Watson y Rayner, en concreto el aprendizaje de una respuesta de miedo condicionada a una rata blanca y que se generalizó a los conejos.

El profesional podría ir aún más allá y equiparar trastorno mental con enfermedad mental y suponer, por tanto, que en la fobia específica: «La dotación genética puede dar lugar a una predisposición individual para sufrir trastornos de ansiedad. Sobre esa predisposición pueden actuar factores de riesgo durante la etapa intrauterina (consumo de drogas, estrés materno) o circunstancias adversas durante los primeros años (maltrato, mala crianza), a los que pueden sumarse otros acontecimientos vitales desfavorables (pobreza, enfermedad psiquiátrica de los padres). Todo ello se traduce en alteraciones del sistema nervioso, endocrino e inmune, perturbándose la respuesta al estrés, los

mecanismos inmunológicos frente a las agresiones y la función de la corteza cerebral prefrontal, la amígdala y el hipocampo ante las vicisitudes de la vida» (Mardomingo Sanz, 2012, p. 27). Por tanto, el profesional asumiría que el miedo y las conductas de evitación-escape de Albertito ante los conejos son producto de alteraciones del sistema nervioso, endocrino e inmune y de alteraciones de la función de la corteza cerebral prefrontal, la amígdala y el hipocampo, y, en consecuencia, asumiría también que la mejor solución para su fobia es algún tipo de fármaco que corrigiera esa alteración: «Las situaciones de miedo producen un aumento de glutamato y un descenso de GABA (ácido gamma-aminobutírico), mientras que la serotonina produce el efecto contrario: descenso de glutamato y aumento de GABA; de ahí la acción terapéutica en los trastornos de ansiedad de los fármacos que potencian la función de la serotonina» (Mardomingo Sanz, 2005, p. 130; véase el capítulo 2). En consecuencia, cabría la posibilidad de que si el profesional valora el miedo y la evitación de Albertito como moderados o graves le prescribiera algún inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina o ISRS (por ejemplo, fluoxetina; Mardomingo Sanz, 2005, 2012), y eso a pesar de que la investigación empírica no ha demostrado ni la eficacia ni la seguridad de los ISRS en las fobias específicas infantiles o adolescentes y que actualmente no hay ningún ISRS aprobado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para el tratamiento de las fobias en niños y adolescentes (véase el capítulo 9). Pero, funcione o no el ISRS, la cuestión es que, en el caso de Albertito, no fue ninguna alteración del sistema nervioso, endocrino o inmune ni ninguna alternación funcional de la corteza cerebral prefrontal, la amígdala o el hipocampo las que causaron su miedo y evitación ante los conejos, sino el aprendizaje de una respuesta de miedo condicionada en el laboratorio de Watson y Rayner, y, en consecuencia, la estrategia terapéutica mejor encaminada sería aquella dirigida a modificar ese aprendizaje por medio, por ejemplo, de una terapia de exposición que favorezca la habituación o la extinción de la respuesta condicionada de miedo o el aprendizaje de una nueva asociación entre conejos y respuestas positivas incompatibles con el miedo (véase el capítulo 9). Por supuesto, esto no quiere decir que todos los casos de fobia específica sean necesariamente explicables por procesos de condicionamiento clásico tras haber sufrido una experiencia aversiva ni tampoco que la terapia de exposición sea necesariamente la más eficaz para la fobia, pero parece claro que la reificación del concepto de trastorno mental y su equiparación con el de enfermedad mental pueden acarrear que esas posibilidades ni siquiera se planteen, aun siendo ciertas como lo son en el caso de Albertito y a pesar de que el concepto de trastorno mental, tal y como lo definió el DSM-IV, no implica ni mucho menos que las hipótesis biológicas y los tratamientos psicofarmacológicos sean necesariamente los más adecuados.

En definitiva, el mal uso del concepto de trastorno mental puede llevar a una reificación, patologización y medicalización de los trastornos mentales e incluso a una patologización y medicalización de cualquier conducta o patrón de conductas de la vida

cotidiana que puedan resultar raras o problemáticas, sin que esté nada claro que dichas conductas sean anormales en el sentido mencionado líneas atrás (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007; López Méndez y Costa Cabanillas, 2012a, 2012b, 2013, 2014). De hecho, la nueva edición del DSM-IV recientemente publicada, esto es, su quinta edición o DSM-5 (APA, 2013/2014), parece que ha podido caer en algunos momentos en esos errores, y son muchas las voces críticas que han señalado que algunos de los nuevos trastornos mentales que recoge el DSM-5, como por ejemplo el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (véase el capítulo 3), son patologizaciones y medicalizaciones injustificadas de problemas cotidianos y normales de la vida. Curiosamente, entre esas voces críticas está incluso la del que fuera director del DSM-IV, Allen Frances (2014). De hecho, es revelador e inquietante en ese sentido, que el DSM-5 haya modificado la definición de trastorno mental del DSM-IV y del DSM-III y que ya no hable de «un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica», sino tan solo de «un síndrome», lo que puede denotar cierto sesgo patologizador y medicalizador. De ahí la preferencia en este libro por la definición de trastorno mental del DSM-IV frente a la del DSM-5, aunque en otros aspectos son prácticamente iguales.

Después de alertar de los riesgos que puede acarrear un mal uso del concepto de trastorno mental, se podría argüir, como no sin razón han hecho otros (Ezama Coto y cols., 2010; López Méndez y Costa Cabanillas, 2012a, 2012b, 2013, 2014), si no sería mejor olvidarse de ese concepto y buscar otro alternativo que no presente esos problemas y esté más arraigado en la tradición epistemológica de la psicología. En este sentido, se han propuesto conceptos como el de «problema psicológico» (López Méndez y Costa Cabanillas, 2012a, 2012b, 2013, 2014) o el de «disfunción» (Ezama Coto y cols., 2010). Es probable que el uso de estos dos conceptos pudiera evitar en mayor medida los problemas de reificación, patologización y medicalización; sin embargo, ambos conceptos no permiten superar las dificultades sustanciales que existen en delimitar lo normal de lo anormal, lo problemático de lo no problemático, lo funcional de lo disfuncional. Pero, además, ambos conceptos no presentan alguna de las ventajas que sí tiene el de trastorno mental. A la primera de estas ventajas ya se aludió en el epígrafe anterior. El concepto de trastorno mental es utilizado por profesionales de la salud de muy distintas disciplinas y, por tanto, su utilización permite homogeneizar el lenguaje y facilitar la comunicación interdisciplinar. Por otro lado, el concepto también es utilizado en otros ámbitos no relacionados con la salud, pero en los cuales se toman decisiones de índole legal, social o económicas muy importantes para la vida de las personas (por ejemplo, en el ámbito legal y forense para hacer juicios sobre la responsabilidad criminal, la competencia o el derecho a recibir compensaciones por discapacidad, o en el ámbito de los seguros privados de salud para tomar decisiones sobre el derecho y la extensión de la cobertura sanitaria). La expansión del concepto de trastorno mental entre la población general, aunque muchas veces puede ser también una

fuente de problemas (por ejemplo, cuando supone la estigmatización de una persona; Rosehan, 1973), aporta igualmente la ventaja de tener un cierto lenguaje común, permite subrayar la importancia de algunas conductas anormales cuando, por ejemplo, los padres o el colegio las minusvaloran, o facilita que ciertas ideas erróneas sobre los trastornos mentales no tengan impacto en los niños y adolescentes con trastornos depresivos y de ansiedad (por ejemplo, cuando se considera erróneamente que el trastorno depresivo es simplemente un problema de voluntad, de manera que si, por ejemplo, al adolescente con depresión le cuesta levantarse de la cama e ir al instituto, esto se debe simplemente a que no tiene fuerza de voluntad).

En resumen, en este libro se ha optado por seguir utilizando el concepto de trastorno mental y, por consiguiente, el de trastornos depresivos y de ansiedad, siendo conscientes de sus riesgos, pero apostando por sus ventajas y por un uso riguroso y no sesgado del mismo. Por otro lado, debería ser obvio por todo lo dicho hasta ahora que la importancia que tiene en algunos contextos hacer un buen diagnóstico e identificar si un niño o adolescente tiene o no un trastorno depresivo o de ansiedad no implica en absoluto que en la práctica clínica no se ayude a todos los niños y adolescentes que acuden en busca de una solución para sus problemas, constituyan estos un trastorno mental o no. Piénsese, por ejemplo, en un niño de 5 años que desde hace quince días tiene miedo a la oscuridad y quiere que su madre duerma con él. Este es un miedo habitual en esta edad (véase el capítulo 7), lo que, unido a su corta duración, haría que se descartase un diagnóstico de fobia específica. Sin embargo, si la madre no consigue dormir bien con su hijo y se siente cansada por la mañana, y los padres no saben cómo manejar esa situación, estaría plenamente justificada una intervención que acelerase la desaparición natural de ese miedo, pese a que el niño no tiene ningún trastorno.

2. IMPORTANCIA SOCIOSANITARIA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Hasta los años ochenta del siglo pasado, los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes no fueron considerados un problema ni muy grave ni muy frecuente por los profesionales de la salud mental. Por un lado, tanto la comunidad científica como el público en general parecían identificar la niñez con un período feliz de la vida en el que, normalmente, no habría motivos para la depresión, la preocupación o la ansiedad patológicas, ya que tales problemas estarían relacionados con sucesos estresantes típicos de los adultos (por ejemplo, divorcio, paro, conflictos de pareja, despido laboral o problemas financieros). Por otro lado, se consideraba que la existencia de ciertos miedos en la infancia era parte del desarrollo normal y se solía recomendar a los padres que no se preocuparan en exceso por ellos, ya que a medida que el niño creciera sus temores desaparecerían. En los últimos 30 años, sin embargo, ha aumentado de forma importante el reconocimiento de la gravedad y frecuencia de los trastornos depresivos y de ansiedad

en la infancia y en la adolescencia y, en consecuencia, ha crecido el interés científico y profesional por sus características, causas, evaluación y tratamiento.

2.1. Frecuencia de los trastornos depresivos y de ansiedad en la infancia y la adolescencia

De ser un problema casi ignorado hace unos años, su elevada prevalencia y gravedad han convertido a los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes en una prioridad sanitaria y social para la cual, afortunadamente, se cuenta con varias alternativas terapéuticas relativamente eficaces, tal y como se verá más adelante en los capítulos 5 y 9. Los datos epidemiológicos disponibles actualmente son muy elocuentes respecto a la elevada frecuencia de dichos trastornos en la infancia y adolescencia.

Las cifras exactas de prevalencia varían mucho entre los estudios, debido en parte a si estos miden la depresión o la ansiedad como síndrome (definido por la presencia de una puntuación alta en una escala o cuestionario de depresión o de ansiedad) o como trastorno (basado en una entrevista diagnóstica), o a si usan una muestra incidental[5] o una muestra representativa de la población estudiada. No obstante, estudios recientes realizados con entrevistas diagnósticas estructuradas y con muestras representativas de la población general de niños y adolescentes del país correspondiente sugieren, como puede verse en la tabla 1.1, que la prevalencia de los trastornos depresivos y de ansiedad es relativamente alta.

Respecto a los trastornos de ansiedad, los resultados de los estudios recogidos en la tabla 1.1 indican que la prevalencia al año del conjunto de los trastornos de ansiedad oscila aproximadamente entre un 1 % y un 7 %, e incluso puede llegar entre adolescentes hasta casi el 25 %, aunque dicha prevalencia varía entre los países (más baja en los adolescentes chinos que en los adolescentes estadounidenses; Kessler y cols., 2012; Leung y cols., 2008) y entre los distintos tipos de trastornos de ansiedad, siendo los más frecuentes la fobia específica y la fobia social (en el capítulo 7 se describen los distintos tipos de trastornos de ansiedad). Por ejemplo, se estima que la prevalencia al año de la fobia especifica oscila entre 3,4 % y 15,8 % en adolescentes, y que la de la fobia social es de 2,5 % en niños y oscila entre 2,6 % y 8,2 % en adolescentes (Canino y cols., 2004; Kessler y cols., 2012; Leung y cols., 2008). Curiosamente, otros trastornos de ansiedad que son muy frecuentes en los adultos tanto de la población general como de la población clínica, como por ejemplo el trastorno de angustia con o sin agorafobia, son poco habituales en adolescentes y aún menos en niños (0,4 % en niños de 8-15 años y 0,5 % en niños de 4-17 años; Merikangas y cols., 2010b; Canino y cols., 2004).

Los estudios de la tabla 1.1 también indican que la prevalencia de los trastornos depresivos, aunque menor que la del conjunto de trastornos de ansiedad, también es importante. Es más, teniendo en cuenta la prevalencia de cada trastorno de ansiedad en particular, la prevalencia del trastorno depresivo mayor —el trastorno depresivo más

grave— es más alta que la de los demás trastornos de ansiedad, con la excepción, en algunas edades, de la fobia específica o de la fobia social. En concreto, se podría estimar que la prevalencia en el último año del trastorno depresivo mayor en niños es aproximadamente del 3 % (Canino y cols., 2004; Merikangas y cols., 2010b), y que estas cifras ascienden paulatinamente con la edad hasta alcanzar los porcentajes más altos en la adolescencia (véase la tabla 1.1). Así, por ejemplo, entre los adolescentes de 13 a 18 años se ha encontrado que, en el último año, un 7,5 % han sufrido un trastorno depresivo mayor y un 1,3 % un trastorno distímico —un tipo de trastorno depresivo menos grave que el depresivo mayor, pero más persistente (véase el capítulo 3)— (Avenevoli, Swendsen, He, Burstein y Merikangas, 2015). Además, a medida que se alcanza la adolescencia, y durante la misma, la prevalencia de los trastornos depresivos empieza a ser más alta entre las chicas que entre los chicos, mientras que por debajo de los 12 años no existen prácticamente diferencias entre sexos (Avenevoli y cols., 2015; Merikangas y cols., 2010b).

TABLA 1.1
Prevalencia de los trastornos depresivos y de ansiedad según el DSM-IV en niños y adolescentes

	Prevalencia vital en adolescentes			**Prevalencia en el último año**			
	Merikangas y cols. (2010a) (Estados Unidos, 13-18 años)		**Essau y cols. (2000) (Alemania, 12-17 años) (%)**	**Niños de 8-15 años**	**Niños de 4-17 años**	**Adolescentes (edad media = 13,8 años)**	**Ado de**
	Con deterioro moderado o grave (%)	**Con deterioro grave (%)**		**Merikangas y cols. (2010b) (Estados Unidos) (%)**	**Canino y cols. (2004) (Puerto Rico) (%)**	**Leung y cols. (2008) (China) (%)**	**K cols Ave col (E Uni**
Trastornos depresivos:							
— Depresivo mayor.	11,7	8,7	17,9	2,7	3,0	1,3	
— Distímico.	—	—	—	1,0	0,5	—	
Trastornos de ansiedad:							
— Fobia específica.	19,3	0,6	3,5	—	—	3,4	
— Fobia social.	9,1	1,3	1,6	—	2,5	2,6	
— Ansiedad de separación.	7,6	0,6	—	—	3,1	0,7	

— Estrés postraumático.	5,0	1,5	1,6	—	0,8	—
— Agorafobia.	2,4	2,4	4,1	—	—	0,4
— Angustia.	2,3	2,3	0,5	0,4	0,5	—
— Ansiedad generalizada.	2,2	0,9	0,4	0,3	2,2	0,4
— Obsesivo-compulsivo.	—	—	1,3	—	—	0,7
— Cualquier trastorno de ansiedad.	31,9	8,3	18,6	0,7	6,9	6,9

Todos los datos están basados en muestras representativas de la población general de niños o adolescentes del país correspondiente y evaluadas con entrevistas diagnósticas estructuradas.

Los resultados de los estudios de la tabla 1.1 son coincidentes con los obtenidos en un reciente metaanálisis realizado sobre 41 estudios llevados a cabo en 27 países de todas las regiones del mundo sobre la prevalencia de los trastornos mentales en la población general de niños y adolescentes (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye y Rohde, 2015). En este estudio, cuyos principales resultados aparecen en la tabla 1.2, se estimó que, a nivel mundial, aproximadamente un 13,4 % de los niños y adolescentes sufren algún trastorno mental, siendo el más frecuente los trastornos de ansiedad, que afectan a un 6,5 % de los niños y adolescentes del mundo. Por su parte, se estimó que los trastornos depresivos afectan a un 2,6 % de la población mundial de niños y adolescentes, aunque otro estudio metaanalítico centrado únicamente en la prevalencia de los trastornos depresivos y que analizó los resultados de 26 estudios eleva significativamente esa tasa de prevalencia en los adolescentes: 2,8 % para los niños menores de 13 años, pero 5,6 % para los adolescentes de 13-18 años (Costello, Erkanli y Angold, 2006).

TABLA 1.2
Prevalencia estimada en la población mundial de los principales trastornos mentales en niños y adolescentes

Trastorno	Prevalencia (%)	Intervalo de confianza al 95 %
— De ansiedad.	6,5	4,7-9,1
— Por comportamiento perturbador:	5,7	4,0-8,1
• Negativista desafiante.	3,6	2,8-4,7
• Disocial.	2,1	1,6-2,9

— Por déficit de atención e hiperactividad.	3,4	2,6-4,5
— Depresivos:	2,6	1,7-3,9
• Depresivo mayor.	1,3	0,7-2,3
— Cualquier tipo de trastorno mental.	13,4	11,3-15,9

FUENTE: Polanczyk y cols. (2015).

En España, hasta el momento, no se ha publicado ningún estudio epidemiológico de ámbito nacional sobre la prevalencia de los trastornos mentales en la población general de niños y adolescentes. Sin embargo, hay algunos datos que indican que la frecuencia de los trastornos depresivos y de ansiedad en nuestro país es, al igual que en el resto del mundo, muy alta. Por ejemplo, Gómez Beneyto y cols. (1994, citado por Gómez-Beneyto, 2007) realizaron un estudio con una muestra aleatoria de 1.200 niños y niñas de 8, 11 y 15 años de Valencia y encontraron que la prevalencia puntual de los trastornos mentales en su conjunto era de 21,7 %, porcentaje que se reducía a 4,4 % si solo se consideraban los trastornos moderados y graves. Como se puede ver en la tabla 1.3, los investigadores de este estudio también encontraron que los trastornos de ansiedad eran los terceros más frecuentes, afectando aproximadamente al 7% de los adolescentes de 15 años, al 4 % de los niños de 11 años y casi al 2 % de los de 8 años. Los trastornos depresivos también afectaban a un porcentaje relevante de la población general de niños y adolescentes valencianos y, como ocurría con los trastornos de ansiedad, eran más frecuentes en los adolescentes (2,5 %) que en los niños de 8 y 11 años (0,7 % y 0,9 %, respectivamente).

Recientemente, Ezpeleta, de la Osa y Doménech (2014) han llevado a cabo un estudio con una muestra aleatoria de 622 niños y niñas de 3 años de la población de Barcelona y encontraron que, tras los trastornos del sueño y los trastornos por comportamiento perturbador, los trastornos de ansiedad eran el tercer tipo de trastorno psicológico más frecuente, con un 6,6 % de los menores afectados, mientras que los trastornos depresivos eran el cuarto tipo más frecuente, con un 3,4 %. Entre los trastornos de ansiedad, los más frecuentes eran, por este orden, la fobia específica (3,7 %), el trastorno de ansiedad de separación (2,2 %) y la fobia social (1,9 %), mientras que entre los trastornos depresivos lo eran el trastorno depresivo no especificado (3,0 %) y el trastorno depresivo mayor (0,4 %).

TABLA 1.3
Prevalencia puntual estimada de los principales trastornos mentales en niños y adolescentes en España

	Edad

Trastorno	8 años (%)	11 años (%)	15 años (%)
— Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.	14,4	5,3	3,0
— Trastorno por comportamiento perturbador.	1,7	4,1	6,9
— Trastornos de ansiedad:	1,7	4,1	6,7
• Trastorno fóbico.	0,7	2,5	1,9
• Trastorno de ansiedad por separación.	1,7	1,2	—
• Trastorno obsesivo-compulsivo.	0,3	0,3	—
— Tics.	6,4	0,6	4,9
— Trastornos del sueño.	0,7	4,4	4,9
— Trastornos de eliminación.	11,1	2,2	—
— Trastornos depresivos.	0,7	0,9	2,5

FUENTE: Gómez Beneyto y cols. (1994), citado por Gómez-Beneyto (2007).

Mucho se ha especulado sobre si las cifras de prevalencia que se recogen en este último estudio o en las tablas 1.1, 1.2 y 1.3 son ahora mayores que en el pasado, estando en lo cierto la creencia popular de que los niños y adolescentes de ahora, debido, por ejemplo, al estrés de sus largas jornadas de actividades escolares y extraescolares, tienen más problemas de ansiedad y depresión que los de hace 40-50 años. De hecho, un estudio sobre tres generaciones británicas evaluadas a la edad de 15-16 años en 1974, 1986 y 1999 encontró una tendencia a un aumento de 1986 a 1999 en la magnitud de los problemas emocionales tanto en chicos como en chicas (Collishaw, Maughan, Goodman y Pickles, 2004), mientras que otros estudios epidemiológicos han encontrado incrementos sustanciales en la prevalencia de los trastornos depresivos en las generaciones nacidas después de mediados de los años sesenta del siglo pasado (Kessler, Avenevoli y Merikangas, 2001). Sin embargo, otros investigadores argumentan que tales hallazgos son el resultado de artefactos metodológicos relacionados con la utilización en algunos de esos estudios epidemiológicos de procedimientos de recogida de información que solicitan al participante que recuerde los primeros episodios depresivos que tuvieron varios años atrás (Costello y cols., 2006). Por tanto, según estos investigadores, cuando en lugar de información retrospectiva se utiliza información concurrente obtenida evaluando a niños y adolescentes de la misma edad, pero de generaciones sucesivas, y preguntándoles por los síntomas que tienen ahora o han tenido en el pasado más reciente, el efecto generacional sobre la prevalencia de la depresión infantil y adolescente

desaparecería. En esta dirección apuntarían los resultados del metaanálisis de Costello y cols. (2006). Tras analizar 26 estudios sobre la prevalencia puntual o en los últimos 3, 6 o 12 meses de los trastornos depresivos en niños y adolescentes y examinar el efecto del año de nacimiento sobre las tasas de prevalencia, Costello y cols. (2006) no encontraron pruebas de que se hubiera producido un aumento en la frecuencia de la depresión infantil o adolescente entre 1965 y 1996.

En conclusión, se haya producido o no un aumento en los últimos años de la prevalencia de los trastornos depresivos y de ansiedad, lo cierto es que los estudios epidemiológicos indican consistentemente que los trastornos depresivos y de ansiedad en la infancia y la adolescencia son, en términos de extensión, un problema sociosanitario importante, que afecta a un porcentaje considerable de la población general infantil y adolescente.

2.2. Demanda asistencial por trastornos depresivos y de ansiedad en la infancia y la adolescencia

Un segundo indicador de la importancia sociosanitaria de los trastornos depresivos y de ansiedad en los niños y adolescentes es la demanda asistencial que generan dichos trastornos. Como ocurre en otros países, los trastornos depresivos y de ansiedad son en España dos de los trastornos más frecuentes en la población infantil y adolescente que es atendida en los centros de salud especializados (véase la tabla 1.4). Por ejemplo, Bragado y cols. (1998) entrevistaron a los padres y a los niños-adolescentes (6-17 años) que solicitaban ayuda profesional en dos servicios de salud mental de Madrid, y encontraron que, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-III-R, los trastornos más frecuentes eran los de ansiedad (26,7 %) y, en quinta posición, los depresivos (5,5 %)[6]. Aláez Fernández, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil (2000) examinaron los diagnósticos CIE-10 que había recibido una muestra de 404 niños y adolescentes atendidos en la unidad de psicología de un centro comunitario de salud de Madrid, encontrando que los diagnósticos más frecuentes eran, tras los trastornos por comportamiento perturbador, los depresivos (14,6 %) y los de ansiedad (13,3 %). Goñi Sarriés, Fernández Montalvo, Landa González y García de Jalón Aramayo (2009) analizaron el perfil clínico de una muestra de 215 niños y adolescentes atendidos en un centro de salud mental de Navarra, descubriendo que los trastornos más prevalentes, siguiendo los criterios diagnósticos de la CIE-10, eran los trastornos de la actividad y la atención, seguidos de los de ansiedad (18,1 %) y de los depresivos (14 %). Más recientemente, Navarro-Pardo, Meléndez Moral, Sales Galán y Sancerni Beitia (2012) analizaron los diagnósticos DSM-IV que habían recibido 588 niños y adolescentes derivados por los pediatras de atención primaria a una unidad especializada de salud mental de la infancia y la adolescencia en Catarroja (Valencia), y hallaron que los trastornos más frecuentes, después de los trastornos por comportamiento perturbador, eran los trastornos de ansiedad (16,4 %),

ocupando los trastornos del estado de ánimo (trastornos depresivos y bipolares) la novena posición en términos de prevalencia (3 %).

Analizando conjuntamente los resultados de los estudios anteriores (véase la tabla 1.4) se podría estimar que, en España, el 17,6 % de los niños y adolescentes que acuden en busca de ayuda a centros y unidades especializadas en salud mental tienen un diagnóstico de trastorno de ansiedad y el 8,8 % de trastorno depresivo, ocupando estos trastornos la segunda y quinta posición, respectivamente, entre los trastornos psicológicos más frecuentes en esa población. Por otro lado, los datos de esos estudios también indican de manera consistente que la frecuencia de los trastornos depresivos es mayor en la adolescencia que en edades más tempranas (Aláez Fernández y cols., 2000; Bragado y cols., 1998; Goñi Sarriés y cols., 2009); por el contrario, los trastornos de ansiedad presentan en algunos estudios una prevalencia similar en todas las edades (Aláez Fernández y cols., 2000), mientras que en otros estudios su frecuencia también es significativamente mayor en la adolescencia que en la infancia (Bragado y cols., 1998; Goñi Sarriés y cols., 2009). Respecto al sexo, los estudios anteriores sugieren que entre la población infantil y adolescente que acude a centros especializados en busca de ayuda, la prevalencia de los trastornos depresivos y de ansiedad es significativamente mayor (casi el doble) en las niñas y las adolescentes que en los varones (Aláez Fernández y cols., 2000; Bragado y cols., 1998; Navarro-Pardo, 2012; aunque véase Goñi-Sarriés y cols., 2009, para una excepción).

TABLA 1.4
Prevalencia en España de los trastornos psicológicos entre los niños y adolescentes que acuden en busca de ayuda a centros o unidades especializadas en salud mental

Trastornos	**Estudio**				**Total*b*** **(%)**
	Bragado y cols. (1998)*a* **(%)**	**Aláez Fernández y cols. (2000)** **(%)**	**Goñi Sarriés y cols. (2009)** **(%)**	**Navarro-Pardo y cols. (2012)** **(%)**	
Por comportamiento perturbador	17,4	23,0	5,6[c]	21,5[d]	18,7
De ansiedad	26,7	13,3	18,1[c]	16,4[d]	17,6
De la actividad y la atención	17,4	4,2	21,4[c]	10,9[d]	11,7
De eliminación	13,6	9,7	3,7[c]	9,1[d]	9,2
Depresivos	5,5	14,6	14,0[c]	3,0[d]	8,8
Del sueño	3,8	4,7	1,4[c]	2,6[d]	3,3

De la conducta alimentaria	1,3	1,7	2,8[c]	4,0[d]	2,6
Generalizado del desarrollo	0,0	0,5	2,3[c]	2,8[d]	1,5
Psicótico	0,0	0,0	2,3[c]	1,7[d]	1,0
Otros	3,8	22,6	22,8[c]	28,0[d]	21,3
Sin diagnóstico	10,6	5,7	5,6[c]	—	4,2
Número de participantes	**236**	**404**	**215**	**470**	**1.325**

(*a*) Diagnósticos realizados en función de la información de los padres.

(*b*) Porcentajes medios ponderados por el tamaño de la muestra de cada estudio.

(*c*) El dato recogido en el estudio se refiere solo al trastorno disocial, ya que ningún niño o adolescente presentaba otro tipo de trastorno por comportamiento perturbador.

(*d*) El dato recogido en el estudio se refiere en realidad al conjunto de trastornos del estado de ánimo, aunque probablemente la mayoría de casos serían trastornos depresivos.

Todos los estudios anteriores fueron realizados en centros especializados públicos y, por tanto, ofrecen una buena estimación de la demanda asistencial en el sistema sanitario público español. Sin embargo, en España una gran parte de la atención psicológica la prestan centros, consultas y clínicas privadas, y, de hecho, el 80% de los psicólogos españoles que trabajan en el ámbito de la psicología clínica y de la salud trabajan en el sector privado y más de 8 millones españoles tienen un seguro privado de salud, mientras que el número de psicólogos en el sistema sanitario público es de tan solo 4,4 por cada 100.000 habitantes, más de tres veces menos que la mediana de los países desarrollados, que es de 14 psicólogos por cada 100.000 habitantes (García-Vera, Sanz y Prieto, 2013). Desafortunadamente, en España, hasta el momento, no se ha publicado ningún estudio sobre la demanda asistencial por trastornos depresivos y de ansiedad en la infancia y la adolescencia en centros privados especializados en salud mental como, por ejemplo, clínicas y consultas de psicología, sin embargo no hay razones para no pensar que los padres y los niños que acudan a estos centros en busca de ayuda profesional no lo hagan por los mismos problemas que acuden a los centros públicos y, por tanto, no hay razones para no pensar que también existe una alta demanda asistencial para problemas y trastornos depresivos y de ansiedad en la sanidad privada española.

2.3. Curso, comorbilidad y consecuencias de los trastornos depresivos y de ansiedad en los niños y adolescentes

Otros indicadores que subrayan la importancia sociosanitaria de los trastornos depresivos y de ansiedad en los niños y adolescentes tienen que ver con su curso, la coexistencia de otros trastornos mentales (comorbilidad) y sus consecuencias a medio y largo plazo para el desarrollo del menor.

Los trastornos depresivos y de ansiedad en los niños y adolescentes no son problemas pasajeros que desaparecen con el tiempo. En la edad infantil, si no hay un tratamiento adecuado, la duración media de un episodio de depresión mayor es de siete a nueve meses, mientras que la duración media de un trastorno distímico es de cuatro años (Birmaher y cols., 1996; Craighead, Curry y McMillan, 1994). Es más, aunque aproximadamente el 90 % de los episodios de depresión mayor remiten antes de que transcurran dos años desde su inicio, estos tienden a recurrir. Así, por ejemplo, el 69 % de los niños con trastorno depresivo mayor desarrollan antes de cinco años otro episodio depresivo mayor, siendo este porcentaje de 76 % entre los niños que padecen un trastorno distímico, entre los cuales, además, el 69 % experimentan posteriormente una doble depresión, es decir, la presencia simultánea de trastorno distímico y trastorno depresivo mayor (Craighead y cols., 1994; Kovacs y cols., 1994).

El curso de los trastornos de ansiedad es muy distinto al de los trastornos depresivos y difiere mucho dependiendo del tipo de trastorno de ansiedad. En general, las fobias específicas son muy inestables, especialmente en la infancia. Así, los estudios indican que en la mayoría de los niños y adolescentes con fobia específica, aunque todavía se puede observar cierto temor ante el objeto o situación fóbica cuando son evaluados dos años más tarde, la gravedad de este temor entonces se ha reducido enormemente, de manera que esos niños se pueden considerar ya libres de síntomas, sin fobia (Beidel y Alfano, 2011). Este es uno de los motivos por los cuales, como se verá en el capítulo 7, uno de los criterios del DSM-IV y del DSM-5 para el diagnóstico de fobia específica es que el miedo sea estable temporalmente, que haya persistido durante al menos 6 meses. Sin embargo, tal y como se ha discutido en el epígrafe que abría este capítulo, ese requisito es útil para considerar el problema como un «trastorno», con las consecuencias que la utilización de este concepto tiene para ciertos propósitos (por ejemplo, investigación, comunicación entre profesionales, estadísticas, cuestiones legales, etc.), pero, a la hora de decidir si se debe proporcionar tratamiento psicológico a un determinado niño o adolescente, lo importante es tener en cuenta otros criterios (por ejemplo, si el miedo es desproporcionado teniendo en cuenta las características del estímulo temido y la edad de desarrollo del menor; si el miedo repercute negativamente en su funcionamiento personal, social, familiar, escolar, etc.), de manera que, si no hay otras razones que aconsejen lo contrario, se debería ofrecer ayuda siempre que la ansiedad, la evitación y el miedo sean desproporcionados y desadaptativos.

Al contrario que las fobias, el curso del resto de trastornos de ansiedad, incluidas la fobia social y la agorafobia, es mucho menos benigno, ya que en un porcentaje importante de niños y adolescentes el trastorno es crónico, e incluso, en el caso del

trastorno de ansiedad generalizada, de la fobia social y del trastorno obsesivo-compulsivo, su sintomatología puede incrementarse en la adolescencia. Mientras que el curso de los trastornos depresivos, especialmente el del trastorno depresivo mayor, es episódico, el de los trastornos de ansiedad es más estable, de manera que aproximadamente el 40-50 % de los niños y adolescentes que sufren de un trastorno de ansiedad en particular (por ejemplo, trastorno de ansiedad generalizada) seguirán sufriendo ese mismo trastorno en seguimientos realizados mucho más tarde, incluso 6 u 8 años después, mientras que otro porcentaje también importante de niños y adolescentes (25-30 %) ya no sufrirán ese trastorno de ansiedad en particular, pero sufrirán, en cambio, otro trastorno de ansiedad (por ejemplo, un trastorno de angustia) (Beidel y Alfano, 2011). Este último fenómeno se conoce como continuidad heterotípica, en contraposición con la continuidad homotípica, en la cual el mismo trastorno específico sigue presente. Por tanto, sin tratamiento, solamente un 20-25 % de los niños y adolescentes con trastorno de ansiedad no mostrarán ningún trastorno años más tarde. En conjunto, pues, salvo en el caso de la fobia específica, el curso de los trastornos de ansiedad es de una moderada estabilidad del propio trastorno y de una alta estabilidad en la presencia continuada de algún tipo de trastorno o problema de ansiedad.

Es más, un estudio relativamente reciente realizado en España sugería que incluso en el caso de la fobia específica era posible encontrar una estabilidad moderada o alta en los trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia (Carballo y cols., 2010). En concreto, Carballo y cols. (2010) analizaron, en una muestra de 1.869 niños y adolescentes de entre 2 y 18 años de edad atendidos en clínicas psiquiátricas pediátricas de la provincia de Madrid, la estabilidad de los diagnósticos de trastorno de ansiedad según la CIE-10 que como promedio habían recibido esos menores aproximadamente 2 años antes. Los investigadores encontraron que el 77,5 % de los niños y adolescentes que habían recibido un diagnóstico de fobia específica o agorafobia seguían recibiendo ese mismo diagnóstico 2 años después, lo mismo que les ocurría al 78,6 % de los que habían recibido un diagnóstico de trastorno por estrés postraumático agudo o grave, al 74,6 % de los que habían recibido un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo, al 72 % de los que habían recibido un diagnóstico de trastorno de ansiedad social y al 66,4 % de los que habían recibido un diagnóstico de otro trastorno de ansiedad, el cual incluía, entre otros, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico.

Por otro lado, tanto los trastornos de ansiedad como los trastornos depresivos presentan en los niños y adolescentes, al igual que ocurre en los adultos, una alta comorbilidad con otros trastornos psicológicos. Por ejemplo, entre el 40 % y el 70 % de los niños deprimidos presentan otro trastorno simultáneo, estimándose que el 20-50 % tienen dos o más trastornos adicionales. Los trastornos adicionales más frecuentes que acompañan al trastorno depresivo mayor, amén del trastorno distímico, son los trastornos de ansiedad, los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, y los trastornos por consumo de sustancias (Kovacs, 1996). Curiosamente, en los niños, al

contrario que en los adultos, la mayoría de los trastornos de ansiedad (normalmente trastornos de ansiedad generalizada, fobias y trastornos de ansiedad por separación) preceden al episodio depresivo (Kovacs, 1996).

Por su parte, diversos estudios indican que entre el 40 % y el 60 % de los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad cumplen los criterios diagnósticos para más de un trastorno de ansiedad (Rapee, Schniering y Hudson, 2009), y, asimismo, han indicado la alta comorbilidad de los trastornos de ansiedad con otros trastornos, especialmente, tal y como se comentó con anterioridad, con los depresivos. Así, la presencia de un trastorno de ansiedad en un niño multiplica entre 8 y 29 veces el riesgo que tiene de padecer un trastorno depresivo adicional (Rapee y cols., 2009).

Pero la gravedad de los trastornos depresivos y de ansiedad no se limita solo a su cronicidad y comorbilidad, sino que estos trastornos en niños y adolescentes, si no son tratados a tiempo y de forma adecuada, pueden perjudicar de manera importante su funcionamiento en varias áreas vitales para el menor (social, familiar, escolar, etc.). Por ejemplo, existen estudios que indican que los trastornos depresivos infantiles afectan el desarrollo de las habilidades sociales, emocionales, cognitivas e interpersonales del niño, y a los vínculos afectivos entre padres e hijos (Kovacs, 1996). De hecho, los niños y adolescentes que sufren un trastorno depresivo mayor también tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades físicas y abuso de alcohol y drogas, de experimentar acontecimientos vitales negativos y embarazos tempranos no deseados, y de tener un peor rendimiento psicosocial, académico y laboral (Birmaher y cols., 1996; Kovacs, 1996). Respecto a los trastornos de ansiedad, merece la pena destacar los resultados de un estudio longitudinal realizado por Woodward y Fergusson (2001) con un grupo de 1.265 adolescentes (14-16 años) de Nueva Zelanda a los que siguió durante 21 años. Estos dos investigadores encontraron una relación lineal directa y significativa entre el número de trastornos de ansiedad que sufrían los adolescentes y el riesgo de padecer años más tarde trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos de dependencia de sustancias ilegales y malos resultados académicos. Así, por ejemplo, en comparación a los que no sufrían en su adolescencia ningún trastorno de ansiedad, los que padecían dos trastornos de ansiedad presentaban a los 21 años tasas de trastornos de ansiedad 2,5 veces más altas, tasas de trastornos depresivos 1,7 veces más altas y tasas de trastornos de dependencia de sustancias ilegales 2,5 veces más altas.

Todos estos datos sobre la gravedad de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes son consistentes con los resultados de un informe reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS o WHO, *World Health Organization*) sobre la salud de los adolescentes en el mundo (OMS, 2014; WHO, 2014). En ese informe se destaca que, en función de los años de vida perdidos debidos a enfermedad, discapacidad y muerte prematura (o años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad: AVAD o DALY, *disability-adjusted life years*), los trastornos depresivos unipolares fueron, en 2012 y a nivel mundial, el principal problema de salud de los niños y

adolescentes entre los 10 y 19 años, mientras que los trastornos de ansiedad fueron el octavo principal problema de salud, por delante del asma o de las infecciones de las vías respiratorias inferiores (OMS, 2014). Por supuesto, estos datos globales se pueden matizar en función, por ejemplo, del sexo de los menores o del país en el que viven. Por ejemplo, entre las niñas y las adolescentes de 10 a 19 años de todo el mundo, los trastornos depresivos unipolares fueron efectivamente la principal causa de años de vida perdidos por enfermedad, discapacidad y muerte prematura, tanto en 2000 como en 2012, pero entre los niños y los adolescentes fueron la segunda causa, después de los accidentes de tráfico, tanto en 2000 como en 2012 (WHO, 2014). Además, entre las niñas y las adolescentes los trastornos de ansiedad fueron en 2012 la cuarta causa de años de vida perdidos por enfermedad, discapacidad y muerte prematura, solo por detrás de los trastornos depresivos, la anemia ferropénica y el sida, mientras que entre los niños y los adolescentes no llegaban a estar entre las diez causas principales (WHO, 2014). Por otro lado, teniendo en cuenta ambos sexos, los trastornos depresivos unipolares fueron en 2012 el principal problema de salud en términos de DALY tanto en los países de ingresos altos como en el resto de países de Europa, del Mediterráneo oriental y del Pacífico oeste, mientras que ocupó la tercera posición en todas las demás regiones del mundo excepto en África, en donde ocupó una posición mucho más baja. No obstante, aunque los trastornos depresivos unipolares no son uno de los problemas de salud más importantes en África, las tasas de años de vida perdidos ajustados por discapacidad para los trastornos depresivos unipolares son más altas en África que en el resto de las regiones del mundo, excepto en Europa y el Mediterráneo oriental; simplemente, en África hay otros problemas de salud con unas tasas de años de vida perdidos aún más altas (por ejemplo, el sida, la meningitis, las enfermedades diarreicas, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y los accidentes de tráfico, los cuales representan, por ese orden, las cinco causas principales de años de vida perdidos en África; WHO, 2014).

2.4. Depresión y suicidio

Un dato significativo que indica la gravedad de los trastornos depresivos en la infancia y adolescencia es que la depresión es uno de los principales factores de riesgo de suicidio, así como de otras conductas que, a su vez, son factores importantes de riesgo de suicidio y que se denominan genéricamente conductas suicidas o conductas relacionadas con el suicidio (Fliege, Lee, Grimm y Klapp, 2009; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009a; Shaffer y cols., 1996; Steele y Doey, 2007). Entre estas últimas cabe distinguir:

— Intentos de suicidio: conductas que implican una verdadera intención de quitarse la vida y que, por tanto, el menor, en el momento de iniciarlas, esperaba que llevaran a su propia muerte, pero que, sin embargo, no consiguieron su objetivo

porque alguna circunstancia no prevista por el niño o adolescente impidieron la consumación del suicidio.

— Amenazas de suicidio: expresiones manifiestas verbales, escritas o por otro medio que indican a otras personas la intención de suicidarse.

— Ideas de suicido o ideación suicida: pensamientos que pueden variar desde ideas vagas sobre que la vida no merece la pena o que los demás estarían mejor si el niño o adolescente estuviese muerto, hasta planes detallados sobre cómo morir o preocupaciones intensas sobre el deseo, la intención y la manera de quitarse la vida.

— Conductas autolesivas o autolesión no suicida: lesiones que un niño o adolescente se inflige a sí mismo y que le producen un daño corporal patente (por ejemplo, cortes con una cuchilla en la región frontal de los muslos o en la cara dorsal de los antebrazos, quemaduras con un cigarrillo encendido), pero sin intencionalidad suicida, sin llegar a poner en riesgo su vida y sin que estén aceptadas socialmente (por ejemplo, los tatuajes, las perforaciones corporales o *piercings* o algunas lesiones que se producen en ciertos rituales religiosos o culturales son aceptables en muchas sociedades).

Algunos estudios señalan que el 19 % de los adolescentes entre 13 y 19 años y con trastornos depresivos tienen ideas de suicidio, el 13 % conductas autolesivas y el 16 % han hecho intentos de suicidio, de manera que casi la mitad de los adolescentes con depresión (48,6 %) muestran conductas de suicidio[7] (Tuisku y cols., 2006). Otras investigaciones incluso encuentran cifras aún más elevadas de conductas suicidas entre los niños y adolescentes con depresión, y estiman que el 72 % de los menores deprimidos entre 7 y 17 años tienen ideas de suicidio, aunque solo unos pocos llegan a realizarlo, fundamentalmente aquellos de mayor edad y que presentan niveles elevados de ira (Myers y cols., 1991). De hecho, el riesgo es mucho menor en los niños más pequeños que en los adolescentes, tanto entre los menores deprimidos como en la población general. Por ejemplo, en España, de acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadística, durante el período 1999-2014 se suicidaron cada año un promedio de, aproximadamente, 62 niños y adolescentes, 55 de los cuales tenían entre 15 y 19 años, mientras que tan solo 7 tenían menos de 15 años (Sanz y García-Vera, 2016a).

Es cierto que las tasas de suicidio entre los adolescentes de 15-19 años en España son bajas, en comparación, por ejemplo, con el resto de países de la Unión Europea, sin contar Chipre, pero incluyendo Noruega, Suiza y Turquía. De estos 30 países, España, en 2011, era el quinto país que tenía las tasas más bajas de suicidio entre los varones adolescentes, y el cuarto, empatado con Bulgaria, entre las mujeres adolescentes (véase la tabla 1.5).

También es cierto que, al menos desde principios del siglo XXI y hasta el inicio de la crisis económica sufrida en nuestro país entre 2008 y 2014, las tasas de suicidio

adolescente en España mostraban una tendencia descendente significativa, tendencia que incluso se mantenía en los primeros años de la crisis económica (véase la figura 1.1; Sanz y García-Vera, 2016a). Sin embargo, debido quizá a la larga duración y fuerte intensidad de esa crisis económica, que, precisamente por su gravedad, ha sido denominada la Gran Recesión, esta parece que ha tenido un impacto negativo sobre la salud mental de nuestros adolescentes, haciendo que sus tasas de suicido en los últimos años de la crisis volviesen a niveles parecidos a los de principios de siglo (Sanz y García-Vera, 2016a). Tal y como puede observarse en la figura 1.1, de una tasa media de aproximadamente tres suicidios (2,8) por 100.000 adolescentes españoles para el período 1999-2003, se pasó a una tasa media de casi dos suicidios (2,1) por 100.000 adolescentes para el período justo anterior a la crisis (2004-2007) e incluso a una tasa media significativamente menor de dos suicidios (1,76) para los primeros años de la crisis (2008-2011), pero en los tres últimos años de la crisis (2012-2014) la tasa media de suicidios (2,6) ha vuelto a niveles parecidos a los de 1999-2003. Aunque esta tasa sigue siendo baja en comparación al resto de países de la Unión Europea (véase la tabla 1.5), el suicidio adolescente en España es un problema ciertamente preocupante que, por ejemplo, fue en 2014 la segunda causa de fallecimiento entre los adolescentes de 15 a 19 años después del cáncer (Sanz y García-Vera, 2016b).

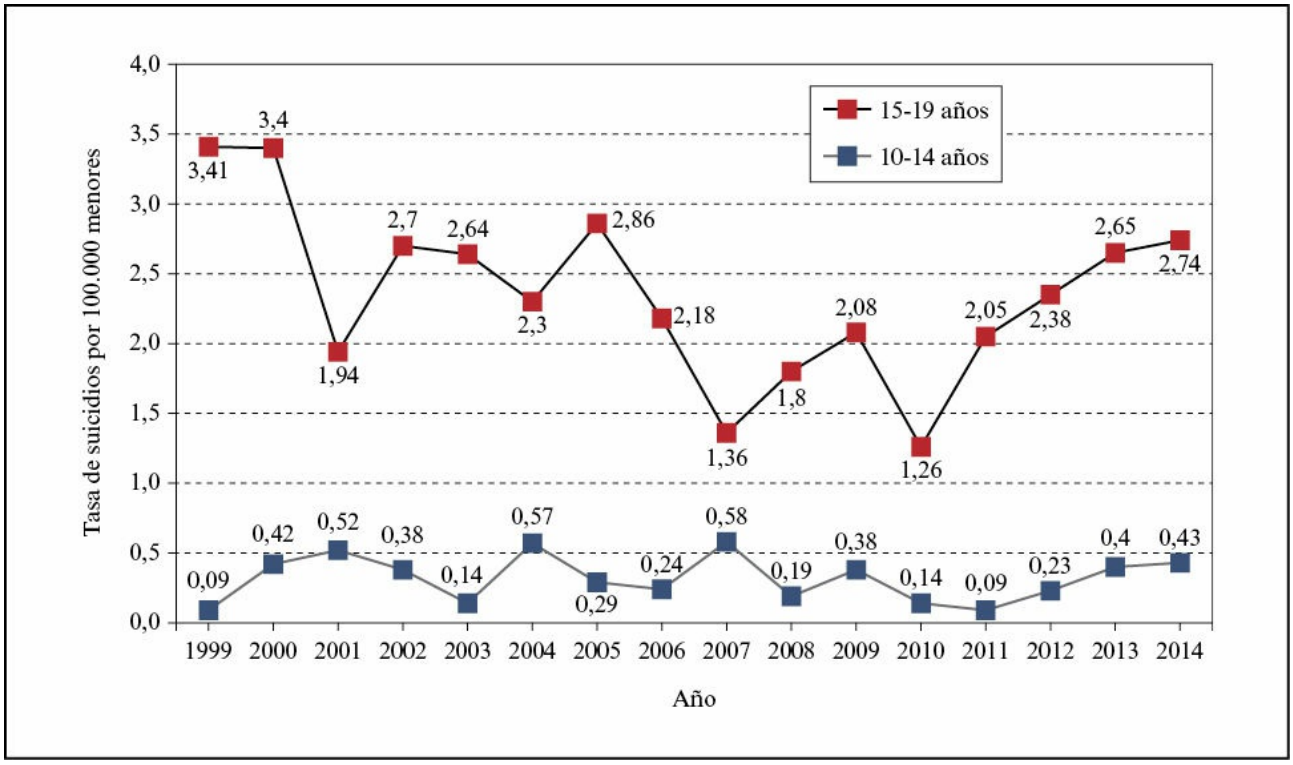
TABLA 1.5
Tasas de suicidio (por 100.000 personas) en adolescentes (15-19 años) en la Unión Europea en 2011

País	Varones	Mujeres	País	Varones	Mujeres
Finlandia	20,21	5,57	Austria	7,52	4,59
Irlanda	18,82	4,41	Bulgaria	6,85	*1,12*
Lituania	15,92	*0,98*	Alemania	6,21	2,15
Eslovenia	15,37	*0,00*	Eslovaquia	5,74	1,20
Malta	14,69	—	Francia	5,70	2,83
Estonia	13,65	8,60	Holanda	5,07	2,86
Letonia	13,42	3,52	Dinamarca	4,90	2,30
Polonia	13,38	2,42	Reino Unido	4,33	1,50
República Checa	12,53	2,93	Croacia	3,14	4,11
Bélgica	12,10	5,38	Italia	3,11	*0,93*
Suecia	11,24	7,14	**España**	**2,81**	**1,12**

Noruega	10,75	5,74	Turquía	*2,63*	1,86
Hungría	9,95	3,83	Serbia	*2,38*	1,51
Rumanía	9,70	2,86	Grecia	*2,08*	1,81
Suiza	9,55	1,37	Portugal	*1,39*	1,45
			Unión Europea	**6,68**	**2,34**

FUENTE: Eurostat (2015).

En cursiva los valores de los países con tasas de suicidio iguales o menores que España.



FUENTE: Sanz y García-Vera (2016a).

Figura 1.1.—Evolución de la tasa de suicidio infantil y adolescente en España entre 1999 y 2014.

Aunque suicidio no es sinónimo de depresión, la investigación sugiere que más de la mitad de los niños y adolescentes que se suicidan padecen un trastorno depresivo; de hecho, se ha estimado que, en los adolescentes, el trastorno depresivo mayor multiplica por siete el riesgo de suicidio en los chicos y por veintitrés en las chicas (Pfeffer, 1995), mientras que otras revisiones del tema estiman que la depresión multiplica por doce el riesgo de suicidio en el conjunto de adolescentes, especialmente si la desesperanza es uno de los síntomas de la depresión (Shaffer y cols., 1996). Por tanto, la evaluación

psicológica de cualquier niño o adolescente del cual se sospeche que puede padecer un trastorno depresivo debe incluir inexcusablemente una evaluación específica del riesgo de suicidio, en la cual, como mínimo, se exploren las conductas e ideas suicidas del menor, se valoren los marcadores y factores de riesgo que la literatura empírica ha identificado y que pudieran estar presentes en su caso y se identifiquen los recursos personales, familiares y sociales que el niño o adolescente tiene para disminuir el riesgo, de manera que si este es moderado o alto se planifiquen las medidas para prevenirlo y evitarlo (véase el capítulo 4).

Uno de esos factores de riesgo que, a pesar de su fuerte relación con el suicidio, no es modificable y, por tanto, es más bien un marcador de riesgo, es el sexo del adolescente, el cual no solo está relacionado con un aumento en la probabilidad de que se cometa suicidio, sino también con la forma en que se lleva a cabo. Por ejemplo, en España, durante el período 1999-2014, la tasa media de suicidios para los varones adolescentes (15-19 años) fue de 3,39 por 100.000 adolescentes, mientras que en las mujeres adolescentes fue de 1,29 por 100.000 adolescentes, lo que implica que un varón adolescente tiene casi tres veces (2,6) más probabilidades de cometer suicidio que una mujer adolescente (Sanz y García-Vera, 2016b). Los tres métodos más utilizados por los varones adolescentes españoles para suicidarse son:

a) El ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.
b) Saltar desde un lugar elevado.
c) El disparo por arma de fuego.

Estos tres métodos fueron utilizados por el 46,3 %, 30 % y 8,3 %, respectivamente, de los varones adolescentes que se suicidaron en España durante el período 2008-2014. En contraste, los tres métodos más utilizados por las mujeres adolescentes españolas son:

a) Saltar desde un lugar elevado.
b) El ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.
c) El envenenamiento por medicamentos, drogas u otras sustancias.

Métodos que fueron utilizados por el 48,3 %, 32,6 % y 6,7 %, respectivamente, de las mujeres adolescentes que se suicidaron en España durante el período 2008-2014 (Sanz y García-Vera, 2016b).

NOTAS

1 La cautela que introduce la definición respecto a que tanto los comportamientos desviados políticos, religiosos o sexuales como los conflictos entre el individuo y la sociedad no pueden ser considerados *per se* trastornos mentales, remite, en parte, al peligro del abuso político de la psiquiatría, es decir, el mal uso del diagnóstico, tratamiento e internamiento psiquiátricos con el objetivo de restringir los derechos humanos de ciertas personas o colectivos en una sociedad determinada. Un ejemplo paradigmático de este abuso ocurrió en la desaparecida Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) desde finales de los años treinta hasta mediados de los años

ochenta del pasado siglo (Probes, Kouznetsov, Verbitski y Molodyi, 1992; Van Voren, 2010, 2013). La psiquiatría soviética extendió de forma abusiva el diagnóstico de «esquizofrenia lenta» *(sluggish schizophrenia)* para reprimir la disidencia política, ya que cualquiera que se opusiera a la sociedad ideal soviética, en la cual todas las personas supuestamente son iguales y felices, debía estar loca. Así, miles de personas sanas fueron consideradas mentalmente trastornadas al considerar que su lucha por las libertades y los derechos humanos en la URSS era en realidad la sintomatología de un trastorno mental. De hecho, entre los síntomas utilizados para diagnosticar la esquizofrenia lenta estaba la aparición de «ideas delirantes de reformar la sociedad» o de «luchar por la verdad». Un fenómeno similar ocurrió en España durante los primeros años del franquismo, cuando algunos prominentes psiquiatras concluían, tras burdas investigaciones, que entre las mujeres marxistas predominaban «en más de doble de proporción los temperamentos degenerativos sobre los normales» (Vallejo Nájera y Martínez, 1939) o simplemente afirmaban que «el marxismo es una enfermedad» (Marco Merenciano, 1942; citado por Castilla del Pino, 1977).

2 Éxtasis es el nombre coloquial con el que se conoce al 3-4 metilenodioximetanfetamina o MDMA, una droga sintética derivada de la anfetamina, mientras que «marcianos» es uno de los nombres que se le da en el argot de la calle a las pastillas con mayores dosis de MDMA.

3 El 13 de octubre de 1972 un avión uruguayo con 45 personas a bordo se estrelló en la cordillera de los Andes. En el avión viajaban jóvenes jugadores de rugby, sus amigos y parientes, y cinco tripulantes. Los supervivientes del choque quedaron atrapados por las montañas nevadas a casi 4.000 metros de altura, sin comida ni agua suficientes, sin ropa adecuada y soportando temperaturas gélidas de −30 °C. Después de 72 días, 16 supervivientes fueron rescatados. La falta de alimento durante tantos días obligó a los supervivientes a comer la carne de los fallecidos como única posibilidad de no morir de hambre (Read, 2010).

4 El psiquiatra Steven Hyman, catedrático de Biología Regenerativa y Células Madre de la Universidad de Harvard, director del Centro Stanley para la Investigación Psiquiátrica de la citada universidad y del Instituto Tecnológico de Massachusetts y antiguo director del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, afirmaba sobre la reificación de los trastornos mentales: «Los trastornos incluidos (en el DSM-IV y la CIE-10) son heurísticos que han probado ser extremadamente útiles en la investigación y práctica clínica, especialmente al crear un lenguaje común que puede aplicarse con una fiabilidad interjueces razonablemente buena. Lamentablemente, los trastornos de estas clasificaciones no son en general tratados como heurísticos, sino que en gran medida han llegado a cosificarse. Los trastornos del DSM-IV o la CIE-10 son a menudo tratados como si fueran clases naturales, entidades reales que existen independientemente de cualquier evaluador en particular» (Hyman, 2010, p. 156).

5 Una muestra incidental o casual es aquella que el investigador ha seleccionado por tenerla a su alcance, por ejemplo, seleccionando a los niños o adolescentes de los colegios e institutos más cercanos o de los que tiene más fácil acceso. Otro caso, aunque menos habitual en los estudios de prevalencia de trastornos, es solicitar voluntarios a través de anuncios. En cualquiera de los dos casos, no hay la certeza de que la muestra extraída sea representativa de la población objetivo, ya que no todos los niños y adolescentes de esa población tienen la misma probablidad de ser elegidos.

6 En el estudio de Bragado y cols. (1998) se informaba de que los trastornos más frecuentes eran los conductuales, ya que se agrupaban bajo este término tanto los trastornos por comportamiento perturbador como los trastornos de la actividad y la atención. Aquí, sin embargo, se ha preferido considerar de forma independiente estas dos categorías de trastornos (véase la tabla 1.4).

7 Al contrario de lo que mucha gente podría pensar, las ideas de suicidio y las conductas autolesivas son conductas que no son del todo infrecuentes en la población general de adolescentes. Por ejemplo, en una muestra de 1.194 adolescentes españoles con edades comprendidas entre 14 y 18 años, Sanchis y Simón (2012) hallaron un 5,4 % de adolescentes que presentaban ideación suicida grave y, aunque la inmensa mayoría de ellos (81,5 %) mostraban a la vez síntomas depresivos significativos, unos pocos, que representaban el 1 % de la muestra total, tenían niveles normales de sintomatología depresiva. Por su parte, Calvete, Orue, Aizpuru y Brotherton (2015) encontraron, en una muestra de 1.864 adolescentes españoles con edades entre 12 y 19 años, que el 32,2 % de los adolescentes se habían hecho lesiones graves en algún momento de su vida, aunque entre ellos muy pocos tuvieron que recibir atención médica por esas lesiones (11,4 %) y muy pocos habían realizado esas conductas autolesivas de manera frecuente (por ejemplo, tan solo un 1 % se había hecho cortes en la piel dos o más veces o tan solo un 1,8 % se había quemado la piel dos o más veces). Curiosamente, entre los adolescentes que alguna vez habían llevado a cabo conductas autolesivas graves, tan solo un 7,6 % lo habían hecho tratando de quitarse la vida y, por tanto, estrictamente, no deberían considerarse conductas autolesivas, sino intentos de sucidio, mientras que

en la mayoría de los casos (92,4 %) las conductas autolesivas graves fueron no suicidas.

2

Terapias para los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes

1. ¿QUÉ TERAPIAS APLICAR EN EL TRATAMIENTO CON NIÑOS Y ADOLESCENTES?

Actualmente existen dos tipos principales de terapias para el tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes: las terapias psicológicas (o psicoterapias) y las terapias farmacológicas (o farmacoterapias). La simplicidad que implica el uso de estas dos etiquetas generales es tan solo aparente, ya que bajo las mismas se clasifican un número enorme de terapias diferentes.

En un libro publicado en el año 2000, Kazdin ya identificaba 551 técnicas de psicoterapia utilizadas con niños y adolescentes (Kazdin, 2000, pp. 229-240). Es muy probable que desde entonces la lista de terapias psicológicas para niños y adolescentes haya aumentado considerablemente. No obstante, muchas de esas psicoterapias pueden clasificarse en un número más limitado de aproximaciones psicoterapéuticas que comparten una misma concepción general de los trastornos psicológicos y del foco de la intervención psicológica. Entre estas aproximaciones psicoterapéuticas se pueden distinguir las terapias psicoanalíticas, las terapias psicodinámicas, las terapias sistémicas de familia, las terapias conductuales, las terapias cognitivas, las terapias cognitivo-conductuales, las terapias existenciales-humanistas y las terapias integradoras-eclécticas (Feixas y Miró, 1993; Kazdin, 2000; véase la tabla 2.1). Es cierto que esas aproximaciones a veces enmascaran diferencias importantes entre las psicoterapias que se incluyen dentro de una misma categoría y, en otros casos, sus nombres no reflejan bien las semejanzas y diferencias entre las psicoterapias de una aproximación y las psicoterapias de otra. Así, por ejemplo, las terapias sistémicas de familia no son las únicas terapias que comparten la idea de que la familia es el foco del tratamiento, en lugar del niño o adolescente o, al menos, junto al niño o adolescente. Las terapias conductuales de familia, por ejemplo, también tienen ese foco terapéutico general, pero, sin embargo, difieren sustancialmente de las terapias sistémicas de familia en otros supuestos conceptuales sobre el origen de los trastornos mentales y en los procedimientos terapéuticos a utilizar. Por esa razón, en la tabla 2.1 las terapias conductuales de familia se encuadrarían en la aproximación conductual o en la

cognitivo-conductual, según sus otras características definitorias. Sin embargo, asumiendo la plausibilidad de la clasificación mencionada anteriormente y que se recoge en la tabla 2.1, se podía reducir el número de posibles tipos de psicoterapias a ocho, pero, puesto que muchas de las terapias que se incluyen dentro de estas aproximaciones se pueden aplicar en formato individual o en grupo, el número mínimo de distintas psicoterapias disponibles para el tratamiento con niños y adolescentes se debería estimar, muy conservadoramente, en al menos 16, aunque fácilmente podría llegar a 46 si se tienen en cuenta, dentro de esas aproximaciones, los distintos enfoques (escuelas o tipos) que se especifican en la tabla 2.1 (23 enfoques) y se estima que tales enfoques también pueden tener una modalidad individual y otra grupal.

Por otro lado, una búsqueda en el Centro de Información *online* de Medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (CIMA), que contiene la información de los medicamentos de uso humano autorizados en España, permite constatar que, actualmente, hay al menos 94 sustancias (o principios activos) que actúan sobre el sistema nervioso central, estimulando (psicoanalépticos) o deprimiendo (psicolépticos) la actividad mental, y que están autorizadas para el tratamiento de los trastornos mentales. Siguiendo el sistema de clasificación anatómica-terapéutica-química o ATC de la Organización Mundial de la Salud, entre esas 94 sustancias hay 25 antidepresivos, 15 ansiolíticos, 25 antipsicóticos, 15 hipnóticos y sedantes, 9 psicoestimulantes y 5 antidemenciales (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, AEMPS, 2016). Suponiendo que los más apropiados para los trastornos depresivos y de ansiedad sean los denominados fármacos antidepresivos y ansiolíticos, el número mínimo de distintas farmacoterapias disponibles para el tratamiento con niños y adolescentes podría estimarse muy conservadoramente en 40.

Ante esta enorme cantidad de alternativas terapéuticas (al menos entre 56 y 86: 16 o 46 aproximaciones/enfoques psicoterapéuticos y 40 fármacos), la pregunta más lógica que cabría plantearse es qué terapia o terapias habría que aplicar en el tratamiento de los trastornos depresivos o de ansiedad con niños y adolescentes. Esta pregunta a su vez remite, al menos, a otras dos: qué terapia o terapias funcionan o son eficaces para el tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes, y, en el caso de que hubiera más de una, cuál o cuáles funcionan mejor o son más eficaces.

Las respuestas a estas dos preguntas no son sencillas y, de hecho, en el campo de la psicoterapia incluso se ha cuestionado la necesidad de plantearlas. Esta negativa se ha basado fundamentalmente en ocho argumentos relacionados:

1. No se conocen las causas de los trastornos mentales.
2. Debido a ese desconocimiento, es defendible la utilización de cualquiera de los modelos teóricos y teorías[1] que existen sobre las causas de los trastornos mentales; lo mejor sería su utilización conjunta o integración.
3. Por los dos motivos anteriores es justificable que todas las alternativas

psicoterapéuticas basadas en esos modelos y teorías se puedan aplicar en el tratamiento de los trastornos mentales.

4. Además, es imposible poner a prueba la eficacia de las terapias psicológicas.
5. Los estudios sobre la eficacia de la psicoterapia no han encontrado que unas terapias sean más eficaces que otras.
6. Esos estudios han comprobado que lo realmente eficaz no son las técnicas específicas de cada terapia, sino los factores comunes a todas las terapias (por ejemplo, alianza terapéutica, empatía, consideración positiva o colaboración).
7. Los resultados de los estudios sobre la eficacia de las terapias psicológicas no se pueden generalizar a la práctica clínica.
8. Los estudios sobre la eficacia de la psicoterapia no han puesto a prueba todas las terapias disponibles. Dado que la ausencia de pruebas de eficacia no es una prueba de la ausencia de eficacia, esto también justificaría la utilización de todas las psicoterapias disponibles.

TABLA 2.1
Principales aproximaciones psicoterapéuticas

Aproximación	Concepción general de los trastornos mentales	Concepción general del tratamiento	Enfoques y ejemplos
Terapias psicoanalíticas	Son el resultado de conflictos psicológicos inconscientes (por ejemplo, entre impulsos o deseos o entre estos y normas morales interiorizadas) que se producen en la infancia y de los mecanismos de defensa inconscientes que desarrolla el individuo para manejar dichos conflictos.	Los objetivos del tratamiento son la comprensión *(insight)* y resolución de los conflictos que se produjeron en la infancia, especialmente a través del análisis de la transferencia (la experiencia del paciente con figuras importantes de su historia de desarrollo se reproduce en sus relaciones con el terapeuta) y las resistencias (maniobras directas e indirectas del paciente para protegerse de la ansiedad y el conflicto asociados con la labor de la terapia).	— Psicoanálisis ortodoxo o clásico.
Terapias psicodinámicas	Dentro del marco general del psicoanálisis, son el resultado de conflictos interpersonales, de tareas de desarrollo inconclusas (por ejemplo, separación, diferenciación de la identidad, individualización) y de patrones de relaciones	El foco del tratamiento son los problemas actuales derivados de conflictos básicos no resueltos, especialmente los conflictos interpersonales, y sus determinantes actuales; los objetivos son el desarrollo	— Neofreudiano (Adler, Jung, Ferenczi, Horney, Reich, Sullivan, Fromm). — Análisis del yo (M. Klein, Winnicot, A. Freud, Erikson, Hartmann).

	interpersonales destructivas.	de relaciones íntimas más maduras, el fortalecimiento del yo y sus defensas y la adaptación realista.	— Psicoterapia psicodinámica breve (Malan, Sifneos, Fiorini, Mann, Davanloo).
Terapias sistémicas de familia	Son el resultado de alteraciones en la estructura, función o comunicación de la familia, ya que el niño o adolescente que presenta problemas (paciente identificado) se considera una expresión de una disfunción de la totalidad de la familia.	El foco del tratamiento es la familia y sus objetivos son la modificación de los patrones de interacción social, funcionamiento y comunicación entre sus miembros.	— De Palo Alto (Watzlawick). — Estructural/estratégico (Haley, Minuchin). — De Milán (Selvini-Palazzoli).
Terapias conductuales	Son el resultado del aprendizaje de repertorios de conductas desadaptativas, adquiridos principalmente por procesos de condicionamiento clásico, condicionamiento operante o modelado (aprendizaje vicario).	Los objetivos del tratamiento son modificar las conductas desadaptativas y desarrollar nuevos repertorios de conductas más adaptativas.	— Neoconductista mediacional (Wolpe, Eysenck). — Análisis conductual aplicado (Skinner, Bijou, Ayllon, Lovaas). — Análisis conductual clínico o contextualismo (Hayes, Linehan).
Terapias cognitivas	Son el resultado de estructuras, procesos y productos cognitivos desadaptativos (por ejemplo, actitudes disfuncionales, creencias irracionales, distorsiones cognitivas, atribuciones sesgadas, pensamientos automáticos negativos, autodiálogo negativo, orientación negativa al problema, sistema de constructos desadaptativo).	Los objetivos del tratamiento son modificar las estructuras, procesos y productos cognitivos desadaptativos y desarrollar otros más adaptativos.	— Reestructuración cognitiva (Beck, Ellis)*. — Solución de problemas (D'Zurilla, Nezu)*. — Constructivista (Kelly, Guidano).
Terapias cognitivo-conductuales	Son el resultado del aprendizaje de repertorios de conducta desadaptativos y de estructuras, procesos y productos cognitivos desadaptativos.	Los objetivos del tratamiento son modificar tanto los repertorios de conducta desadaptativos como las estructuras, procesos y productos cognitivos desadaptativos, y desarrollar otros más adaptativos.	— Cognitivo social (Bandura). — Conductual cognitivo (Rehm, Lewinsohn, Meichenbaum)**.
Terapias humanistas-existenciales	Son el resultado de alteraciones en cómo el individuo ve y experimenta	El foco del tratamiento se centra en la experiencia subjetiva del paciente y sus	— Centrada en el cliente (Rogers). — Gestáltica (Perls).

	subjetivamente el mundo externo y su propio mundo interno y en el significado que da a dicha experiencia, así como el resultado de las demandas y presiones de los otros significativos que obstaculizan la tendencia hacia el crecimiento (autorrealización) o hacia la existencia auténtica.	objetivos son la congruencia entre el yo real y la forma en que uno siente, percibe y actúa, y la conciencia e integración de los propios deseos y necesidades.	— Focalizada en las emociones (Greenberg). — Análisis transaccional (Berne). — Psicodrama (Moreno). — Corporales y energéticas (Reich, Lowen).
Terapias integradoras-eclécticas	Son, en función de las características individuales del caso, el resultado de diversas combinaciones de los factores y mecanismos propuestos por las otras aproximaciones psicoterapéuticas (eclecticismo pragmático o técnico), aunque también se proponen nuevas teorías que sintetizan los factores y mecanismos de otras aproximaciones (integración teórica) o se sigue utilizando una de esas aproximaciones y se incorporan factores y mecanismos de las otras (integración asimilativa).	El objetivo es ajustar a las complejidades del trastorno y a las características individuales del caso las múltiples técnicas de tratamiento desarrolladas por las otras aproximaciones, utilizando las que más se ajusten en función de la experiencia clínica y de los hallazgos de la investigación empírica (eclecticismo pragmático o técnico) o en función de una nueva teoría integradora (integración teórica).	— Eclecticismo (Lazarus, Klerman). — Integración (Wachtel).

* Estas terapias a veces se categorizan dentro la aproximación cognitivo-conductual, ya que las mismas utilizan muchos conceptos, estrategias y técnicas conductuales, aunque con el objetivo último de modificar cogniciones desadaptativas y desarrollar cogniciones más adaptativas. Salvo que se especifique lo contrario, cuando en este libro se utilicen las etiquetas generales de «terapia cognitivo-conductual» o «terapia de conducta» también se hará referencia a estas terapias.

** Estas terapias a veces se categorizan dentro de la aproximación cognitiva, ya que las mismas utilizan muchos conceptos, estrategias y técnicas cognitivas, pero la mayoría son extensiones de modelos originalmente conductuales. Cuando en este libro se utilicen las etiquetas generales de «terapia cognitivo-conductual» o «terapia de conducta» también se hará referencia a estas terapias, salvo que se especifique lo contrario.

Sin embargo, todos estos argumentos son fundamentalmente falsos o lo son parcialmente.

Es parcialmente falso que no se conozcan las causas, por ejemplo, de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes. Como se verá más adelante, en los capítulos 3 y 7, al menos se conoce que el desarrollo de estos trastornos es multicausal y responde a un modelo biopsicosocial. En el marco de este modelo, ya se han identificado, por ejemplo, un buen número de factores psicológicos de vulnerabilidad, de origen o de mantenimiento que gozan de un razonable aval empírico en cuanto a su participación causal en los trastornos depresivos o de ansiedad que sufren un buen número de niños y adolescentes. Por supuesto, es cierto que no se conocen **en su totalidad** las causas de dichos trastornos y, de hecho, como también se verá en los

capítulos 3 y 7, las clasificaciones de estos trastornos son descriptivas y no se basan todavía en sus causas (por ejemplo, no se puede hablar de que exista un «trastorno depresivo por desesperanza en interacción con la rumiación cognitiva y el estrés»), pero la investigación en los últimos 30-40 años sí permite descartar algunas causas que no lo son y señalar otras que es muy probable que sí lo sean, y entre estas identificar las que son comunes a varios trastornos y las que parecen específicas de un trastorno depresivo o de ansiedad en particular, e incluso indicar que algunas tienen un papel más destacado en el origen de los trastornos, mientras que otras lo tienen en su mantenimiento o exacerbación.

Para advertir contra los riesgos de la adopción de un único modelo teórico o teoría sobre las causas de los trastornos mentales o para recomendar la integración de todos los modelos y teorías disponibles y, por ende, justificar la utilización de cualquier alternativa terapéutica basada en esos modelos y teorías o preconizar la utilización de una alternativa terapéutica que esté basada en dicha integración teórica, es frecuente que en los libros sobre psicoterapia (por ejemplo, Fall, Holden y Marquis, 2010; Fromme, 2011; Shapiro, 2004) se haga referencia a la antigua parábola hindú de «los ciegos y el elefante» que John G. Saxe (1865/2013), con su versión poética, popularizó en Occidente. En esta versión, seis hombres ciegos de Indostán querían conocer lo que era un elefante y se acercaron a uno. El primero de ellos palpó el costado del animal y le pareció una pared. El segundo palpó su colmillo y creyó que era una lanza. El que agarró su trompa lo confundió con una serpiente. El cuarto lo palpó alrededor de la rodilla y estaba seguro de que era un árbol. Quien tocó su oreja creyó que era un abanico. Finalmente, el sexto, al agarrar la cola del elefante, quedó convencido de estar agarrando una cuerda. Los ciegos indostanos discutieron con fuerza y durante mucho tiempo sobre lo que era un elefante, cada uno aferrado a su propia opinión, «aunque cada uno tenía en parte razón, ¡y todos estaban equivocados!» (Saxe, 1865/2013, p. 64).

La moraleja de la parábola apela acertadamente a la humildad intelectual y a la necesidad de tener en cuenta otros puntos de vista y de no creerse en posesión de la verdad absoluta. Sin embargo, también podría justificar la errónea afirmación de que «todo vale y todo vale lo mismo». Por esa razón, se podría proponer una variante de la parábola hindú en la que hubiera un séptimo hombre ciego que, en lugar de ser de Indostán, fuera de la Grecia clásica o del mundo islámico medieval, cunas del empirismo y del método científico, y que, tras palpar al elefante como sus compañeros, propusiera la realización de pruebas empíricas para al menos descartar algunas ideas erróneas sobre lo que es un elefante. Por ejemplo, el séptimo hombre ciego también podría haber palpado el costado o la rodilla del elefante y haber creído que este era un muro o un árbol, pero se podría haber dicho: «Si en realidad es un muro o un árbol, entonces no se moverá si le doy un golpe fuerte con mi bastón», y, al comprobar que tras el golpe el elefante se había movido, podría haber rechazado esas dos opiniones. Los siete ciegos podrían haber seguido entonces discutiendo sobre lo que es un elefante, pero al menos

habrían desechado dos opiniones erróneas y tan solo tendrían que debatir sobre las otras cuatro. La moraleja adicional de esta nueva versión de la parábola hindú es que la contrastación empírica, uno de los pilares fundamentales de la ciencia, puede ayudar a decidir qué opiniones no valen y cuáles probablemente sí, y entre estas últimas cuáles parecen valer más y cuáles menos.

Es cierto que la contrastación empírica de la eficacia de las terapias psicológicas es difícil, dada la complejidad del objeto que aborda, de modo que la ciencia psicológica tiene aún mucho camino que recorrer en esta dirección. Sin embargo, es totalmente falso que sea imposible. Se argumenta, por ejemplo, que es difícil resolver qué se entiende por éxito terapéutico y cómo medir ese éxito (Rodríguez Morejón, 2004). Algunas terapias de las recogidas en la tabla 2.1, como por ejemplo las terapias conductuales, cognitivas y cognitivo-conductuales, asumen que el éxito terapéutico se define en parte por la desaparición o reducción de ciertas conductas o cogniciones desadaptativas, algunas de las cuales coinciden con los síntomas que definen los trastornos mentales y otras son responsables precisamente de dichos síntomas, de manera que, a la postre, la desaparición o reducción de los síntomas de los trastornos mentales definirían el éxito de la terapia. Estas terapias, por otro lado, suelen evaluar la eficacia de sus resultados utilizando instrumentos estandarizados para la medición precisamente de esos síntomas (por ejemplo, cuestionarios como el Inventario de Depresión de Beck o BDI, que miden cuantitativamente la existencia y gravedad de los síntomas depresivos). Por el contrario, otras terapias como, por ejemplo, las existenciales-humanistas, asumen que el éxito terapéutico se define por el crecimiento personal y el logro de una vida con significado, y en la evaluación de sus resultados prefieren utilizar instrumentos no estandarizados que permitan a los pacientes expresar verbal y directamente los cambios que se han producido en su mundo externo e interno y el significado que dan a su experiencia (por ejemplo, entrevistas clínicas cuyo contenido es analizado cualitativamente).

Sin embargo, aceptando la necesidad de ampliar los objetivos terapéuticos y de no focalizarlos únicamente en la desaparición o reducción de síntomas, e incluso aceptando que entre tales objetivos pudieran estar algunos constructos muy difíciles de operativizar y medir, como por ejemplo el crecimiento personal, la autorrealización, la autenticidad o la felicidad, parece imposible no considerar que la mejoría de los síntomas debería ser también uno de los objetivos terapéuticos inexcusables, un mínimo exigible a cualquier terapia que pretenda ser eficaz en el tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescente. Así, por ejemplo, en el caso de un adolescente de 15 años que, durante prácticamente todos los días en los últimos cinco meses, se ha sentido «triste continuamente», «mucho más irritable de lo habitual» y «demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer», se despierta «1 o 2 horas más temprano (de lo habitual) y no puede volver a dormirse», y le cuesta «mantenerse concentrado en algo durante mucho tiempo», ya que no para de darle vueltas a la idea de que no vale para nada y se siente «una persona totalmente fracasada»

y «completamente inútil», podría ser razonable que, solventados los problemas de su operativización y medición, una terapia exitosa para su depresión debiera promover su autorrealización. Pero, en cualquier caso, parece inexcusable que esa terapia exitosa para la depresión debería conseguir también que, al finalizar el tratamiento, ese adolescente de 15 años pudiera decir a su terapeuta que, al menos durante las últimas dos semanas, ya «no me siento triste habitualmente», «no estoy más irritable de lo habitual», «no estoy más cansado o fatigado que de costumbre», «no he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño», «puedo concentrarme tan bien como siempre», «no he experimentado ningún cambio en mi apetito», «no me siento fracasado» y «no me siento inútil». Esta reducción en los síntomas de la depresión debería ser el mínimo exigible a la terapia; si además consigue que el adolescente se autorrealice, mejor que mejor, y si se piensa que esa autorrealización es condición previa y necesaria para la reducción de los síntomas, está claro que a la postre esta también se alcanzará. De hecho, en el caso del adolescente anterior, esa reducción de síntomas es la que reflejaría un instrumento estandarizado como el BDI, de manera que la descripción que se ha hecho de sus síntomas y su desaparición se corresponde con la redacción de los propios ítems del BDI y, por tanto, supondría, en ese caso hipotético, una reducción en la puntuación del BDI que pasaría de 18 antes de la terapia a 0 al finalizar la misma. Por supuesto, el BDI, como todo instrumento, también tiene sus limitaciones a la hora de evaluar los síntomas depresivos, de manera que sus índices de fiabilidad y validez, aunque muy buenos, no son perfectos (Sanz, 2013). Sin embargo, asumir que la definición de los éxitos terapéuticos y su medición son mejorables no implica que la evaluación de la eficacia de las terapias psicológicas para los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes sea imposible. Es más, es difícil entender que en un caso de depresión como el descrito la evaluación de los síntomas y la utilización para ello del BDI (o de un instrumento semejante), aunque perfectibles y necesitados de objetivos y medidas complementarias, no solo no pueda considerarse un mínimo común para evaluar la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales y existenciales-humanistas, sino que se considere una «traición» para algunos modelos de psicoterapia y se rechace totalmente (Rodríguez Morejón, 2004), en lugar de simplemente complementarse, pero sin hurtar una información que parece tan necesaria no solo para el restos de profesionales e investigadores, sino también para los propios pacientes y sus padres. Aunque las quejas, motivos de consulta y demandas que un niño o adolescente con depresión y sus padres pueden plantear a un profesional de la salud mental pueden ser muy diversas, no es difícil imaginar que en el caso anterior, como también lo es en muchos casos de depresión, el adolescente o sus padres o ambos hubiesen planteado que inicialmente lo que querrían es que desaparecieran los problemas de tristeza, irritabilidad, cansancio, insomnio o concentración del menor.

Así pues, demostrada la viabilidad de la evaluación de la eficacia de las psicoterapias (y tomando nota de los aspectos criticables y mejorables de dicha evaluación), cuando se

revisa la amplia literatura científica al respecto se puede llegar a las siguientes conclusiones con respecto a los otros cuatro argumentos que justificaban la negativa a plantearse qué terapias funcionan mejor:

— No es cierto que no se haya encontrado que unas terapias son más eficaces que otras. Es verdad que diversas investigaciones llevadas a cabo mediante la metodología metaanalítica, es decir, sintetizando estadísticamente los resultados de múltiples estudios obtenidos tras una búsqueda sistemática y exhaustiva de la literatura científica, han defendido que todas las terapias psicológicas fundamentadas en algún modelo o teoría comúnmente aceptada por la comunidad científica son equivalentes en cuanto a sus resultados terapéuticos (Wampold, 2001). Este resultado de equivalencia se suele conocer como el «efecto del pájaro Dodo» o el «veredicto del pájaro Dodo», en referencia al personaje de *Alicia en el País de las Maravillas* que después de una carrera proclamó: «Todos hemos ganado, y todos tenemos que recibir un premio». El efecto del pájaro Dodo ha sido el protagonista de una intensa polémica científica que se remonta a finales de la década de los setenta del siglo pasado y parece no tener fin (Beutler, 2002; Chambless y Ollendick, 2001; Tolin, 2014, 2015). Sin embargo, actualmente se podría decir, parafraseando a Beutler (2002), que el dodo de la psicoterapia es una especie extinta o al menos en vías de extinción[2]. La revisión metaanalítica más reciente cuestiona dicho efecto, al haber encontrado en el postratamiento diferencias significativas entre las terapias psicológicas en las variables primarias de resultado (aquellas a las que está dirigido fundamentalmente el tratamiento, por ejemplo, las medidas de sintomatología depresiva en las terapias para la depresión) y al haber demostrado que en dichas variables la terapia cognitivo-conductual es ligeramente más eficaz que las otras terapias psicológicas (Marcus, O'Connel, Norris y Sawaqdeh, 2014).

Pero, además, todas estas investigaciones metaanalíticas sobre el efecto del pájaro Dodo han sido duramente criticadas por mezclar y analizar conjuntamente estudios muy diferentes entre sí. Dicho en términos más castizos, se les ha criticado que mezclen churras con merinas, que combinen estudios sobre diferentes trastornos psicológicos (por ejemplo, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos de alimentación, trastornos de personalidad, etc.), con diferentes poblaciones (por ejemplo, adultos, adolescentes, ancianos, etc.), con diferentes medidas de resultado (por ejemplo, medidas de depresión, ansiedad, síntomas psicóticos, funcionamiento global, calidad de vida, etc.), con diferentes metodologías (por ejemplo, estudios que solo ofrecen los resultados de los pacientes que completan el tratamiento y estudios que ofrecen los resultados de todos los pacientes, incluyendo los que han abandonado —análisis por intención de tratar—) o con distinta calidad metodológica (por ejemplo, estudios que utilizan

medidas de resultado fiables y válidas y estudios que utilizan medidas psicométricamente pobres; estudios en los que los clínicos que evalúan los resultados desconocen la terapia que han recibido los pacientes y estudios en los que el mismo clínico que administra el tratamiento evalúa sus resultados) (Beutler, 2002; Chambless y Ollendick, 2001; Tolin, 2014, 2015). De hecho, cuando los metaanálisis se realizan a partir de estudios más homogéneos, en concreto sobre el tratamiento de un mismo trastorno mental en una misma población, sus resultados en muchos casos rechazan el efecto del pájaro Dodo e indican claramente que algunas terapias psicológicas son más eficaces que otras para algunos tipos de trastornos y de pacientes. Esto ocurre, por ejemplo, en el caso de los trastornos de ansiedad en adultos (Tolin, 2014, 2015) y de la depresión en niños y adolescentes (Zhou y cols., 2015).

— Tampoco es cierto que las técnicas específicas de cada terapia no sean eficaces y que, por el contrario, lo único eficaz sean los factores comunes a todas las terapias (por ejemplo, alianza terapéutica, empatía, consideración positiva, colaboración). Lo cierto es que estos factores comunes son de gran importancia en la psicoterapia, y diversos metaanálisis han demostrado que un buen número de ellos están relacionados significativamente con una mayor eficacia terapéutica (Norcross y Wampold, 2011; Wampold, 2001, 2007). Por ejemplo, la alianza terapéutica explica casi el 5 % de la variabilidad de los resultados psicoterapéuticos con niños y adolescentes (Shrik, Karver y Brown, 2011), mientras que la empatía explica aproximadamente el 9 % de dicha variabilidad con pacientes de todas las edades (Elliot, Bohart, Watson y Greenberg, 2011). Sin embargo, estos porcentajes, aunque significativos, dejan mucha variabilidad sin explicar, ya que, obviamente, no se pueden sumar sin más. La alianza terapéutica y la empatía son dos factores que están fuertemente correlacionados (Langhoff, Baer, Zubraegel y Linden, 2008) y, por tanto, la correlación positiva de los resultados terapéuticos con, por ejemplo, la empatía, podría deberse a la correlación de esta con la alianza terapéutica, o viceversa. Sería necesario, pues, analizar en un mismo metaanálisis la relación independiente de ambos factores con los resultados terapéuticos, es decir, controlando el efecto de uno sobre la relación del otro, para conocer así su contribución específica, y ese metaanálisis todavía no se ha realizado o publicado.

En cualquier caso, el hecho de que, teniendo en cuenta los factores comunes, aún quede sin explicar un porcentaje importante de la variabilidad de los resultados terapéuticos, permite suponer que esta variabilidad inexplicada podría explicarse en parte por las diferencias en las técnicas específicas de cada psicoterapia y, precisamente, los resultados metaanalíticos comentados en el párrafo anterior corroboran que esta suposición es cierta: algunas terapias psicológicas son más eficaces que otras para algunos tipos de trastornos y de

pacientes (Tolin, 2014, 2015; Zhou y cols., 2015). Por ejemplo, en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en adultos, el metaanálisis de Tolin (2014, 2015) demostraba que la terapia cognitivo-conductual era significativamente más eficaz que la terapia centrada en el presente, la terapia focalizada en la emoción y la terapia psicodinámica, mientras que en el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, el metaanálisis de Zhou y cols. (2015) corroboraba que la terapia cognitivo conductual y la terapia interpersonal eran significativamente más eficaces que la terapia de juego y la terapia de solución de problemas. Es más, las diferencias entre tratamientos no solo se encuentran entre distintas modalidades o aproximaciones generales a la psicoterapia (por ejemplo, cognitivo-conductual frente a psicodinámico), sino también entre distintos enfoques o terapias dentro de una misma modalidad o aproximación general. Por ejemplo, en el metaanálisis de Ougrin (2011) se comparó la eficacia para los trastornos de ansiedad de dos tipos de terapias cognitivo-conductuales: terapia cognitiva y terapia de exposición. Ambas fueron igualmente eficaces para el tratamiento del trastorno de angustia, del trastorno por estrés postraumático y del trastorno obsesivo-compulsivo, pero, sin embargo, la terapia cognitiva fue significativamente más eficaz que la terapia de exposición en el tratamiento de la fobia social, tanto a corto como a largo plazo.

— Igualmente, tampoco es cierto que las terapias psicológicas evaluadas en los estudios incluidos en todos esos metaanálisis no se puedan aplicar en la práctica clínica habitual ni que sus resultados no sean replicables en dicha práctica, es decir, en el mundo real. En la literatura científica sobre la psicoterapia estas dos cuestiones tienen que ver con la distinción entre eficacia y utilidad clínica, distinción que se abordará más adelante con detenimiento. Baste señalar por ahora que los resultados de esa literatura indican claramente que las terapias psicológicas que se muestran eficaces en la investigación también son útiles en la práctica clínica cotidiana (véase las revisiones de Hunsley y Lee, 2007; Lee, Horvath y Hunsley, 2013). Por ejemplo, en el ámbito concreto de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes, Lee y cols. (2013) revisaron siete estudios que habían analizado los resultados de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia interpersonal en contextos clínicos habituales, y compararon tales resultados con los obtenidos en los metaanálisis que sirven de referencia para avalar la eficacia de esas terapias. Alrededor del 90 % de los niños y adolescentes completaron las terapias en la práctica clínica habitual, de manera que las tasas de abandono terapéutico en el mundo real fueron similares a las obtenidas en los metaanálisis de referencia (entre 83 % y 87 %). Igualmente, los porcentajes de niños y adolescentes que habían mejorado de sus trastornos tras finalizar la terapia en la práctica clínica habitual fueron similares a los obtenidos en los metaanálisis de referencia, tanto para la depresión (57 % frente a 49,6 %, respectivamente), como para los trastornos de ansiedad (60 % frente a 72 %) y el trastorno obsesivo-

compulsivo (56 % frente a 63 %) (Lee y cols., 2013).

— Lo que sí es cierto es que la literatura científica no ha puesto todavía a prueba todas las terapias psicológicas disponibles, algo que, dado su elevado número, no debería sorprender y que, por la misma razón, cabría dudar de que se logre alguna vez totalmente. También es cierto que la ausencia de pruebas de eficacia no es una prueba de la ausencia de eficacia; es decir, el hecho de que una terapia psicológica no haya sido evaluada en cuanto a su eficacia no quiere decir que no sea eficaz, tan solo que no se sabe con un mínimo de seguridad si lo es o no. Sin embargo, esta información por sí sola ya es muy importante. Si no se tienen datos sobre la eficacia de una terapia, si ningún estudio la ha evaluado previamente con un mínimo de rigor, ¿sobre qué base o argumentos se puede aplicar a un niño o a un adolescente que está sufriendo con sus problemas depresivos o de ansiedad? Y si al final la terapia no funciona, ¿cómo se podría justificar el tiempo perdido, la prolongación del sufrimiento y los posibles efectos iatrogénicos del fracaso y de las expectativas incumplidas?

Imagínese que un profesional clínico plantease a los padres de ese niño o adolescente la siguiente situación: «Disponemos de dos terapias psicológicas para los problemas de su hijo. Ambas están basadas en teorías que cuentan con un razonable apoyo de la investigación. La primera terapia ha sido probada en niños y adolescentes con problemas parecidos a los de su hijo en varios estudios relativamente rigurosos y ha dado buenos resultados; la segunda todavía no ha sido probada con rigor en ningún estudio, pero cabría esperar de la teoría que también diera buenos resultados. ¿Qué terapia prefiere que apliquemos con su hijo?». No es difícil imaginar cuál preferirían los padres. A nadie le gusta arriesgar con la salud de sus hijos o que se «experimente» con ella. Quizá si el clínico hubiera presentado la segunda terapia en estos otros términos: «la segunda todavía no ha sido probada con rigor en ningún estudio, pero, según mi experiencia clínica, dará buenos resultados», y debido a la confianza que los pacientes suelen depositar en los profesionales que les atienden esto podría haber conseguido que los padres se inclinaran por la segunda terapia, pero ¿es justificable dar más peso a la experiencia de un único clínico con un número limitado de pacientes que a la experiencia de todos los clínicos que realizaron los estudios previos con un número de pacientes probablemente mayor? Y, sobre todo, dadas las dificultades metodológicas para demostrar la eficacia de un tratamiento (Kazdin, 2001) y dados los sesgos y limitaciones cognitivas que todos los profesionales clínicos tienen a la hora de enjuiciar su propia práctica profesional (Gambrill, 2005), ¿es justificable dar más peso a la experiencia de un clínico que a los resultados de varios estudios clínicos que han utilizado los mejores procedimientos actualmente disponibles para superar esas dificultades y esos sesgos y limitaciones (por ejemplo, grupos de control, aleatorización, instrumentos estandarizados fiables y

válidos, evaluación de los resultados por clínicos independientes de los que aplicaron el tratamiento, etc.)?

Obviamente, los padres están en su derecho de dar más peso a una u otra opción, pero los profesionales clínicos no tanto, ya que tienen toda una serie de deberes deontológicos con sus pacientes que se derivan de las reglas de conducta profesional que recoge el código deontológico de su profesión. Por ejemplo, el código deontológico del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España (2010) establece que «la profesión del psicólogo se rige por principios comunes a toda deontología profesional: respeto a la persona, protección de los derechos humanos, sentido de responsabilidad, honestidad, sinceridad para con los clientes, prudencia en la aplicación de instrumentos y técnicas, competencia profesional, **solidez de la fundamentación objetiva y científica de sus intervenciones profesionales**» (art. 6; la negrita es nuestra). Asimismo, establece que «sin perjuicio de la legítima diversidad de teorías, escuelas y métodos, el psicólogo **no utilizará medios o procedimientos que no se hallen suficientemente contrastados, dentro de los límites del conocimiento científico vigente**» (art. 18; la negrita es nuestra).

Es verdad que ese conocimiento científico vigente es más amplio para algunos trastornos y poblaciones que para otros y que en algunos casos es todavía muy pobre; igualmente es cierto que el adjetivo «vigente» indica muy claramente que el proceso de investigación es continuo y que ese conocimiento no es definitivo y puede ser cuestionado mediante nuevas pruebas empíricas que refuten o mejoren las hoy existentes. Estas incertidumbres son comunes a todos los ámbitos profesionales y científicos y se deben asumir como inherentes a cualquier empresa humana, incluida la ciencia, pero no pueden servir de excusa para rechazar los conocimientos actuales cuando al clínico no le gustan o no coinciden con su práctica profesional actual. En todo caso, esas incertidumbres dan mayor valor a los principios deontológicos profesionales que antes también se mencionaban de honestidad, responsabilidad, prudencia y competencia, y que se reflejan en deberes explícitos relacionados con la asunción de las limitaciones profesionales y la necesidad de actualización profesional. Así lo recoge, por ejemplo, el código deontológico del psicólogo: «Forma parte de su trabajo el esfuerzo continuado de actualización de su competencia profesional. Debe reconocer los límites de su competencia y las limitaciones de sus técnicas» (art. 17).

Puesto que una característica de los modelos cognitivo-conductuales es el énfasis en la comprobación empírica tanto de las teorías como de la eficacia de los tratamientos aplicados, actualmente existen muchos más estudios y datos sobre la eficacia de las terapias procedentes de esos modelos que de la de otros. Por ejemplo, en el campo infantil y adolescente una reciente revisión metaanalítica de Rosa-Alcázar, Sánchez-Meca, Rosa Alcázar, Iniesta-Sepúlveda, Olivares-

Rodríguez y Parada-Navas (2015) informaba que, hasta febrero de 2014, había encontrado en la literatura científica 46 artículos sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos para el trastorno obsesivo-compulsivo, y en todos esos artículos, salvo en uno, se había investigado algún tipo de terapia cognitivo-conductual. En relación con otros trastornos, como por ejemplo la depresión (Zhou y cols., 2015), el trastorno por estrés postraumático (Gutermann y cols., 2016) o los trastornos de ansiedad en general (Reynolds, Wilson, Austin y Hooper, 2012), el abanico de terapias investigadas es más amplio, pero aun así la base de datos empíricos es mucho más extensa para las terapias procedentes de los modelos cognitivo-conductuales. La reciente revisión metaanalítica de Zhou y cols. (2015) sobre el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes encontró, hasta julio de 2014, 52 ensayos clínicos aleatorizados y controlados, en los cuales, en total, 2.361 pacientes habían sido aleatorizados a nueve tipo de psicoterapias; sin embargo, la mayoría de sus datos tenían que ver con la eficacia de la terapia cognitivo-conductual. A este tipo de terapia habían sido aleatorizados 1.149 pacientes, mientras que el segundo tipo con una base de datos mayor era la terapia interpersonal, con 344 pacientes, quedando muy lejos de esas cifras la terapia psicodinámica, con tan solo 35 pacientes, y que ocupaba la última posición respecto al tamaño de su base de datos de eficacia. En la misma dirección, Gutermann y cols. (2016), tras revisar metaanalíticamente los estudios realizados hasta abril de 2014 sobre el tratamiento del trastorno por estrés postraumático en niños y adolescentes, encontraron que la psicoterapia había sido aplicada en 150 grupos de intervención, de los cuales la mayoría (84; 56 %) habían recibido terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, mientras que, dejando al margen las intervenciones psicoeducativas (17; 11 %), la segunda terapia más aplicada la habían recibido tan solo 12 grupos (8 %) y era la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), y la última la había recibido tan solo un grupo (1 %) y era la hipnoterapia. Aun admitiendo que la metodología actual para la investigación de la psicoterapia es más afín a los supuestos y procedimientos de las terapias cognitivo-conductuales, esta afinidad no puede servir como excusa para que las terapias procedentes de otros modelos no pongan a prueba su eficacia, máxime cuando, tal y como se ha argumentado antes, hay unos mínimos metodológicos que son compatibles con todo tipo de modelos y terapias. Por otro lado, la existencia de terapias psicológicas con apoyo empírico no invalida el necesario ajuste de las mismas a las características de cada paciente y de sus trastornos, problemas y circunstancias.

En resumen, la necesidad y viabilidad de la evaluación de los resultados de los tratamientos de los trastornos mentales, incluidas las psicoterapias, deberían ser, en pleno siglo XXI, indiscutibles. De hecho, además de las razones científicas, profesionales

y deontológicas ya expuestas (véase también Bados López, García Grau y Fusté Escolano, 2002), existen también importantes factores sociales, culturales, económicos y políticos que lo justifican, como por ejemplo la existencia de pacientes que reclaman su derecho a estar mejor informados y de leyes que respaldan tales derechos, la preocupación por el gasto en salud de los sistemas sanitarios públicos o privados, la competencia entre distintas profesiones por los recursos disponibles, etc. (Bados López y cols., 2002; Fernández Hermida y Pérez Álvarez, 2001; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000). Merece la pena, por tanto, repasar a continuación, aunque sea brevemente, cómo se evalúan los resultados terapéuticos y qué se entiende actualmente por una terapia eficaz para un trastorno mental dado.

1.1. Eficacia y utilidad clínica de las terapias

En la literatura científica sobre el tratamiento de los trastornos mentales se suelen distinguir, en relación con la validez de las conclusiones que se pueden extraer de los estudios terapéuticos, dos constructos diferentes, pero relacionados, que se denominan en inglés *efficacy* y *effectiveness* (Nathan, Stuart y Dolan, 2000; Seligman, 1995). Estos dos términos han sido traducidos al español como «eficacia» y «efectividad» (por ejemplo, Labrador y cols., 2000; Fernández Hermida y Pérez Álvarez, 2001; Ferro García y Vives Montero, 2004; Real Academia Nacional de Medicina, 2012). Sin embargo, en el español no técnico y cotidiano los términos «eficacia» y «efectividad» son sinónimos y ambos significan, según el *Diccionario de la Real Academia Española*, «capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera» (Real Academia Española, 2015), por lo que cabría proponer otros términos u otras traducciones de las palabras inglesas *efficacy* y *effectiveness* que captasen la distinción conceptual que se verá más adelante y que no provocasen tanta confusión. En este libro se ha optado por la dicotomía «eficacia» frente a «utilidad clínica»[3].

Se habla de estudios de **eficacia** para aludir a los estudios que se caracterizan por primar en sus diseños la validez interna para así poder inferir la existencia de una relación causal entre las terapias y los resultados positivos que se observen al final de las mismas (véase la tabla 2.2). Para ello, los investigadores disponen las condiciones más óptimas y controladas posibles que les permitan detectar cualquier mínimo efecto positivo que pueda atribuirse exclusivamente al tratamiento. Esto implica, como mínimo, el que los investigadores ejerzan un control considerable sobre la selección de la muestra de participantes (utilizando, por ejemplo, criterios estrictos de inclusión y exclusión para llegar a muestras homogéneas), sobre la administración de los tratamientos (normalmente a través de la asignación aleatoria de los participantes a un grupo de tratamiento y a otro grupo de control) y sobre la forma en que dichos tratamientos se aplican (empleando, por ejemplo, terapeutas con una formación muy similar y procedentes, habitualmente, de hospitales, clínicas y laboratorios universitarios, que han

sido específicamente entrenados con manuales de tratamiento, que siguen protocolos terapéuticos muy definidos en cuanto, por ejemplo, el número de sesiones y su duración, y que son evaluados en cuanto al grado de fidelidad a los protocolos y a los manuales). El ejemplo típico de un estudio de eficacia es un estudio experimental (o ensayo clínico aleatorizado) con un grupo de control (estudio o ensayo controlado) sobre un muestra homogénea de pacientes que tiene lugar en el ambiente estructurado de los laboratorios u hospitales universitarios.

TABLA 2.2
Diferencias más importantes entre los estudios de eficacia y de utilidad clínica de las terapias

Características	Estudios de eficacia	Estudios de utilidad clínica
Objetivo	Determinar la causalidad (primar la validez interna): ¿Produce este tratamiento algún efecto positivo? → Utilizar condiciones lo más óptimas y controladas posible que permitan detectar cualquier mínimo efecto positivo que pueda atribuirse exclusivamente al tratamiento.	Determinar la utilidad clínica (primar la validez externa): ¿Tiene este tratamiento efecto en la práctica clínica? → Utilizar condiciones lo más parecidas posible a las que se dan en la práctica clínica habitual que permitan inferir que los efectos positivos del tratamiento son generalizables a dicha práctica.
Pacientes	Reclutados (menos graves; se ofrecen como voluntarios para estudios).	Remitidos (más graves; algunos obligados) o que han decidido buscar ayuda activamente.
	Con un único problema y específico (los pacientes con trastornos múltiples son normalmente excluidos).	Con problemas múltiples y generales.
	Forman grupos homogéneos, al ser seleccionados por criterios estrictos de inclusión y exclusión.	Forman grupos heterogéneos; apenas hay criterios de exclusión.
	Asignados aleatoriamente a las diversas condiciones de tratamiento y de control.	Seleccionan más o menos libre y activamente el tipo de tratamiento que van a recibir.
Terapeutas	Investigadores, profesores, becarios o doctorandos.	Profesionales.
	Tratan pocos casos.	Tratan muchos casos (sobrecarga de casos).
	Preparación especial pretratamiento en la terapia que van a aplicar.	Preparación especial pretratamiento poco frecuente.
Parámetros del tratamiento	Duración corta; número fijo de sesiones.	Duración larga; casi ningún límite en el número de sesiones (prácticamente hasta que el paciente mejora o abandona).
	Protocolizado, altamente estructurado	Tratamiento flexible, ajustable y autocorrectivo

	(con manual de tratamiento y control de la fidelidad al mismo).	(sin manual de tratamiento y con menos control sobre el quehacer del terapeuta).
	Método único e inspirado en una sola orientación teórica.	Métodos múltiples y teóricamente eclécticos.
	Realizado en universidades u hospitales universitarios.	Realizado en clínicas, hospitales y centros clínicos.
Evaluación de resultados	Variables de resultado bien operativizadas, centradas en la reducción de síntomas específicos y/o en la desaparición de un trastorno clínicamente diagnosticado, y evaluadas con una batería amplia de pruebas y tests específicos.	Variables de resultado peor operativizadas, centradas no solo en la desaparición de síntomas/trastornos, sino también en la mejora del funcionamiento general del paciente, en su satisfacción con el tratamiento o en la relación costes-beneficios de la terapia, y evaluadas con un menor número de pruebas y tests que además suelen ser más generales.
	Los evaluadores desconocen la condición a la que se asignó al paciente (estudio «ciego»).	Los evaluadores son los mismos terapeutas.
	Seguimientos a intervalos fijos con un batería amplia de pruebas y tests específicos.	Sin apenas seguimientos.
	Criterio estadístico de valoración (un cambio positivo en las variables de resultado que sea estadísticamente significativo).	Criterio clínico de valoración (un cambio positivo en las variables de resultado que sea clínicamente significativo).

Teniendo en cuenta estas características de los estudios de eficacia, la División 12 de psicología clínica (o Sociedad de Psicología Clínica) de la Asociación Americana de Psicología estableció en 1998 unos criterios para validar empíricamente la eficacia de los tratamientos psicológicos (Chambless y cols., 1998) y que aún hoy en día siguen vigentes (Division 12 of the American Pychological Association, 2016), Según ellos, para considerar un **tratamiento «bien establecido» en relación con su eficacia** para un trastorno psicológico (ahora denominado **tratamiento con «apoyo fuerte de la investigación»**), dicho tratamiento debería cumplir los cuatro criterios siguientes:

1. Deben existir al menos dos estudios experimentales intergrupos (estudios con grupo de control y aleatorización de los pacientes a los grupos, también denominados ensayos clínicos controlados) bien realizados y en los que se hubiese comprobado o bien que el tratamiento es más eficaz de forma estadísticamente significativa que un tratamiento farmacológico, que un placebo psicológico o que otro tratamiento psicológico, o bien que el tratamiento en cuestión es equivalente a un tratamiento ya bien establecido; esto último se ha constatado en experimentos con muestras de pacientes (o clientes) de tamaño adecuado.

Como alternativa en el caso de que no se hayan realizado suficientes estudios experimentales intergrupos, debe existir una serie grande de estudios de caso único con diseños experimentales (10 estudios o más) que demuestren la eficacia del tratamiento. Estos estudios de caso único deben haber utilizado buenos diseños experimentales y haber comparado el tratamiento en cuestión con un tratamiento farmacológico, con un placebo psicológico o con otro tratamiento psicológico.

2. Todos los estudios experimentales anteriores han debido utilizar manuales de tratamiento. Este criterio debería asegurar que el tratamiento recibido por todos los pacientes de los estudios fuese homogéneo, permitiendo posteriormente poder replicar el tratamiento y sus resultados.
3. Todos los estudios experimentales anteriores se han realizado en muestras bien caracterizadas de pacientes (o clientes). Este criterio permite identificar el tipo de pacientes (o clientes) y el tipo de trastorno o problema para los cuales el tratamiento en cuestión se ha mostrado eficaz.
4. La eficacia del tratamiento ha sido demostrada por al menos dos investigadores o dos equipos de investigación diferentes.

Por otro lado, y siguiendo de nuevo a la División 12 de la Asociación Americana de Psicología, un tratamiento podría considerarse **«probablemente eficaz»** (ahora denominado con **«apoyo modesto de la investigación»**) si cumple al menos uno de estos tres criterios:

a) Existen al menos dos estudios experimentales intergrupales bien realizados en los que se ha comprobado que el tratamiento en cuestión es más eficaz de forma estadísticamente significativa que una condición de control en la cual los pacientes (o clientes) están en lista de espera para recibir el tratamiento (condición de lista de espera), y todos esos estudios cumplen los criterios 2, 3 y 4 para un tratamiento bien establecido.

b) El tratamiento en cuestión cumple todos los criterios para un tratamiento bien establecido, menos el 4, es decir, cumple los criterios 1, 2 y 3, pero su eficacia no ha sido demostrada por al menos dos investigadores o dos equipos de investigación diferentes.

c) Existe una serie pequeña de estudios de caso único con diseños experimentales (3 estudios o más) que demuestran la eficacia del tratamiento y cumplen el resto de criterios para un tratamiento bien establecido, es decir, esos estudios de caso único deben haber utilizado buenos diseños experimentales, haber comparado el tratamiento en cuestión con un tratamiento farmacológico, con un placebo psicológico o con otro tratamiento psicológico, y haber cumplido los criterios 2, 3 y 4.

Estos criterios para establecer la eficacia de un tratamiento psicológico pueden

aplicarse a los tratamientos farmacológicos *mutatis mutandis* (por ejemplo, cambiando el placebo psicológico por un placebo farmacológico, o el manual de tratamiento por un protocolo de tratamiento que especifique la dosis y pauta del medicamento).

Por otro lado, esos criterios establecen unos mínimos para determinar la eficacia de un tratamiento, pero, a medida que aumenta el número de estudios de resultados, pueden aparecer tanto un buen número de ellos con resultados positivos, que demuestran la eficacia de un tratamiento al constatar, por ejemplo, que sus beneficios terapéuticos son significativamente superiores a los de una condición de lista de espera o a los de otro tratamiento, como muchos otros estudios con resultados negativos, es decir, estudios en los que, por ejemplo, no se encuentran diferencias significativas entre el tratamiento y la condición de lista de espera o entre los dos tratamientos, o en los que los beneficios del tratamiento en cuestión son incluso inferiores. Para sintetizar los resultados de tantos estudios y estimar, más allá de sus inconsistencias, el beneficio terapéutico realmente atribuible al tratamiento y generalizable a una población más amplia, se suelen realizar revisiones sistemáticas y metaanálisis de los estudios de eficacia que, actualmente, se consideran las mejores herramientas para sintetizar las pruebas científicas respecto a qué tratamientos son eficaces y deberían aplicarse para un determinado trastorno o problema psicológico (Sánchez-Meca y Botella, 2010). Por esa razón, las guías de práctica clínica para el tratamiento de los trastornos mentales que elaboran los principales organismos oficiales sanitarios, o las instituciones independientes dedicadas a la calidad sanitaria que trabajan para dichos organismos[4], suelen dar más peso en sus recomendaciones a los datos obtenidos a través de dichas revisiones sistemáticas y metaanálisis. Por ejemplo, en la tabla 2.3 se puede consultar la gradación de la calidad del apoyo empírico (o evidencia) que utiliza la Red Escocesa de Guías entre Colegios (SIGN), una institución creada en 1993 por la Academia de Colegios Reales y sus Facultades de Escocia para elaborar guías clínicas basadas en pruebas para el Servicio Nacional de Salud de Escocia, y que cuenta con un gran prestigio en ese campo. De hecho, su gradación de la calidad del apoyo empírico fue adoptada, por ejemplo, por el grupo de trabajo que elaboró la *Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia* del Ministerio de Sanidad y Política Social de España (Grupo de Trabajo, 2009a). Como se puede apreciar en la tabla 2.3, en el nivel más alto de calidad del apoyo empírico se encuentran los metaanálisis de ensayos clínicos, las revisiones sistemáticas de ensayos clínicos y los propios ensayos clínicos. Por esta razón, en este libro también se va a dar preeminencia a los resultados obtenidos por esos procedimientos a la hora de identificar y describir los tratamientos más eficaces para los trastornos depresivos y de ansiedad en niños. En Sánchez-Meca y Botella (2010) se puede consultar una descripción sencilla de cómo se hacen las revisiones sistemáticas y metaanalíticas, así como una guía orientativa sobre cómo hacer una lectura crítica de los resultados que ofrecen desde el punto de vista de la práctica profesional.

En resumen, los estudios de eficacia (o ensayos clínicos) y las revisiones narrativas o

metaanalíticas de tales estudios son, actualmente, la base empírica más segura para decidir qué tratamientos funcionan y cuáles no. Sin embargo, al primar la validez interna, los estudios de eficacia sacrifican en parte la validez externa y, por tanto, no está claro que los efectos positivos que se encuentran en esas condiciones ideales y controladas en que suelen realizarse sean generalizables sin más a la práctica clínica habitual, en la cual se interviene sobre una población mucho más heterogénea, que en parte tiene cierta capacidad para elegir el tipo de tratamiento que va a recibir y en la cual la aplicación de los tratamientos es flexible, autocorrectiva y está a cargo de profesionales clínicos que varían en mayor medida en su grado de formación y experiencia clínica (véase la tabla 2.2).

TABLA 2.3
Niveles de calidad del apoyo empírico (o de la evidencia) según SIGN

Nivel	Tipos de estudios
1 ++	Metaanálisis de ensayos clínicos, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos que tienen una calidad alta y un riesgo muy bajo de sesgos.
1 +	Metaanálisis de ensayos clínicos, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos que están bien realizados y tienen un riesgo bajo de sesgos.
1 −	Metaanálisis de ensayos clínicos, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con un riesgo elevado de sesgos.
2 ++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de estudios de casos-controles que tienen una calidad alta. Estudios de cohortes o estudios de casos-controles que tienen una calidad alta, un riesgo muy bajo de presentar factores de confusión o sesgos y una probabilidad alta de que la relación encontrada sea causal.
2 +	Estudios de cohortes o estudios de casos-controles que están bien realizados y tienen un riesgo bajo de presentar factores de confusión o sesgos y una probabilidad moderada de que la relación encontrada sea causal.
2 −	Estudios de cohortes o estudios de casos-controles que tienen un riesgo elevado de presentar factores de confusión o sesgos y un riesgo significativo de que la relación encontrada no sea causal.
3	Estudios no analíticos (por ejemplo, informes de casos, series de casos).
4	Opinión de expertos.

FUENTE: adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2011, p. 51).

TABLA 2.4
Criterios de representatividad clínica

Criterio	Definición y codificación
Contexto clínicamente representativo	1: Contexto donde los servicios clínicos se proporcionan habitualmente en ámbitos no universitarios (por ejemplo, clínicas ambulatorias de salud mental, hospitales generales, práctica privada, prisiones) y en los cuales el propósito primario es la atención clínica. 1/2: Contexto de pacientes afiliado a un programa de investigación de la universidad, pero el propósito primario del contexto es la atención clínica. 0: Contexto universitario de investigación.
Remitentes clínicamente representativos	1: Los clientes son remitidos inicialmente a través de las vías clínicas habituales (por ejemplo, remitidos por médicos). 1/2: Los clientes son remitidos a través de las vías clínicas habituales (por ejemplo, remitidos por médicos) y por reclutamiento a través de anuncios. 0: Los clientes son remitidos por reclutamiento a través de anuncios.
Terapeutas clínicamente representativos	1: Clínicos practicantes y experimentados, con una carga regular de casos y para los cuales la provisión de servicios es una parte sustancial de su trabajo. Se incluyen los terapeutas primarios en un contexto clínico (internos). 0: Terapeutas de investigación.
Estructura clínicamente representativa	1: Tratamiento que o bien tiene una estructura utilizada en la práctica clínica o bien no está estructurado de una forma detallada y uniforme de acuerdo a un manual (por ejemplo, terapia cognitivo-conductual general). 1/2: Tratamiento «basado en» o «inspirado por» un manual clínico, el cual puede utilizarse flexiblemente (por ejemplo, incluye procedimientos terapéuticos no incluidos en el manual, un número flexible de sesiones). 0: Manualización estricta, o tratamiento dirigido por un manual (por ejemplo, con un número establecido de sesiones)
Monitorización clínicamente representativa	1: La implementación del tratamiento no fue monitorizada de ninguna manera que pudiera influir en el comportamiento del terapeuta (por ejemplo, sin supervisión y sin controles formales de adherencia). 1/2: La única monitorización fue la realización de supervisiones o el uso de resúmenes que contienen información sobre los aspectos cubiertos en la sesión (sin que se utilicen controles formales de adherencia). 0: Supervisión y controles de adherencia.
Sin entrenamiento pretratamiento	1: Los terapeutas no recibieron un entrenamiento especial inmediatamente antes del estudio en las técnicas específicas a utilizar. Los terapeutas pueden haber recibido entrenamiento en ese tratamiento en algún momento de su carrera, pero no para los propósitos del estudio en el cual participan. 1/2: Solo los terapeutas novatos son entrenados, y estos representan menos del 25 % de los terapeutas. 0: Entrenamiento pretratamiento; también se puntúa 0 cuando el porcentaje de los terapeutas novatos no se especifica.
Sin aleatorización	1: Los pacientes no eran parte de un ensayo aleatorizado, no cumplieron los criterios para un ensayo particular o rehusaron la aleatorización. 0: Los pacientes fueron aleatorizados a los tratamientos.
Pacientes clínicamente representativos	1: Sin criterios de exclusión, aparte de psicosis, riesgo de suicidio, trastorno cerebral orgánico o dependencia de sustancias, si los pacientes cumplen los criterios para el trastorno bajo estudio. 0: Criterios de exclusión distintos a los mencionados antes, incluyendo comorbilidad o

	medicación.
Se permite la medicación	1: Se permite la medicación. Si no hay mención específica en los criterios de exclusión, se asume que la medicación es permitida. 0: Los pacientes que toman medicación son forzados a dejar la medicación o son excluidos del estudio.

FUENTE: adaptado de Stewart y Chambless (2009, p. 606).

A los estudios que abordan directamente la **utilidad clínica** de una intervención (que previamente ha demostrado su eficacia) examinando sus efectos en condiciones que se asemejan a las que se encuentran en la práctica clínica habitual se les conoce como estudios de utilidad clínica (o efectividad). La principal característica de estos últimos estudios es que dan prioridad a la validez externa y, por tanto, examinan los efectos de los tratamientos en condiciones lo más parecidas posibles a las que se dan en la práctica clínica habitual, es decir, utilizan contextos terapéuticos naturales (por ejemplo, centros de atención primaria, centros de salud mental, hospitales y clínicas no universitarias), profesionales clínicos que trabajan en dichos contextos, y muestras de pacientes más heterogéneas que son seleccionadas sin apenas criterios de exclusión o inclusión de entre las personas que normalmente acuden o son remitidas a dichos contextos. La utilidad clínica viene determinada por múltiples factores, entre ellos la eficacia de la intervención, su correcta administración y sus efectos en la población más amplia que suelen representar los pacientes de los contextos clínicos aplicados, con una heterogeneidad psicosocial y biológica presumiblemente mucho mayor.

Por supuesto, la distinción entre estudios de eficacia y utilidad clínica no es absoluta y sus características se pueden concebir mejor como continuos en los cuales difieren y se pueden situar los diferentes estudios sobre los efectos de los tratamientos, de manera que, por ejemplo, es posible valorar el grado en que un estudio en particular se puede considerar un estudio de eficacia o de utilidad clínica. En este sentido, por ejemplo, Stewart y Chambless (2009) han propuesto unos criterios y unas valoraciones numéricas para estimar el grado de representatividad clínica de un estudio dado y que, por tanto, permiten cuantificar el grado en que un estudio es de utilidad clínica en una escala de 0 a 9 (de poco a muy representativo de las condiciones de la práctica clínica habitual). Estos criterios se recogen en la tabla 2.4 y, como se puede observar en dicha tabla, son muy similares a las características de los estudios de utilidad clínica que se recogen en la tabla 2.2.

Aunque, tal y como se ha comentado anteriormente, la utilidad clínica de una intervención no está determinada únicamente por su eficacia, esta es su base fundamental, ya que si una terapia no ha demostrado que funciona, no tiene sentido plantearse su viabilidad, su aceptación entre pacientes y profesionales, su relación costes/beneficios, etc. Por esta razón, y tal y como subraya su subtítulo *(Del laboratorio*

a la consulta), este libro se centrará fundamentalmente en los tratamientos que hasta ahora han demostrado su eficacia y, por tanto, en los capítulos 5 y 9 del mismo se presentarán de manera detallada los datos que respaldan esa eficacia o que desaconsejan la utilización de otros tratamientos por su falta de eficacia contrastada, y, por supuesto, el libro abordará, fundamentalmente en los capítulos dedicados a la exposición de casos clínicos (capítulos 6 y 10), cómo trasladar esos tratamientos eficaces a la práctica clínica, es decir, cómo hacerlos clínicamente útiles.

2. TERAPIAS PSICOLÓGICAS

Puesto que este libro está enfocado a los tratamientos que hoy en día se consideran eficaces y útiles para el tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes, en este apartado solo se describirán, aunque brevemente, las terapias psicológicas que, tal y como se verá en los capítulos 5 y 9, cuentan con el aval empírico de un número razonable de estudios de eficacia realizados con esa población. Exposiciones más detalladas de estas terapias se pueden encontrar en Weisz y Kazdin (2010), mientras que en Feixas y Miró (1993), Hersen y Sledge (2002) o Linn y Garske (1988) se pueden consultar las descripciones de otras terapias psicológicas, incluyendo las mencionadas en la tabla 2.1.

2.1. Terapias conductuales, cognitivas y cognitivo-conductuales: la terapia de conducta

La terapia de conducta se puede definir como «la aplicación de la teoría y de la investigación básica procedentes de la psicología experimental a la alteración de la conducta, con el propósito de resolver problemas tanto de índole personal como social, y de mejorar el funcionamiento humano en general» (Kazdin, 1978/1983, p. 9). Aunque a veces se la conoce como modificación de conducta y ambos términos se pueden utilizar indistintamente, se suele utilizar el nombre de «terapia de conducta» para el ámbito de las aplicaciones clínicas, y el nombre de «modificación de conducta» para referirse a otros tipos de aplicaciones (por ejemplo, en el deporte, la educación, el trabajo y las organizaciones, los problemas comunitarios y sociales). La terapia de conducta es, por tanto, un enfoque del tratamiento psicológico o de la psicoterapia para los trastornos mentales y otros problemas de salud, incluyendo, obviamente, los trastornos depresivos y de ansiedad, tanto en adultos como en niños y adolescentes. Además, de la definición anterior se desprende que las dos características fundamentales que distinguen a la terapia de conducta de otros enfoques psicoterapéuticos es su doble compromiso tanto con el corpus teórico y empírico de la psicología científica como con el rigor metodológico experimental. Por tanto, aunque bajo el nombre de terapia de conducta se hace alusión a un conjunto muy amplio y variado de estrategias y técnicas de

intervención y tratamiento para los problemas de salud, las cuales a veces también se engloban bajo el término genérico de terapias cognitivo-conductuales o terapia cognitivo-conductual, todas ellas tienen en común ese doble compromiso con el corpus de la psicología científica y la solidez metodológica.

A pesar de que como enfoque de tratamiento psicológico nace a finales de los años cincuenta del siglo XX (Kazdin, 1978/1983) y, por tanto, tiene una antigüedad de más de 50 años, existen aún hoy falsas creencias o mitos sobre la terapia de conducta, incluso entre los propios psicólogos, que es preciso romper porque impiden que los profesionales de la salud la apliquen en su práctica clínica o busquen especialistas apropiados a los cuales remitir sus pacientes. Algunas de esas falsas creencias o mitos se resumen en la tabla 2.5 y se discuten a continuación.

TABLA 2.5
Falsas creencias o mitos sobre la terapia de conducta (TC) entre los profesionales de la salud

Mito	Hecho
La TC solo cambia los síntomas de los trastornos, pero no sus causas.	La TC modifica causas y no solamente síntomas, si bien para valorar los beneficios terapéuticos evalúa como condición necesaria, pero no suficiente, si los síntomas continúan o no.
La TC no está interesada en el desarrollo histórico de los trastornos, a pesar de que para tratar con éxito un trastorno es indispensable conocer las causas que lo originaron.	Dado que los factores causales de origen no están presentes en el momento actual, difícilmente se puede intervenir sobre ellos para modificarlos. Sin embargo, la terapia de conducta está interesada en el desarrollo del trastorno en la medida que las causas originales son similares a las actuales o pueden ayudar a desentrañar estas.
La TC solo trata de modificar los factores ambientales y las conductas observables, pero en muchos trastornos son más importantes las emociones o los pensamientos disfuncionales.	La TC trabaja con todas las variables relevantes para solucionar un trastorno en concreto, ya sean factores ambientales, respuestas fisiológicas, comportamientos motores, actitudes y pensamientos, emociones o variables de personalidad.
La TC es como un recetario de cocina, que se aplica sin tener en cuenta las particularidades de cada individuo.	Aunque hay programas estandarizados de tratamiento, estos se adaptan e individualizan a las características del trastorno, de la personalidad y del entorno de cada paciente.
Aunque parece útil, la eficacia de la TC no ha sido todavía demostrada empíricamente de manera sólida.	Existen actualmente una gran cantidad de datos empíricos que demuestran su eficacia en problemas y trastornos psicológicos muy diversos, siendo en la actualidad el tratamiento de elección para muchos de ellos, por delante de las terapias farmacológicas o de otras terapias psicológicas.
Las técnicas de la TC son demasiado simples para problemas tan complejos como los trastornos	Su eficacia ha sido avalada empíricamente para una gran variedad de trastornos psicológicos, desde los más frecuentes (trastornos de ansiedad, depresivos, de abuso y dependencia del alcohol y otras drogas,

psicológicos y solo serían útiles para trastornos más simples como las fobias específicas o los trastornos de conducta infantil.

sexuales o del sueño) hasta los considerados más graves, complejos o difíciles de tratar (esquizofrenia, retraso mental, autismo o trastornos de personalidad), y para pacientes de muy distinta edad (niños, adolescentes, adultos y ancianos).

1. *La terapia de conducta solo cambia los síntomas de los trastornos, pero no sus causas: falso.* Es cierto que en la terapia se comienza por describir con detalle los síntomas o conductas problemáticas que presenta un niño o adolescente, pero después se pasa al análisis de los determinantes de su comportamiento, a las causas de sus trastornos, y solo una vez establecidas estas, y en función de ellas, se buscan procedimientos y técnicas para superarlos. En consecuencia, modifica causas y no solamente síntomas, si bien, para valorar la magnitud de los cambios y los beneficios de la terapia de la forma más objetiva posible, evalúa de forma rigurosa como condición necesaria, pero no suficiente, si los síntomas continúan o no.
2. *La terapia de conducta no está interesada en el desarrollo histórico de los trastornos y, para tratar con éxito un trastorno, es indispensable conocer las causas que lo originaron: falso.* Precisamente la importancia que la terapia de conducta otorga al análisis de las causas le ha llevado a constatar que en múltiples ocasiones los factores causales que originaron un problema (por ejemplo, comenzar a fumar por probar nuevas sensaciones, por identificarse con los adultos, etc.) no coinciden necesariamente con los factores causales que lo mantiene (por ejemplo, seguir fumando por la presencia de síntomas negativos de abstinencia). Por tanto, puesto que lo relevante es el tratamiento de los problemas que presenta ahora un paciente, la terapia de conducta ha tendido a centrarse en los determinantes actuales de los problemas, más que en los históricos. Dado que los factores causales de origen no están presentes en el momento actual, difícilmente se puede intervenir sobre ellos para modificarlos. Sin embargo, esto no quiere decir que la terapia de conducta actual no esté interesada en el desarrollo histórico del problema. Aunque es verdad que esta era una posición popular entre los enfoques radicales de la terapia de conducta en los primeros años de su desarrollo, desde los años ochenta del siglo pasado la terapia de conducta considera que disponer de información respecto los factores de predisposición, la génesis del trastorno y su evolución puede ayudar en gran medida a comprender mejor el mismo, permitiendo generar hipótesis sobre las variables relevantes que influyen en los síntomas o conductas problemáticas presentes y que, por tanto, ayuden a diseñar el tratamiento más adecuado.
3. *La terapia de conducta únicamente trata de modificar los factores ambientales y las conductas observables, pero en muchos trastornos son más importantes las emociones o los pensamientos disfuncionales: falso.* Aunque algunos enfoques dentro de la terapia de conducta, como, por ejemplo, el análisis de conducta

aplicado, se han centrado únicamente en las variables susceptibles de observación externa en aras de una mayor objetividad, en la actualidad la terapia de conducta trabaja con todas las variables relevantes para solucionar un trastorno en concreto, ya sean situaciones sociales, estímulos ambientales, respuestas fisiológicas, comportamientos motores, actitudes y pensamientos, emociones o variables de personalidad.

4. *La terapia de conducta es como un recetario de cocina, que se aplica sin tener en cuenta las particularidades de cada individuo: falso.* El hecho de que haya programas estandarizados de tratamiento no implica que se apliquen de manera indiscriminada y uniforme con todo tipo de personas, sin tener en cuenta las características específicas de su problema, de su personalidad y del medio. En el proceso habitual de evaluación-intervención se adapta e individualiza el tratamiento a cada persona. Por ejemplo, aplicar un programa de tratamiento cognitivo-conductual para la fobia social puede implicar, junto al elemento clave y estándar de exposición a las situaciones temidas, sesiones más o menos frecuentes e intensas de entrenamiento en habilidades sociales o de técnicas de reestructuración cognitiva según sean las habilidades sociales del individuo en cuestión o sus actitudes disfuncionales. En palabras de uno de los pioneros de la terapia de conducta, se trata de diseñar «qué tratamiento, aplicado por quién, es más efectivo para qué individuo con qué problema concreto, y bajo qué conjunto de circunstancias» (Paul, 1967, p. 111). Por supuesto, esta individualización del programa de intervención no está reñida con su especificación en términos objetivos. La perspectiva cognitivo-conductual exige que se especifiquen de forma objetiva, clara, precisa y estructurada los objetivos, técnicas y contextos de aplicación, así como los métodos para evaluar su eficacia. Sólo así puede ser objeto de contrastación empírica por parte de la comunidad científica. En este sentido, la utilización de las terapias en una forma que se aleje mucho de los procedimientos e indicaciones validados en la literatura científica, o sin el conocimiento de la teoría que subyace tras ellas, es más que probable que conlleve errores que contribuyan a reducir la eficacia de dichas técnicas. Este ha sido el caso, por ejemplo, del entrenamiento en relajación progresiva, el cual muy pocas veces ha sido administrado de forma fiel a sus principios teóricos o según los protocolos empíricamente validados, y que, por tanto, frecuentemente ha sido infravalorado en su eficacia (Öst, 1990). Una consecuencia lógica de ese énfasis en la especificación objetiva ha sido la creación de manuales de terapias y tratamientos (Dobson y Shaw, 1988). Estos manuales han permitido no sólo la diseminación de los procedimientos entre los profesionales, sino también la replicación en la práctica clínica de los resultados de las investigaciones.
5. *Aunque la terapia de conducta parece útil, su eficacia no ha sido todavía demostrada empíricamente de manera sólida: falso.* Desde que surgió la terapia de

conducta, a finales de los años cincuenta del siglo pasado, se ha acumulado una gran cantidad de datos empíricos sobre su eficacia en muy diversos problemas y trastornos psicológicos y, en los últimos 30 años, son numerosos los ensayos clínicos controlados (o estudios experimentales controlados) en los cuales se ha comparado la terapia de conducta con procedimientos placebo, condiciones de lista de espera, terapias farmacológicas y otras formas de psicoterapias (Labrador y cols., 2000; Fernández Hermida, Fernández Rodríguez y Amigo Vázquez, 2003). De hecho, para los trastornos de ansiedad y depresivos en niños y adolescentes, los cuales representan, tal y como se demostró en el capítulo anterior, dos de los trastornos mentales más prevalentes en la población general infantil y adolescente y en la población de niños y adolescentes que acuden o son traídos a consulta, la revisión de los estudios experimentales controlados realizados hasta la fecha indica, sin lugar a dudas, que la terapia de conducta se ha mostrado más eficaz que las terapias farmacológicas o bien es el único tratamiento psicológico que tiene por ahora respaldo empírico sólido sobre su eficacia, siendo, por consiguiente, el tratamiento de elección tanto para los trastornos depresivos (véase el capítulo 5) como para la fobia específica, la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de ansiedad por separación y el trastorno de ansiedad generalizada (véase el capítulo 9).

6. *Las técnicas de terapia de conducta son demasiado simples para problemas tan complejos como los trastornos psicológicos y, en todo caso, son sólo útiles para algunos problemas más simples como las fobias específicas o los trastornos de conducta infantil: falso.* El hecho de que en la literatura científica se hayan aplicado las técnicas de la terapia de conducta de forma aislada, para así comprobar su eficacia diferencial, o el hecho de que en libros como este se opte, con fines didácticos, por presentarlas de forma aislada en algunos capítulos (véanse los capítulos 5 y 9) no implica que en la práctica clínica se utilicen también de forma aislada. Esta es la excepción más que la regla, como también se mostrará oportunamente en los capítulos 5 y 9 de este libro y en los casos clínicos que se presentan en los capítulos 6 y 10 del mismo. Los trastornos suelen responder a múltiples causas y, por tanto, también suelen ser múltiples las soluciones. Las intervenciones en terapia de conducta implican la aplicación personalizada de un conjunto de técnicas que conjugan los principios activos de su eficacia para cada uno de los aspectos de ese trastorno. Por otro lado, la investigación en los últimos 40 años ha permitido desarrollar múltiples terapias cognitivas y conductuales eficaces para todo tipo de trastornos mentales y problemas clínicos, desde los más frecuentes (trastornos de ansiedad, depresivos, de abuso y dependencia del alcohol y otras drogas, sexuales, de pareja o del sueño) hasta los considerados más graves, complejos o difíciles de tratar (esquizofrenia,

retraso mental, autismo o trastornos de personalidad), terapias que se han puesto a prueba con pacientes de muy distinta edad y condición sociocultural (Comeche Moreno y Vallejo Pareja, 2012; Gallagher-Thompson, Steffen y Thompson, 2008; O'Donohue y Fisher, 2009; Labrador, 2008; Labrador y cols., 2000; Pérez Álvarez y cols., 2003; Vallejo Pareja, 2012; Weisz y Kazdin, 2010). De hecho, la terapia de conducta abarca hoy en día un abanico muy amplio de problemas relacionados no solo con la psicología clínica y la psiquiatría, sino también con la psicología de la salud y la medicina general, como por ejemplo las cefaleas, la obesidad, la diabetes, los trastornos cardiovasculares o las enfermedades oncológicas.

A las características de la terapia de conducta hasta aquí señaladas al hilo de la refutación de los mitos de la tabla 2.5, cabría añadir otras tres características distintivas de la terapia de conducta que parecen de gran importancia para la práctica clínica. Primero, en la terapia de conducta no solo un especialista puede aplicar las técnicas, sino que, dependiendo del contexto en el que se administre el tratamiento, las personas allegadas a los pacientes (por ejemplo, padres, familiares, cuidadores, profesores) pueden actuar como coterapeutas si previamente han recibido el adecuado entrenamiento. Este aspecto es de gran importancia cuando se utiliza la terapia de conducta para los trastornos psicológicos que presentan los niños y adolescentes, ya que en este ámbito la participación de coterapeutas, especialmente de los padres, es la norma. De hecho, cuanto menor es la edad del paciente más necesaria e intensa es la participación de los coterapeutas. Segundo, las terapias cognitivo-conductuales requieren una colaboración activa por parte del paciente y, en su caso, de los coterapeutas, colaboración que puede ser fomentada mediante la utilización de estrategias y técnicas *ad hoc* (por ejemplo, los contratos conductuales). Tercero, en general todas las técnicas de la terapia de conducta requieren mucha práctica para ser eficaces. Por eso suele indicarse a los pacientes y, en su caso, a los coterapeutas, que lleven a cabo tareas para casa, de cuya realización depende en gran parte el éxito de muchos tratamientos.

Por otro lado, también los propios profesionales que practican la terapia de conducta a veces son víctimas de falsas creencias o mitos sobre ella que impiden sacar el máximo provecho a su aplicación o limitan de manera importante sus beneficios terapéuticos. Algunas de esas falsas creencias o mitos se resumen en la tabla 2.6, incluidas varias sobre la aplicación de la terapia de conductas con niños y adolescentes y la utilización de ciertas técnicas o terapias concretas con ciertos trastornos específicos.

TABLA 2.6
Falsas creencias o mitos sobre la terapia de conducta (TC) entre los propios profesionales que la practican

Mito	Hecho
La TC está más	Como la mayoría de las psicoterapias, la TC considera que la terapia es un encuentro

interesada en la identificación de síntomas o conductas problema que en el establecimiento de una buena relación y alianza terapéuticas.	interpersonal que en sí mismo es una fuerza transformadora y de cambio y donde se interviene no sobre un síntoma, sino sobre una persona que tiene un problema. El establecimiento de una buena relación y alianza terapéuticas y el aprendizaje por el terapeuta de actitudes y habilidades terapéuticas básicas para conseguirlo son esenciales en TC (por ejemplo, empatía, aceptación incondicional, habilidades de comunicación y escucha, etc.).
Puesto que la TC enfatiza la participación activa del paciente (por ejemplo, realizando las tareas para casa), no se puede iniciar la TC hasta que el paciente esté lo suficientemente motivado para el cambio.	La propia falta de motivación para el cambio del paciente constituye uno de los objetivos terapéuticos de la TC, y para ello se dispone de estrategias y técnicas específicas (por ejemplo, la entrevista motivacional; Miller y Rollnick, 1997; Rollnick, Miller y Butler, 2007).
Lo único importante para el éxito de la TC es elegir la técnica o técnicas más apropiadas y aplicarlas correctamente.	La colaboración del paciente (y, en su caso, de los coterapeutas) basada en el establecimiento de una buena relación y alianza terapéuticas es también esencial: la mejor de las técnicas no sirve para nada si el paciente (o el coterapeuta) no la aplica.
Una vez realizado el diagnóstico, se debe aplicar sin más el programa de TC con eficacia validada para el trastorno que se haya diagnosticado.	Los programas de TC que se aplican sin base teórica y sin una formulación clínica o análisis funcional previo del caso no suelen funcionar. Los programas de tratamiento con eficacia validada son «una magnífica receta cuyos ingredientes y forma de presentación deben ajustarse a cada comensal individual».
No es necesario tener experiencia en la aplicación consigo mismo de las técnicas de la TC para poder aplicarlas adecuadamente con los pacientes.	La TC se caracteriza por su enfoque no solo activo y colaborativo, sino también didáctico. Es muy difícil enseñar técnicas como, por ejemplo, las de relajación, sin que antes uno mismo haya aprendido a relajarse con ellas. Esto no implica que sea necesario haber pasado antes por un proceso terapéutico, como ocurre con otras orientaciones terapéuticas.
La TC siempre es breve, y si los	La brevedad es algo deseable, pero no un objetivo terapéutico en sí misma. Las técnicas de TC se aplican paso a paso, y no hay que avanzar al siguiente objetivo terapéutico sin

beneficios no se obtienen tras las 12-15 sesiones que aparecen en los manuales o estudios de referencia es porque mi actuación profesional es inadecuada o la TC no sirve, o ambas cosas.	haber alcanzado claramente el anterior. En la práctica clínica la duración de la TC puede ser mayor que 12-15 sesiones en función de la comorbilidad, características del niño y de sus padres, etc. No obstante, el número de sesiones de la literatura científica debe servir de señal para que, llegado a él sin una mejora significativa, se revise críticamente el proceso terapéutico y/o las hipótesis del caso y se modifiquen oportunamente.
En pacientes con trastornos de depresión o ansiedad graves, la TC se debe aplicar siempre con fármacos.	En niños y adolescentes no existen actualmente datos sólidos que indiquen que la adición de fármacos a la TC mejore su eficacia con trastornos depresivos y de ansiedad graves, y, por el contrario, existen datos que señalan que hay un aumento en la probabilidad de efectos secundarios (véanse los capítulos 5 y 9).
Las técnicas cognitivas de la TC no se puede utilizar con los niños porque son demasiado pequeños para entender su lógica y practicarlas.	Las técnicas cognitivas de la TC se han aplicado con éxito en niños a partir de 7 años, aunque con un enfoque más orientado a la acción y centrado en el aquí y ahora (por ejemplo, a través de juegos), priorizando algunas técnicas sobre otras (por ejemplo, entrenamiento en autoinstrucciones), adaptándolas a su desarrollo cognitivo y verbal (por ejemplo, la reestructuración cognitiva es más magistral y menos socrática que en adolescentes o bien se puede aplicar representando situaciones conflictivas en un juego y realizando luego un diálogo socrático sobre lo ocurrido en el juego) y utilizando tareas sencillas y que conectan con los intereses del niño (por ejemplo, la identificación de emociones y pensamientos se realiza mediante tebeos, a cuyos personajes hay que dibujarles los rasgos de la cara o escribir lo que dicen o piensan en los bocadillos que salen de su boca o su cabeza).

Escapa a los objetivos de este libro describir el amplio repertorio de técnicas y terapias que forman parte de la terapia de conducta, ya que hacerlo en unas pocas páginas resultaría imposible; de hecho, ya hace treinta años necesitó de la publicación de un diccionario monotemático (Bellack y Hersen, 1985). En español, el lector puede encontrar una descripción más actualizada y detallada de las técnicas y terapias más importantes en Labrador (2008) y, en el área de la psicología clínica infanto-juvenil, en Ortigosa Quiles, Méndez Carrillo y Riquelme Marín (2014). A modo de ilustración, en la tabla 2.7 se recogen algunas de las técnicas y terapias[5] de la terapia de conducta que más se utilizan en el tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes y cuya descripción más detallada puede encontrar en esas dos referencias bibliográficas en español.

TABLA 2.7
Algunas técnicas y terapias de la terapia de conducta utilizadas en el tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes

Tipo de técnica	Técnica	Referencia
De relajación	Entrenamiento en relajación progresiva.	Labrador (2008). Ortigosa Quiles y cols. (2014).
	Entrenamiento en control de la respiración o en respiración profunda.	Labrador (2008). Ortigosa Quiles y cols. (2014).
De exposición	Desensibilización sistemática.	Labrador (2008). Ortigosa Quiles y cols. (2014).
	Inundación.	Labrador (2008). Ortigosa Quiles y cols. (2014).
	Exposición gradual en vivo.	Labrador (2008). Ortigosa Quiles y cols. (2014).
	Exposición mediante realidad virtual o aumentada.	Labrador (2008). Ortigosa Quiles y cols. (2014).
De modelado	Modelado participante.	Labrador (2008). Ortigosa Quiles y cols. (2014).
	Modelado simbólico.	Labrador (2008). Ortigosa Quiles y cols. (2014).
De autocontrol	Autoobservación.	Labrador (2008).
	Autorreforzamiento y autocastigo.	Labrador (2008).
	Control de estímulos.	Labrador (2008). Ortigosa Quiles y cols. (2014).
	Planificación de actividades.	Labrador (2008).
	Autorregulación emocional.	Ortigosa Quiles y cols. (2014).
De control de contingencias	Programas de reforzamiento.	Labrador (2008). Ortigosa Quiles y cols. (2014).
	Moldeado.	Labrador (2008). Ortigosa Quiles y cols.

		(2014).
	Economía de fichas.	Labrador (2008). Ortigosa Quiles y cols. (2014).
De control de contingencias	Contratos conductuales o de contingencias.	Labrador (2008). Ortigosa Quiles y cols. (2014).
Cognitivas	Entrenamiento en autoinstrucciones.	Labrador (2008). Ortigosa Quiles y cols. (2014).
	Detención o parada de pensamiento.	Labrador (2008).
	Visualización.	Ortigosa Quiles y cols. (2014).
Conductuales	Entrenamiento en habilidades sociales.	Labrador (2008). Ortigosa Quiles y cols. (2014).
	Tensión muscular aplicada.	Labrador (2008).
De reestructuración cognitiva	Terapia cognitiva de Beck.	Labrador (2008). Ortigosa Quiles y cols. (2014).
	Terapia racional emotivo-conductual de Ellis.	Labrador (2008).
De solución de problemas	Terapia de solución de problemas de D'Zurilla.	Labrador (2008). Ortigosa Quiles y cols. (2014).
Conductuales cognitivas	Entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum.	Labrador (2008).
De tercera generación	Terapias basadas en *mindfulness* o atención plena.	Labrador (2008).

2.2. Terapia interpersonal

La terapia interpersonal fue creada por Gerald Klerman, Myrna Weissman y sus colaboradores en la década de los setenta del siglo pasado, y lo fue no como una aproximación terapéutica general, es decir, para tratar todo tipo de trastornos mentales o un amplio grupo de ellos, tal y como suele ser el caso de las psicoterapias más clásicas, sino que se desarrolló como un tratamiento específico para el trastorno depresivo mayor en adultos y en el contexto de la realización de una serie de ensayos clínicos que examinaban la eficacia diferencial de los fármacos antidepresivos, de la psicoterapia y de

su combinación para ese trastorno y esa población (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984; Weissman, 2006; Weissman, Markowitz y Klerman, 2013). Posteriormente, sin embargo, su utilización se ha ido extendiendo al tratamiento de la depresión en otras poblaciones (por ejemplo, adolescentes, ancianos, mujeres tras el parto) y al tratamiento de otros trastornos mentales como, por ejemplo, la bulimia nerviosa y los trastornos de ansiedad, convirtiéndose en una de las terapias psicológicas que, después de la terapia de conducta, más se ha investigado en cuanto a su eficacia. De hecho, un reciente metaanálisis localizó, hasta 2015, 90 ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema en los que habían participado un total de 11.434 pacientes, aunque la mayoría de tales estudios, no obstante, versaban sobre su eficacia para la depresión (Cuijpers, Donker, Weissman, Ravitz y Cristea, 2016).

Varios factores han contribuido a la popularidad y expansión de la terapia interpersonal, entre los cuales cabría señalar:

1. La adopción de un enfoque ecléctico en el que teóricamente se aúnan el modelo médico, el interpersonal y el psicodinámico, pero que, a nivel técnico, incluye técnicas procedentes de las psicoterapias psicodinámicas, aunque también otras que son comunes a muchos otros enfoques psicoterapéuticos (por ejemplo, los humanistas-existenciales) o que son específicas de algunos (por ejemplo, algunas técnicas cognitivo-conductuales).

   La terapia interpersonal hunde sus raíces, entre otras fuentes, en la psiquiatría interpersonal de Harry Stack Sullivan y en la teoría del apego de John Bowlby, pero se aparta de estas aproximaciones psicodinámicas al adoptar «un enfoque pluralista, no doctrinario y empírico fundamentado en la experiencia clínica y en los datos de la investigación» (Klerman y cols., 1984, p. 5), y, por tanto, compatible con orientaciones psicoterapéuticas muy distintas. En este sentido, da mucho peso a los datos empíricos que indican que determinados factores psicosociales pueden influir en el origen y el curso de los trastornos depresivos, bien como factores de vulnerabilidad o precipitantes (por ejemplo, los acontecimientos estresantes, en especial los conflictos conyugales) o bien como factores de protección (por ejemplo, el apoyo social o las relaciones de intimidad y confianza), y que asimismo indican que las dificultades interpersonales (por ejemplo, separación, divorcio, problemas de adaptación familiar) también suelen ser una consecuencia de la depresión.

   Sin embargo, aunque la premisa básica de la terapia interpersonal es que existe una relación entre las relaciones sociales e interpersonales actuales de una persona y el inicio o la recurrencia de una depresión clínica, también reconoce la existencia de factores genéticos, bioquímicos, evolutivos y de personalidad en la vulnerabilidad y el origen del trastorno. De hecho, al tener en cuenta los factores genéticos y bioquímicos, ese enfoque interpersonal es también compatible con un

modelo médico, compatibilidad que se ve incrementada por la insistencia de la terapia interpersonal, tal y como se verá más adelante en la descripción de sus fases iniciales, en considerar «que el paciente tiene un trastorno, que este trastorno es diagnosticable, y que es terapéuticamente beneficioso para el paciente que sea etiquetado como tal (rediagnosticado), de manera que la adopción del «rol de enfermo» se convierta en legítima» (Klerman y cols., 1984, p. 38). En esta cita, y en relación con lo comentado en el capítulo 1, parece que el término trastorno se utiliza como sinónimo de enfermedad, tal y como propugna el modelo médico. Como Weissman confesaba (2006, p. 554), Klerman «pensaba que la depresión era básicamente una enfermedad biológica, pero le impresionaba cómo el estrés social e interpersonal podía exacerbar su inicio o una recaída». Esta defensa del modelo médico también explicaría, en parte, la facilidad con que la terapia interpersonal fue adoptada por muchos psiquiatras, incluso por aquellos más alejados de la psicoterapia.

En resumen, la terapia interpersonal adopta un enfoque ecléctico muy pragmático que ha facilitado su popularidad y expansión: «La TIP (terapia interpersonal) no es ni pretende ser una explicación causal de la depresión, sino un tratamiento práctico. La experiencia clínica y la investigación nos enseñan que la depresión clínica se da en un contexto interpersonal, y que intervenciones psicoterapéuticas agudas dirigidas a este contexto interpersonal pueden facilitar la recuperación del paciente y posiblemente también aportar algún componente preventivo ante recaídas y recurrencias» (Weissman y cols., 2013, p. 34).

2. El empeño en comprobar la eficacia de la terapia interpersonal y en hacerlo a través del estándar de mayor calidad disponible: la realización de estudios experimentales controlados. Y es que, a pesar de adoptar un enfoque pluralista, los autores afirman: «Estamos convencidos, no obstante, de que todas las teorías y escuelas requieren ser comprobadas empíricamente, y de que los datos empíricos más contundentes provienen de investigaciones bien controladas y cuidadosamente diseñadas. En el área del tratamiento, los datos empíricos más contundentes provienen de los ensayos clínicos controlados» (Weissman y cols., 1984, p. 5).
3. Su definición explícita como una terapia limitada en el tiempo, no a largo plazo. La terapia interpersonal fue diseñada específicamente para ser breve, de manera que su aplicación suele llevar entre 16 y 24 sesiones semanales de 45 a 50 minutos de duración.
4. Su sistematización en un manual de tratamiento. Inspirándose en el manual de la terapia cognitiva para la depresión de Beck y cols. (1979/1983; véase Weissman, 2006), el cual supuso un hito en la creación de manuales de terapias y tratamientos psicológicos, Klerman y sus colaboradores elaboraron un manual detallado de la terapia interpersonal que permite entenderla como una serie de destrezas

profesionales que se pueden enseñar y aprender.

Ese manual y su última actualización (Klerman y cols., 1984; Weissman y cols., 2013) distribuyen las sesiones de tratamiento en tres fases que definen la estrategia terapéutica de la terapia: inicial, intermedia y final.

Durante la *fase inicial* se deben llevar a cabo tres grupos de tareas relacionadas:

1. Revisar los síntomas depresivos, diagnosticar la depresión, educar al paciente sobre la depresión y su tratamiento, y explicar y otorgar al paciente el «papel de enfermo».
2. Revisar, a través de una entrevista sistemática (inventario interpersonal), las relaciones interpersonales actuales y anteriores que son o han sido problemáticas para el paciente, relacionar la depresión con el contexto interpersonal del paciente e identificar qué áreas interpersonales problemáticas son centrales para entender la depresión actual del paciente.
3. Explicar el enfoque de la terapia interpersonal y acordar un contrato terapéutico centrado en el área interpersonal problemática que se considera más importante (dos a lo sumo).

La terapia interpersonal considera cuatro áreas interpersonales problemáticas:

1. Duelo. Se considera un problema interpersonal cuando el inicio de los síntomas depresivos del paciente se relaciona con el fallecimiento de una persona significativa.
2. Disputas interpersonales de rol. Se considera un problema interpersonal cuando existe una situación interpersonal conflictiva en la que el paciente y al menos otra persona significativa (por ejemplo, la pareja, los hijos, otros familiares, amigos, compañeros de trabajo) tienen expectativas no recíprocas sobre su relación (por ejemplo, una adolescente que espera que su mejor amiga le confíe todos los detalles de su vida y sus amistades, pero la amiga considera que las mejores amigas no se tienen que contar todo).
3. Transiciones de roles. Se considera un problema interpersonal cuando una persona tiene dificultades para afrontar cambios vitales que implican desempeñar nuevos papeles y, por tanto, cambiar sus pautas de relación interpersonal (por ejemplo, tras el divorcio de los padres o tras un cambio de colegio).
4. Déficits interpersonales. Incluye pacientes que están socialmente aislados y que se sienten solos, que no tienen ni relaciones estrechas con sus familiares ni amistades íntimas y que muestran dificultades para desarrollar esas relaciones; asimismo, incluye a aquellos pacientes que, aun teniendo relaciones adecuadas en cuanto a su número y grado de cercanía, sienten que tales relaciones no les llenan o satisfacen o que les resulta difícil mantenerlas.

Según el área o las áreas problema seleccionadas, durante la *fase intermedia* de la terapia interpersonal se trabaja con el paciente para conseguir distintos objetivos y con distintas tareas, todos los cuales se resumen en la tabla 2.8. Finalmente, durante la *fase final* de la terapia, las tareas que se deberían llevar a cabo serían:

1. Hablar explícitamente de la terminación del tratamiento.
2. Reconocer dicha terminación como un período de despedida y duelo.
3. Propiciar que el paciente se reconozca como más competente e independiente, haciendo mención a los logros alcanzados durante la terapia, identificando futuros problemas y guiando al paciente sobre cómo podría afrontarlos.

Para conseguir los objetivos y realizar las tareas que se establecen en cada fase de la terapia, incluyendo las que se recogen en la tabla 2.8, los manuales de la terapia interpersonal describen las técnicas específicas que utilizan agrupadas en siete grandes grupos:

a) Técnicas exploratorias de recogida de información (por ejemplo, exploración no directiva mediante el silencio receptivo o la ampliación temática; exploración directiva mediante preguntas directas o cuestionarios).
b) Fomento del afecto (por ejemplo, ayudar al paciente a que genere afectos suprimidos).
c) Clarificación (por ejemplo, parafrasear lo que dice el paciente y preguntarle si es lo que quiere decir; hacer notar al paciente las contradicciones en que incurre).
d) Análisis de la comunicación (por ejemplo, identificar fallos en la comunicación, como suponer que los demás conocen tus necesidades o sentimientos sin tener que decírselos).
e) Uso de la relación terapéutica (por ejemplo, examinar los pensamientos, sentimientos, expectativas y conductas del paciente sobre el terapeuta o la terapia como modelo de la forma de sentir o actuar en otras relaciones).
f) Técnicas de cambio de conducta (por ejemplo, psicoeducación, análisis de la decisión, modelado, escenificación de papeles o *role-playing*).
g) Técnicas auxiliares (por ejemplo, contrato terapéutico).

TABLA 2.8
Objetivos y tareas para el abordaje de las diferentes áreas problema en la terapia interpersonal

Área problema	Objetivos	Tareas
Duelo	— Facilitar el proceso de duelo. — Ayudar al paciente a retomar intereses	— Revisar los síntomas depresivos. — Relacionar los síntomas con la muerte de la persona significativa. — Reconstruir la relación del paciente con el fallecido.

	y relaciones que puedan sustituir la pérdida.	— Revisar la secuencia y consecuencias de los acontecimientos acaecidos inmediatamente antes, durante y después de la muerte. — Explorar los sentimientos positivos y negativos asociados. — Considerar posibles maneras de entablar relaciones con otros.
Disputas interpersonales	— Identificar la disputa. — Escoger un plan de acción. — Modificar los patrones de comunicación o reevaluar las expectativas de rol.	— Revisar los síntomas depresivos. — Relacionar los síntomas con la disputa abierta o encubierta que tiene con la persona o las personas significativas. — Determinar la fase en que está actualmente la disputa; si está en renegociación de roles, calmar a los participantes para facilitar la resolución; si está en un callejón sin salida (por ejemplo, ni se hablan), llevarla a la renegociación, y si está en disolución trabajarla como un duelo. — Ayudar al paciente a entender cómo las expectativas no recíprocas se relacionan con la disputa e iniciar los pasos que pueden conducir a la resolución de la disputa y la negociación de roles.
Transiciones de roles	— Facilitar el duelo y la aceptación de la pérdida del antiguo rol. — Propiciar una visión más positiva del nuevo rol. — Restaurar la autoestima desarrollando un sentimiento de dominio ante las demandas del nuevo rol.	— Revisar los síntomas depresivos. — Relacionar los síntomas depresivos con las dificultades para afrontar los cambios vitales recientes. — Revisar los aspectos positivos y negativos de los roles antiguo y nuevo. — Explorar los sentimientos relacionados con el rol que se ha perdido. — Explorar los sentimientos sobre el mismo cambio. — Explorar las oportunidades que brinda el nuevo rol. — Evaluar de forma realista lo perdido. — Alentar la expresión adecuada de los sentimientos. — Propiciar el desarrollo de un sistema de apoyo social y de las nuevas habilidades que requiere el nuevo rol.
Déficits interpersonales	— Reducir el aislamiento social del paciente. — Alentar la formación de nuevas relaciones.	— Revisar los síntomas depresivos. — Relacionar los síntomas depresivos con los problemas de aislamiento o insatisfacción social. — Revisar las relaciones significativas del pasado, incluyendo los aspectos positivos y negativos. — Explorar pautas repetitivas en las relaciones pasadas o fracasadas. — Analizar los sentimientos positivos y negativos que el paciente tiene hacia el terapeuta (que en estos casos es con frecuencia la única relación estrecha que mantiene actualmente) y buscar paralelismos con otras relaciones anteriores o en curso.

FUENTE: elaborado a partir de Klerman y cols. (1984), Weissman y cols. (2013).

Entre dichas técnicas, cabe destacar algunas que se asemejan a técnicas típicas de la terapia de conducta, aunque en la terapia interpersonal se llevan a cabo de una manera menos sistematizada, detallada o activa. Por ejemplo, la clarificación, el análisis de la decisión o la escenificación de papeles *(role-playing)* se asemejan, respectivamente, a la

reestructuración cognitiva mediante el diálogo o cuestionamiento socrático, el entrenamiento en solución de problemas sociales y el entrenamiento en habilidades sociales, tres técnicas cognitivo-conductuales que por sí solas o como elementos centrales de un programa de tratamiento han demostrado ser eficaces para la depresión (véase el capítulo 5). Tales similitudes se pueden apreciar en las descripciones de tales técnicas que hace el manual clásico de la terapia interpersonal. Por ejemplo:

— «*Hacer notar al paciente las discrepancias* o contradicciones en que ha incurrido al presentar el material [la información sobre sus síntomas y sus problemas interpersonales] es una de las técnicas de clarificación más útiles. (...) Al confrontar al paciente con sus afirmaciones contradictorias, es importante hacerlo con espíritu de investigación y no de manera acusatoria. Se pueden señalar las contradicciones con preguntas tales como: "¿No es interesante que usted diga _____ cuando previamente dijo _____?" o "¿Qué podemos sacar del contraste entre _____ y _____?". Se pueden parafrasear explícitamente las afirmaciones que implican una creencia o pensamiento generalizado y poco útil, y a continuación se le puede preguntar al paciente si eso representa su verdadera creencia. Algunas personas, por ejemplo, tienen el hábito de pensar en extremos. Después de que un paciente hable de su trabajo el terapeuta puede señalar que el paciente piensa que es o bien una persona totalmente exitosa o bien un completo fracaso, sin matices entre los dos extremos» (Klerman y cols., p. 147).
— El análisis de la decisión «es una técnica mediante la cual se ayuda al paciente a considerar una amplia gama de acciones alternativas (y sus consecuencias) que se pueden tomar para resolver un problema dado. Esta es la principal técnica orientada a la acción de la TIP [terapia interpersonal] y se debería enseñar explícitamente al paciente para su uso fuera del tratamiento» (Klerman y cols., p. 152).
— «La escenificación de papeles se puede utilizar para entrenar al paciente en interactuar con otros de formas nuevas, tales como ser más asertivo. (...) La escenificación de papeles permite al paciente practicar en un entorno seguro y así puede proporcionar una transición más suave desde los planes a la acción» (Klerman y cols., p. 153).

Aunque existen obvias diferencias entre ambas terapias y aunque los creadores de la terapia interpersonal insisten en puntualizar que lo que la caracteriza son sus estrategias, no sus técnicas, las semejanzas mencionadas podrían suscitar dudas sobre si la terapia interpersonal no es más que una terapia cognitivo-conductual centrada exclusivamente en los problemas interpersonales y con un estilo menos sistematizado, detallado y directivo[6]. De hecho, por ejemplo, aunque inicialmente la terapia interpersonal no utilizaba las tareas para casa, «excepto en circunstancias raras» (Klerman y cols., 1984, p. 216), actualmente las utiliza mucho más (Blanco, Clougherty, Lipsitz, Mufson y

Weissman, 2006), hasta llegar a formar parte esencial, por ejemplo, del manual de aplicación de la terapia en la depresión adolescente (Mufson, Dorta, Moreau y Weissman, 2004). Su utilización estandarizada se fundamenta en la siguiente argumentación: «La TIP [terapia interpersonal] está basada en la premisa de que los trastornos psiquiátricos ocurren en el contexto de las relaciones interpersonales. Por consiguiente, es una extensión natural [del trabajo durante las sesiones] que mucho del trabajo terapéutico tenga lugar fuera de las sesiones» (Blanco y cols., 2006, p. 217). Este cambio en la consideración y utilización de las tareas para casa es coherente con el enfoque ecléctico de la terapia interpersonal, pero aumenta las semejanzas entre esta terapia y la terapia cognitivo-conductual. Algo parecido ocurre también con la utilización del modelado en la terapia interpersonal. Si en el manual original de la terapia ese modelado era más «pasivo», menos esencial en la terapia y parecía limitarse al ofrecimiento verbal por parte del terapeuta de ejemplos de cómo él mismo había manejado situaciones sociales parecidas (Klerman y cols., 1984, p. 151), en el manual para la depresión en adolescentes el modelado es, en cambio, más activo y fundamental y se parece más a lo que se entiende por modelado en las terapias cognitivo-conductuales, es decir, el propio terapeuta realiza las conductas relacionadas con la expresión afectiva, la comunicación efectiva y la toma de decisiones para enseñarlas al paciente (Mufson y cols., 2004).

Es cierto, sin embargo, que el enfoque de ambas terapias difiere. La terapia interpersonal trata de modificar cogniciones y conductas con el objetivo último de mejorar las relaciones interpersonales y sociales del paciente, mientras que en las terapias cognitivo-conductuales de corte cognitivo el objetivo último son las propias cogniciones; sin embargo, esa diferencia de enfoque es menos clara respecto a las terapias cognitivo-conductuales de corte más conductual que están centradas en el aprendizaje de habilidades sociales y de habilidades de solución de problemas sociales precisamente para mejorar el contexto interpersonal, ya que se asume que este contexto es la principal fuente de reforzamiento para el paciente.

3. TERAPIAS FARMACOLÓGICAS

Al igual que se ha hecho con las terapias psicológicas, puesto que este libro está centrado en los tratamientos que hoy en día se consideran eficaces y útiles para el tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes, en este apartado se describirán brevemente las terapias farmacológicas que, tal y como se verá en los capítulos 5 y 9, tienen más aval empírico al respecto. Exposiciones más detalladas de estas terapias y de otros tipos de fármacos se pueden encontrar en Bravo Ortiz (2002) y, en el campo específico del tratamiento infanto-juvenil, en Soutullo Esperón (2011).

3.1. Fármacos antidepresivos

Se denominan «antidepresivos» a los fármacos cuyo objetivo principal es mejorar los síntomas que definen la depresión, aunque su utilización no se restringe a los trastornos depresivos, pues muchos de ellos también se aplican en el tratamiento específico de otros trastornos mentales como, por ejemplo, los trastornos de ansiedad (Bravo Ortiz, 2002). De hecho, en el caso de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes existen más datos favorables respecto a la eficacia de los fármacos antidepresivos que a la de los fármacos ansiolíticos, especialmente para el trastorno obsesivo-compulsivo, pero también para el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad por separación, la fobia social y la fobia específica (véase el capítulo 9).

Existen diferentes tipos de fármacos antidepresivos, según su estructura química y su mecanismo de acción (véase tabla 2.9), aunque se cree que todos ellos actúan aumentando la actividad y los niveles de algunos neurotransmisores en el cerebro, especialmente la serotonina, la norepinefrina y la dopamina.

En la literatura neurocientífica son frecuentes las afirmaciones que presentan al cerebro humano como la estructura biológica más extraordinaria originada a lo largo de la evolución de los animales en la Tierra, una excepción maravillosa entre los cerebros de los mamíferos y de los propios primates. Para ello, se subrayan supuestos hechos que indican, por ejemplo, que el cerebro humano está compuesto por 100.000 millones de neuronas, que sus neuronas tienen unas necesidades metabólicas excepcionales, ya que consumen alrededor del 20 % del total de la energía corporal a pesar de que el cerebro humano tan solo representa el 2 % de la masa corporal total, y que está dotado con una corteza cerebral hiperdesarrollada, la más grande del reino animal en comparación con el tamaño cerebral total. Recientes investigaciones, sin embargo, han cuestionado esos hechos, ya que no están basados en datos empíricos sólidos, y han atemperado las afirmaciones sobre la excepcionalidad del cerebro humano al demostrar empíricamente que el cerebro humano, en comparación al del resto de primates, simplemente (pero ahí es nada) es más grande y, por tanto, tiene más neuronas (86.000 millones en la estimación actual más sólida), consume más energía y tiene una corteza cerebral más grande que el resto de primates, pero, en cambio, guarda las mismas proporciones que el cerebro de otros primates respecto a las relaciones entre el número de neuronas y el tamaño total del cerebro, entre el gasto energético y el número de neuronas, y entre el tamaño de la corteza cerebral y el tamaño total del cerebro (Herculano-Houzel, 2012). Dicho de otra manera, el cerebro humano es simplemente «un cerebro de primate a gran escala». Más allá de la cura de humildad que suponen esta afirmación y esos datos, los mismos también indican que el cerebro humano, aunque quizá no sea extraordinario, es sobresaliente: alrededor de 86.000 millones de neuronas con múltiples formas y funciones, organizadas por todas las regiones cerebrales en forma de macro y microcircuitos neurales con billones de conexiones o sinapsis[7].

TABLA 2.9
Clasificación de los diferentes fármacos antidepresivos comercializados en España

Tipo según el momento de aparición	Tipo según su efecto neuroquímico	Principio activo
Antidepresivos clásicos	Inhibidores no selectivos de la monoaminooxidasa (IMAO).	Tranilcipromina.
	Inhibidores selectivos de la monoaminooxidasa tipo A (IMAO-A o RIMA).	Moclobemida.
	Heterocíclicos (tricíclicos y tetracíclicos) o inhibidores no selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina.	Tricíclicos: imipramina, clomipramina, trimipramina, amitriptilina, nortriptilina, doxepina. Tetracíclicos: mianserina, maprotilina.
Antidepresivos de nueva generación	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).	Citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, escitalopram.
	Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)	Venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina.
	Inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina (IRDN).	Bupropión.
	Antagonistas e inhibidores de la recaptación de serotonina (AIRS).	Trazodona.
	Antagonistas selectivos de serotonina y noradrenalina (NASSA).	Mirtazapina.
	Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN).	Reboxetina.
	Agonista melatoninérgico.	Agomelatina.

FUENTE: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2016).

Este número tan enorme de neuronas intercambian información en esos circuitos mediante la transmisión de impulsos nerviosos de tipo eléctrico (potenciales de acción) a lo largo de sus membranas plasmáticas, en concreto de las membranas de su axón, los cuales dan lugar a la liberación de unas sustancias bioquímicas, los neurotransmisores, que actúan sobre determinadas proteínas (receptores) localizadas en las membranas de otras neuronas y que, a su vez, inician otro impulso nervioso. Los neurotransmisores actúan, por tanto, como mensajeros en la comunicación que se produce entre las neuronas o entre estas y otras células del organismo, tanto receptoras (por ejemplo, las

células del sistema sensorial) como efectoras (por ejemplo, las células glandulares y musculares). Esta actuación se produce fundamentalmente en la sinapsis, nombre con el que se conoce a la conexión funcional entre dos neuronas o entre estas y las células receptoras o efectoras, y en la que se producen diversos procesos bioquímicos relacionados. Precisamente, sobre algunos de estos procesos bioquímicos son sobre los que supuestamente actúan los fármacos antidepresivos y los demás psicofármacos (véase la figura 2.1).

De forma resumida, y centrándose, para simplificar, en la comunicación entre dos neuronas (presináptica o transmisora y postsináptica o receptora), en las neuronas presinápticas y postsinápticas producen los siguientes procesos bioquímicos:

a) La síntesis de los neurotransmisores debidos a la acción de ciertas enzimas en la neurona presináptica.
b) El almacenamiento de esos neurotransmisores en las vesículas sinápticas.
c) La liberación de los neurotransmisores desde dichas vesículas al espacio sináptico cuando llega un impulso nervioso a las neuronas presinápticas.
d) La activación, por parte de los neurotransmisores liberados, de ciertos receptores en la membrana plasmática de las neuronas postsinápticas, los cuales pueden ser de diversos tipos. Esta activación iniciaría directamente un nuevo impulso nervioso en las neuronas postsinápticas o liberaría mensajeros intracelulares (moléculas denominadas segundos mensajeros) en las propias neuronas postsinápticas que su vez provocaría ese nuevo impulso.
e) El transporte de los neurotransmisores, tras activar los receptores postsinápticos, desde el espacio sináptico a las neuronas presinápticas por proteínas a las que se unen (transportadores) y la captación de esos neurotransmisores por ciertos receptores existentes en las membranas de las neuronas presinápticas (recaptación), que los introducirían y almacenarían de nuevo en sus vesículas sinápticas para su posterior liberación.
f) La desactivación de los neurotransmisores por degradación química (metabolización) por parte de unas enzimas específicas que existen en el espacio sináptico o dentro de las neuronas presinápticas.
g) La unión de los neurorreceptores a receptores presinápticos en la neurona de la que fueron liberados, lo cual proporcionaría retroalimentación a la neurona (por ejemplo, para interrumpir o inhibir la transmisión sináptica mediante la disminución de la síntesis del neurotransmisor) (Bear, Connors y Paradiso, 2016).

Todos estos procesos bioquímicos se representan esquemáticamente en la figura 2.1.

Por tanto, se cree que los efectos terapéuticos de los antidepresivos estarían relacionados con sus efectos en alguno o varios de esos procesos de neurotransmisión química, todos los cuales, en general, suponen un aumento de la presencia de los neurotransmisores serotonina, noradrenalina (también denominada norepinefrina) o

dopamina en la sinapsis. En concreto, se supone, por ejemplo, que:

a) Los IMAO bloquearían la acción metabolizadora de la enzima monoaminooxidasa (MAO) sobre la serotonina, la noradrenalina y la dopamina en la sinapsis; los IMAO tradicionales bloquearían de forma irreversible y no selectiva todo tipo de MAO, mientras que algunos más recientes inhibirían de forma reversible y selectiva la MAO tipo A (IMAO-A o RIMA).
b) Los antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos (que se denominan así por su estructura química) reducirían la recaptación no selectiva de serotonina y noradrenalina.
c) Los ISRS reducirían selectivamente la recaptación de serotonina, pero no la de otros neurotransmisores, al actuar sobre los receptores presinápticos de serotonina.
d) Los IRSN reducirían la recaptación de serotonina y noradrenalina al inhibir de forma no selectiva los receptores presinápticos de esos dos neurotransmisores.
e) Los AIRS actuarían en los receptores postsinápticos de serotonina como antagonista (sustancia que se une a un receptor sin activarlo y bloqueando su activación por otro neurotransmisor o agonista) y en los receptores presinápticos como inhibidor de la recaptación de serotonina.

El hecho de que estos fármacos sean claramente eficaces para tratar la depresión en adultos, al menos en trastornos depresivos moderados y graves (Sanz y García-Vera, 2016c, 2016d), y el hecho de que parezcan ejercer su acción aumentando los niveles cerebrales de serotonina, noradrenalina o dopamina han dado lugar al desarrollo de varias hipótesis etiológicas sobre los trastornos depresivos que suponen que éstos serían el resultado de un déficit central de noradrenalina (hipótesis noradrenérgica), de un déficit central de serotonina (hipótesis serotoninérgica o indolamínica) o de un descenso de la dopamina central (hipótesis de la disfunción dopaminérgica) (Vallejo y Urretavizcaya, 2015), hipótesis que en su conjunto también se denominan hipótesis de las monoaminas o de la deficiencia de monoaminas, ya que los tres neurotransmisores implicados son del tipo monoamina (derivados de los aminoácidos). Esta reducción en los niveles de monoaminas en el sistema nervioso central sería a su vez el resultado de algún tipo de disfunción en los procesos de síntesis, almacenamiento o liberación de esos neurotransmisores, o de anormalidades en los receptores presinápticos o postsinápticos.

Sin embargo, los argumentos y los datos que apoyan la hipótesis de las monoaminas son problemáticos (Deacon, 2013; Delgado, 2000; France, Lysaker y Robinson, 2007).

En primer lugar, la respuesta a los antidepresivos no es en sí misma una prueba sólida de que un déficit en los neurotransmisores monoaminas sea la causa de la depresión. Como bien señalaban los psiquiatras Delgado y Moreno (2000, p. 5): «Algunos han argumentado que la depresión puede deberse a una deficiencia de NE [norepinefrina o noradrenalina] o de 5-HT [serotonina], ya que un aumento en la neurotransmisión noradrenérgica o serotoninérgica mejora los síntomas de la depresión. Sin embargo, esto

es como decir que puesto que una erupción en el brazo mejora con el uso de una crema con esteroides, la erupción debe deberse a una deficiencia de esteroides».

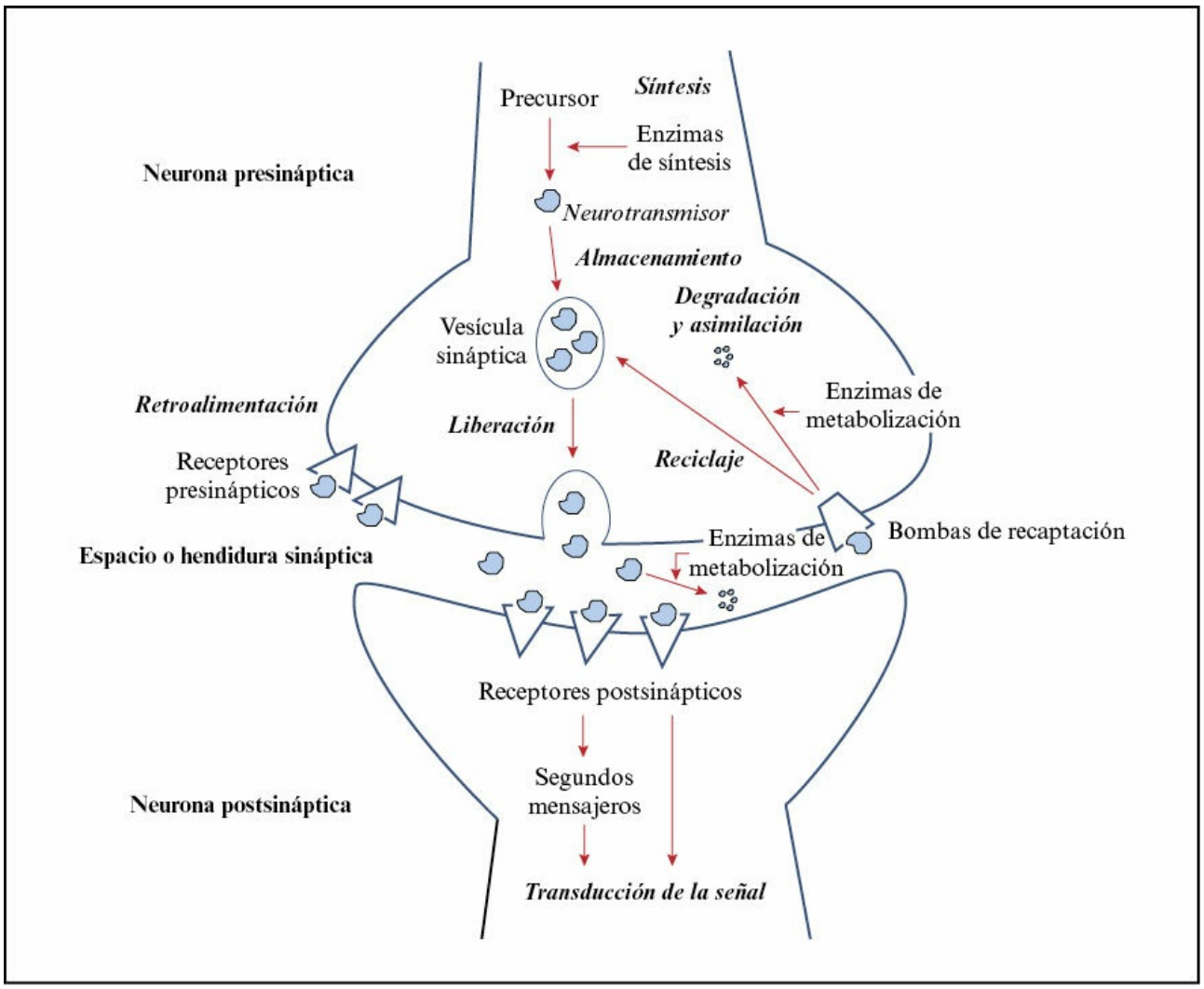


Figura 2.1.—Representación esquemática de los procesos bioquímicos implicados en los mecanismos de acción de los fármacos antidepresivos y de otros psicofármacos.

En segundo lugar, los resultados de los estudios que han evaluado los niveles de monoaminas en personas deprimidas y los han comparado con los niveles en personas normales no han encontrado consistentemente niveles más bajos en las primeras, tal y como esperaría la hipótesis de la deficiencia de monoaminas. Los niveles de las monoaminas y sus metabolitos (las sustancias resultantes de la sintetización o degradación de las monoaminas en el organismo) se pueden medir en el fluido cerebroespinal, en el plasma sanguíneo, en la orina, en el fluido cerebral extracelular o en muestras *posmortem* de tejido cerebral, y mientras que algunos estudios han encontrado que efectivamente algunos grupos de pacientes con depresión (por ejemplo, los que sufren depresión con síntomas melancólicos) tienen menores niveles de

serotonina o noradrenalina que las personas no deprimidas, otros en cambio han encontrado niveles similares en los pacientes con trastornos depresivos en comparación a las personas no deprimidas (Delgado, 2000; Delgado y Moreno, 2000; Gjerris, 1988). Recientemente, sin embargo, un metaanálisis de estudios en vivo con neuroimagen y de estudios *posmortem* que han comparado los niveles de los transportadores de la serotonina en pacientes con depresión y en personas sanas (Kambeitz y Howes, 2015) ha encontrado, a partir de los resultados de los estudios en vivo con neuroimagen, niveles reducidos de transportadores de la serotonina en diferentes áreas del cerebro (por ejemplo, cuerpo estriado, amígdala y tronco cerebral) de los pacientes con depresión, aunque no en el hipotálamo o en el tálamo. Teniendo en cuenta los resultados de los estudios *posmortem*, ese mismo metaanálisis tampoco ha encontrado niveles diferentes de los trasportadores de la serotonina ni en el tronco cerebral, ni el córtex frontal ni en el hipocampo.

En tercer lugar, los resultados de los estudios de disminución de monoaminas también son inconsistentes. En estos estudios se disminuye transitoriamente los niveles de monoaminas en el sistema nervioso central a través de restricciones en la dieta o de la administración de una sustancia, y, posteriormente, cuando tales niveles se han recuperado, se miden los efectos en el estado de ánimo de todos esos cambios (Delgado, 2000). La hipótesis de las monoaminas predeciría que la reducción de los niveles de serotonina, noradrenalina o dopamina produciría en las personas una disminución en su estado de ánimo. Ruhé, Mason y Schene (2007) revisaron metaanalíticamente los estudios al respecto y encontraron una disminución del estado de ánimo en personas sanas con una historia de trastorno depresivo mayor y en pacientes no medicados con trastorno depresivo mayor en remisión, pero no en personas sanas sin historia de depresión.

En resumen, pues, los resultados de los estudios que han puesto a prueba las predicciones de la hipótesis de la monoamina, aunque sugerentes, son inconsistentes y, en todo caso, indican alteraciones en los niveles de las monoaminas en algunos grupos de personas con depresión o en algunos grupos de personas con factores de riesgo para la depresión, pero no en otras. En consecuencia, pues, tales estudios indican que la deficiencia de las monoaminas por sí misma no es una explicación suficiente de las causas de la depresión, y que el papel de los sistemas de neurotransmisión de la serotonina, la noradrenalina y la dopamina en el origen y mantenimiento de la depresión es más complejo de lo que se pensaba inicialmente. De hecho, a pesar del número tan elevado de posibles anomalías biológicas que se han estudiado como posibles candidatos para constituirse en marcadores biológicos para el diagnóstico de los trastornos depresivos (más de 25, según Vallejo y Urretavizcaya, 2015), incluyendo diversas medidas de la actividad de los sistemas de neurotransmisión de monoaminas, no existe actualmente ningún test biológico con suficiente sensibilidad y especificidad para diagnosticar el trastorno depresivo mayor o el trastorno distímico y, en consecuencia, por

ejemplo, ni el DSM-IV, ni el DSM-5 ni la CIE-10 incluyen tales marcadores biológicos entre los criterios diagnósticos de ambos trastornos depresivos.

Desde que aparecieron en el mercado en la década de los sesenta del siglo pasado, los antidepresivos tricíclicos han sido durante años la terapia farmacológica de referencia para la depresión. Desde finales de los años ochenta tuvieron que compartir este puesto con los ISRS, fundamentalmente porque los tricíclicos, por sus efectos secundarios, pueden ser difíciles de tolerar e incluso peligrosos para algunos pacientes, hasta que, por estos motivos, han sido desplazados en los últimos 15-20 años de su papel de fármaco de referencia para la depresión. Efectivamente, no se han encontrado diferencias entre la eficacia de los antidepresivos tricíclicos y la de los ISRS en adultos (Anderson, 2000; MacGillivray y cols., 2003), aunque no así en niños y adolescentes, tal y como se verá más adelante en el capítulo 5. Pero, aunque ambos tipos de fármacos tienen efectos secundarios parecidos en adultos (por ejemplo, sequedad en la boca, estreñimiento, diarrea, mareos, náuseas, insomnio, agitación, disfunción sexual, somnolencia, cefalea, aumento de la tasa cardíaca, etc.), estos son más frecuentes, molestos y peligrosos en el caso de los antidepresivos tricíclicos (Anderson, 2000; MacGillivray y cols., 2003). De hecho, por ejemplo, en Estados Unidos los antidepresivos tricíclicos fueron en 2009 y 2014 la primera causa de muerte por sobredosis entre los fármacos antidepresivos (28 casos en cada uno de esos años; Bronstein y cols., 2010; Mowry y cols., 2015). Igualmente, debido a sus efectos secundarios, los IMAO no se utilizan como fármacos de primera elección para la depresión, sino como sustitutos de los ISRS o los tricíclicos cuando estos no dan los resultados esperados, ya que, además, los IMAO obligan al paciente a seguir una estricta dieta de restricción de alimentos que contengan tiramina, como por ejemplo embutidos, quesos curados, chocolate, cerveza o vino tinto. La interacción de la tiramina con los IMAO puede ocasionar una crisis hipertensiva (subida brusca y extrema de la presión arterial) que puede llevar a la ruptura de una arteria en el cerebro, es decir, a un accidente cerebrovascular. Por supuesto, el resto de fármacos de la tabla 2.9 también tienen efectos secundarios, que, en general, son más leves en el caso de los antidepresivos de nueva generación que en el de los antidepresivos clásicos (Bravo Ortiz, 2002).

Los efectos secundarios de los antidepresivos en los niños y adolescentes son parecidos a los encontrados en adultos, aunque han sido mucho menos estudiados. Limitándose a los antidepresivos más utilizados y con menos efectos secundarios, es decir, los ISRS, en la tabla 2.10 se recogen los efectos secundarios más frecuentes encontrados entre los niños y adolescentes que han participado en los ensayos clínicos que han comparado la eficacia de un ISRS frente a un fármaco placebo. Teniendo en cuenta únicamente los efectos secundarios que, de forma significativa, tenían al menos el doble de riesgo de aparecer entre los menores que recibieron un ISRS que entre los que recibieron un placebo (véase la tabla 2.10), parece que, en la población infantil y adolescente, los ISRS pueden provocar hiperactividad, erupciones cutáneas, hostilidad,

temblor, insomnio, diarrea, pérdida de apetito, agitación, incontinencia urinaria, vómitos, fiebre, fatiga o faringitis. Sin embargo, teniendo en cuenta solo los efectos secundarios graves, no se encontraron datos sólidos que indicaran que los ISRS los producen en mayor medida que el placebo, salvo en el caso de la paroxetina, la cual triplicó de forma significativa el riesgo de padecer efectos adversos graves. Mención aparte merece la posibilidad de que los antidepresivos ISRS puedan aumentar el riesgo de padecer ideación o conducta suicida. Aunque esta cuestión se abordará con más detalle en el capítulo 5, baste ahora mencionar que, según los datos de la tabla 2.10, ese riesgo parece existir en relación con dos ISRS, la paroxetina y la sertralina, aunque tan solo parezca afectar al 2-3 % de los niños y adolescentes que estén tomando esos dos fármacos.

Asumiendo, pues, que la aparición de efectos secundarios es siempre una posibilidad real cuando se utilice cualquier fármaco antidepresivo con niños y adolescentes, su aplicación debe incluir una monitorización del desarrollo de tales efectos a lo largo del curso completo del tratamiento, especialmente durante las primeras semanas (por ejemplo, con consultas semanales con los niños o adolescentes y sus padres durante las primeras cuatro semanas y, posteriormente, con consultas regulares; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Asimismo, antes de iniciar un tratamiento psicofarmacológico, es importante evaluar si los pacientes padecen algún tipo de enfermedad que desaconseje el uso de fármacos antidepresivos o aconseje su aplicación con precauciones (contraindicaciones) y, además, evaluar si los pacientes están tomando algún otro medicamento que pueda producir interacciones farmacológicas (modificación del efecto de un fármaco por la acción de otro cuando se administran conjuntamente), las cuales pueden aumentar o disminuir el efecto de los fármacos e incluso causar efectos adversos. Estas interacciones también se pueden producir con otras sustancias presentes en el organismo (por ejemplo, ciertos alimentos, el alcohol). Por ejemplo, aparte de la interacción que se comentaba antes entre los IMAO y los alimentos con tiramina, una interacción muy conocida en el caso de los fármacos antidepresivos es la que se produce con el consumo de alcohol, ya que este puede potenciar los efectos de dichos fármacos y, por ende, sus efectos secundarios.

TABLA 2.10
Efectos secundarios encontrados en los ensayos clínicos con niños y adolescentes que han comparado la eficacia de un antidepresivo ISRS frente a un fármaco placebo

Antidepresivo ISRS	**Efecto secundario**	**Porcentaje de pacientes entre los que tomaban:**	
		ISRS	**Placebo**
Fluoxetina	**Hiperactividad***	6,0	1,0
	Cefalea*	29,0	19,0

	Diarrea	11,0	9,0
	Pérdida de apetito	9,0	6,0
	Fiebre	8,0	5,0
	Erupción cutánea*	8,0	3,0
	Ideación/conducta suicida	5,9	4,5
	Efectos graves	0,9	3,6
Paroxetina	Mareo*	12,0	9,0
	Hostilidad*	7,0	0,0
	Insomnio*	9,0	5,0
	Somnolencia*	11,0	6,0
	Temblor*	6,0	2,0
	Nerviosismo	7,0	5,0
	Ideación/conducta suicida*	3,2	1,4
	Efectos graves*	12,0	4,4
Sertralina (en niños de 6-11 años)	**Insomnio***	20,0	8,0
	Diarrea*	15,0	5,0
	Pérdida de apetito*	10,0	2,0
	Vómitos*	9,0	5,0
	Agitación*	8,0	2,0
	Incontinencia urinaria*	7,0	0,0
	Púrpura*(a)	6,0	1,0
Sertralina (en adolescentes de 12-17 años)	**Vómitos***	8,0	3,0
	Diarrea*	7,0	3,0
Sertralina (en niños y adolescentes)	**Ideación/conducta suicida***	2,6	1,1
	Efectos graves	3,7	3,3

Citalopram	Rinitis*	11,0	6,0
	Náusea*	17,0	10,0
	Síntomas como de gripe*	6,0	1,0
	Fatiga*	6,0	1,0
	Diarrea*	6,0	2,0
	Cefalea	26,0	25,0
	Insomnio	13,0	11,0
	Dolor abdominal	9,0	5,0
	Mareo	8,0	5,0
	Faringitis*	8,0	4,0
	Ideación/conducta suicida	4,6	3,4

Solo se presentan, en cifras redondeadas, los efectos secundarios que fueron encontrados en al menos el 5 % de los pacientes que tomaban el ISRS, salvo la conducta e ideación suicida y los efectos graves que se presentan independientemente de su porcentaje y sin redondear. Los efectos secundarios en **negrita** son aquellos en los que el porcentaje de pacientes que los presentaba entre los que tomaban el ISRS duplicaba al menos el porcentaje encontrado entre los que tomaban el placebo.

* El ISRS era significativamente más probable de causar el efecto secundario que el placebo.

(*a*) La púrpura es un síndrome caracterizado por una erupción cutánea con manchas pequeñas (petequias) o grandes (equimosis) debidas a lesiones hemorrágicas subcutáneas.

FUENTE: elaborada a partir de los datos de la revisión metaanalítica del National Collaborating Centre for Mental Health (2005).

Desde el punto de vista terapéutico también es importante señalar que, tras iniciar el tratamiento con fármacos antidepresivos, los niveles terapéuticos de concentración sanguínea del medicamento se alcanzan en solo unos pocos días y, también en poco tiempo, comienzan a influir sobre la actividad de los neurotransmisores. A pesar de ello, la aparición de beneficios terapéuticos clínicamente significativos en la sintomatología y el funcionamiento de los pacientes no ocurre, en general, hasta que no han transcurrido entre dos y cuatro semanas (Bravo Ortiz, 2002). No obstante, existen importantes diferencias individuales al respecto asociadas al tipo de fármaco y a las características de los pacientes; de hecho, hay pacientes que mejoran a los pocos días. Por desgracia, la aparición de efectos secundarios, si ocurre, puede suceder desde el principio.

Finalmente, una vez que se consiguen beneficios terapéuticos clínicamente significativos y se produce la normalización de la sintomatología y del funcionamiento del paciente al menos durante un período de 8 semanas (remisión), las pautas de

administración de los fármacos antidepresivos en niños y adolescentes aconsejan que el medicamento se siga administrando durante unos meses más para prevenir la recurrencia de la depresión y que su retirada se haga de forma progresiva durante un período de 6 a 12 semanas, reduciéndose lenta y progresivamente la dosis hasta completar un período total de tratamiento de 6 meses (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Esa reducción lenta y progresiva de la dosis pretende evitar la aparición de síntomas de discontinuación o abstinencia (por ejemplo, vértigo, insomnio, diarrea, náuseas, ansiedad), los cuales suceden a veces tras suprimir bruscamente el tratamiento con fármacos antidepresivos (Bravo Ortiz, 2002; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005).

3.2. Fármacos ansiolíticos

Se denominan «ansiolíticos» a los fármacos cuyo objetivo principal es mejorar los síntomas de ansiedad, aunque su utilización no se restringe a los trastornos de ansiedad, ya que muchos de ellos también se aplican en el tratamiento específico de otros trastornos mentales como, por ejemplo, los trastornos del sueño y el síndrome de abstinencia alcohólica, ya que, al ser agentes que disminuyen la actividad del sistema nervioso (depresores), también tienen efectos sedativos, hipnóticos, anticonvulsivos y miorrelajantes (Bravo Ortiz, 2002).

Los fármacos ansiolíticos más importantes son los denominados benzodiacepinas, que actúan potenciando los efectos del ácido gamma-aminobutírico (GABA), el principal neurotransmisor inhibidor en el sistema nervioso central. Las benzodiacepinas se unen a sitios específicos en los receptores postsinápticos del GABA, en concreto en los receptores GABA-A, provocando que el GABA se una mejor a estos receptores y, por tanto, aumentando sus efectos (véase la figura 2.1). Cuando se produce la unión del GABA, los receptores GABA-A abren los canales iónicos de cloro de la membrana celular y hacen que ésta esté más polarizada y, por tanto, sea más resistente al paso del impulso nervioso. De ahí que el GABA funcione como un inhibidor del sistema nervioso central y, por ende, que las benzodiacepinas sean fármacos depresores de dicho sistema.

La primera benzodiacepina fue sintetizada en los años 50 del siglo XX, pero cuando en los años 60 se creó una nueva denominada diazepam y se comercializó bajo el nombre de Valium, las prescripciones de benzodiacepinas se dispararon y su consumo pasó a ser masivo y llegó a la cultura popular[8] (Tone, 2009). De hecho, aún hoy en día siguen estando entre los fármacos de mayor consumo no solo del grupo de los psicofármacos, sino de cualquier tipo de medicamento en general. Por ejemplo, en España, entre los 15 medicamentos con mayor número de envases vendidos en 2013 se encontraban tres psicofármacos y los tres eran benzodiacepinas; dos de ellas (lorazepam y alprazolam) indicadas como ansiolíticos y ocupando la octava y la duodécima posición, respectivamente, y la tercera (lormetazepam) indicada como hipnótico y

sedante y ocupando la vigésimocuarta posición (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Actualmente se comercializan en España al menos 19 benzodiacepinas, las cuales, desde el punto de vista clínico, se pueden clasificar en tres grupos en función de la duración de su acción (larga, media y corta) y en dos grupos en función de su indicación principal (ansiolítico o hipnótico) (véase la tabla 2.11). Las benzodiacepinas de acción (o vida media) larga se denominan así porque sus metabolitos activos (las sustancias resultantes de la metabolización del psicofármaco y que tienen acción terapéutica) o ellos mismos permanecen más tiempo en el plasma sanguíneo hasta que finalmente son eliminados y, por tanto, mantienen sus efectos terapéuticos durante más tiempo. Por el contrario, las benzodiacepinas de acción más corta se eliminan antes y, por tanto, sus efectos terapéuticos duran menos, pero, en cambio, tienen un comienzo de acción más rápido y mayor probabilidad de tener efectos secundarios (por ejemplo, amnesia anterógrada, efectos paradójicos, riesgo de dependencia, síndrome de abstinencia). En la tabla 2.11 se recogen algunas de las características farmacocinéticas y farmacodinámicas[9] de los distintos tipos de benzodiacepinas.

El hecho de que las benzodiacepinas sean claramente eficaces para tratar los episodios agudos de ansiedad, incluyendo los ataques de pánico (o crisis de angustia), junto a los datos que demuestran que ejercen su acción potenciando los efectos del GABA y a los indicios que sugieren que también es eficaz en adultos para tratar algunos trastornos de ansiedad, han llevado al desarrollo de varias teorías e hipótesis sobre el papel de los receptores GABA en la etiología de los trastornos de ansiedad (hipótesis gabaérgica). Esas teorías e hipótesis proponen que los trastornos de ansiedad están relacionados con alteraciones en los órganos y sistemas que controlan la respuesta de estrés del organismo, en particular el sistema o eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA) y dos de los órganos que regulan su actividad: la amígdala (cuya activación estimularía el eje HPA y la respuesta de estrés) y el hipocampo (cuya activación suprimiría el eje HPA), los cuales, a su vez, reciben información del neocórtex. En concreto, dichas teorías e hipótesis suponen que en los trastornos de ansiedad existe tanto una hiperactividad de la amígdala como una actividad disminuida del hipocampo y una actividad elevada del córtex prefrontal, todo lo cual estaría, a su vez, relacionado con una supuesta alteración en la regulación endógena o interna de los receptores GABA en dichas áreas (Bear y cols., 2016; Vallejo y Bulbena, 2015).

TABLA 2.11
Clasificación y características de las diferentes benzodiacepinas comercializadas en España

Tipo de acción (o vida media)	**Características**	**Indicación**	
		Ansiolítico	**Hipnótico**

Larga	— Vida media: 24-60 horas. — Potencia: baja. — Dosificación: 1-2 veces/día. — Ansiedad entre dosis: rara. — Ansiedad de rebote: infrecuente. — Riesgo de dependencia: bajo. — Síndrome de abstinencia: leve o moderado. — Comienzo de los síntomas de abstinencia: 4-7 días. — Duración de los síntomas de abstinencia: 8-15 días. — Amnesia anterógrada: infrecuente. — Efectos paradójicos: infrecuentes.	Clonazepam. Clorazepato. Clordiazepóxido. Diazepam. Medazepam. Pinazepam.	Flurazepam. Quazepam.
Intermedia	— Vida media; 12-30 horas. — Potencia: media. — Dosificación: 2-3 veces/día. — Ansiedad entre dosis: a veces. — Ansiedad de rebote: a veces. — Riesgo de dependencia: moderado. — Síndrome de abstinencia: moderado. — Comienzo de los síntomas de abstinencia: 3-5 días. — Duración de los síntomas de abstinencia: 5-10 días. — Amnesia anterógrada: a veces. — Efectos paradójicos: a veces.	Alprazolam. Bentazepam. Bromazepam. Clobazam. Ketazolam. Lorazepam. Oxazepam.	Lormetazepam.
Corta	— Vida media: 3-15 horas. — Potencia: alta. — Dosificación: cada 4-6 horas. — Ansiedad entre dosis: frecuente. — Ansiedad de rebote: frecuente. — Riesgo de dependencia: alto. — Síndrome de abstinencia: grave. — Comienzo de los síntomas de abstinencia: 1-3 días. — Duración de los síntomas de abstinencia: 2-5 días. — Amnesia anterógrada: frecuente. — Efectos paradójicos: frecuentes.		Loprazolam. Midazolam. Triazolam.

FUENTE: elaborado a partir de Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2016) y Bravo Ortiz (2002).

Sin embargo, siguiendo la misma línea de razonamiento que se expuso anteriormente respecto a los fármacos antidepresivos, hay que subrayar que los argumentos y los datos que apoyan esas teorías e hipótesis son problemáticos.

En primer lugar, la respuesta terapéutica a las benzodiacepinas no es en sí misma una prueba sólida de que exista una alteración en la regulación de los receptores GABA en

las áreas cerebrales mencionadas (recuérdese el argumento de Delgado y Moreno, 2000, sobre las erupciones y las cremas de esteroides).

En segundo lugar, no está claro que la hiperactividad de la amígdala, la actividad disminuida del hipocampo, la actividad elevada del córtex prefrontal y la alteración en la regulación de los receptores GABA no sean, en lugar de las causas de los trastornos de ansiedad, simplemente los correlatos fisiológicos de las verdaderas causas de los trastornos. Por ejemplo, volviendo al caso de Albertito que se describía en el capítulo anterior, cabe la posibilidad de que el aprendizaje de una respuesta de miedo condicionada tenga precisamente esos correlatos fisiológicos y que, por tanto, la verdadera causa de la fobia de Albertito resida en los procesos de condicionamiento clásico que se produjeron tras haber sufrido una experiencia aversiva y no en las consecuencias o correlatos fisiológicos de ese proceso de aprendizaje.

En tercer lugar, a pesar de que se han estudiado un buen número de posibles anomalías biológicas en los trastornos de ansiedad, en especial en el trastorno de angustia (Vallejo y Bulbena, 2015) y en el trastorno obsesivo-compulsivo (Vallejo, Segalàs y Alonso, 2015), incluyendo diversas anomalías relacionadas con el sistema GABA-benzodiacepina, actualmente no existe, al igual que ocurría con los trastornos depresivos, ningún test biológico con suficiente sensibilidad y especificidad para diagnosticar cualquiera de los trastornos de ansiedad. En consecuencia, ni el DSM-IV, ni el DSM-5 ni la CIE-10 incluyen tales marcadores biológicos entre los criterios diagnósticos de ninguno de los trastornos de ansiedad, ni siquiera del trastorno de angustia o del trastorno obsesivo-compulsivo.

En resumen, pues, los resultados de la investigación actual indican que las teorías e hipótesis sobre la existencia de una alteración en la regulación interna de los receptores GABA en la amígdala, el hipocampo y el córtex prefrontal que causaría los trastornos de ansiedad, aunque sugerentes, no han sido todavía demostradas. En cualquier caso, la investigación actual también indica que el papel del sistema de neurotransmisión GABA en el origen y mantenimiento de los trastornos de ansiedad es más complejo de lo que la hipótesis gabaérgica inicialmente proponía.

Los efectos secundarios que pueden provocar las distintas benzodiacepinas son muy parecidos, pero la frecuencia y gravedad de los mismos pueden variar de unas a otras. Entre tales efectos destacan, por su frecuencia, la somnolencia diurna, la sedación y la disminución en la coordinación de los movimientos, mientras que otros efectos como, por ejemplo, mareos, cefalea, desorientación, dificultades de concentración, diarrea, estreñimiento, disminución en el deseo sexual o amnesia anterógrada (problemas para recordar nueva información), se presentan más ocasionalmente. En niños y adolescentes también es frecuente la aparición de reacciones paradójicas, es decir, la presencia de efectos justamente contrarios a los que se quieren conseguir. Así, en vez de inducir relajación y sueño, el fármaco puede provocar agitación, nerviosismo, irritación, ataques de ira, conductas hostiles o violentas, o insomnio. Por ejemplo, Graae, Milner, Rizzotto

y Klein (1994), en un ensayo clínico cruzado que examinaba la eficacia del clonazepam con una muestra muy pequeña de niños de entre 7 y 13 años con trastornos de ansiedad, encontraron que los efectos secundarios más frecuentes de esta benzodiacepina fueron somnolencia, irritabilidad y conductas oposicionistas (desobediencia, discusiones, etc.). Es más, en dos niños la irritabilidad, las conductas oposicionistas, los berrinches y las conductas agresivas fueron lo suficientemente graves como para motivar su abandono del ensayo, lo que implicaba que el 25 % de los niños que recibieron inicialmente el fármaco tuvieron que abandonarlo por sus efectos secundarios.

Sin embargo, los efectos adversos más importantes que hay que vigilar cuando se administran benzodiacepinas, sobre todo si se hace de forma continua durante más de 3-4 meses, son el incremento de la tolerancia (la necesidad de un aumento progresivo de la dosis para conseguir el mismo efecto) y la aparición de dependencia. Esta última se manifiesta por la aparición de síntomas de abstinencia si se reduce bruscamente la medicación, síntomas que, en el caso de las benzodiacepinas, son fundamentalmente ansiedad, irritabilidad, insomnio, fatiga, cefaleas, temblor, sudoración, mareos, dificultades de concentración, hipersensibilidad a los estímulos, náuseas o pérdida de apetito (Bravo Ortiz, 2002).

El riesgo de tolerancia y dependencia aconseja, pues, que la pauta de administración de las benzodiacepinas sea con la menor dosis posible y durante poco tiempo, que su retirada se haga siempre de forma gradual, durante varias semanas, y que estas precauciones se hagan llegar tanto a los niños o adolescentes como a sus padres, para así evitar que tomen decisiones al respecto sin supervisión profesional. Otras precauciones que también habría que hacerles llegar es que el consumo de alcohol puede potenciar los efectos adversos de las benzodiacepinas y que estas pueden tener efectos negativos sobre la memoria y el rendimiento escolar y sobre la conducción de motocicletas, bicicletas y, en general, cualquier tarea que requiera concentración y coordinación motora, pidiéndoles que, en consecuencia, realicen estas últimas con una mayor precaución.

4. CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

La aplicación de toda clase de terapia, especialmente de las psicológicas, con cualquier tipo de persona, sea cual sea su edad, es una labor muy compleja, puesto que hay que conocer las características de esa persona y cómo se comporta en los diferentes contextos en que vive en interacción con los demás, y, ciertamente, ni lo uno ni lo otro es sencillo.

Conocer las características de las personas implica saber de sus experiencias y sus aprendizajes, del grado de desarrollo cognitivo con el que entienden el mundo, de sus habilidades y destrezas lingüísticas, de sus principios morales y de sus motivaciones, entre tantas cosas. Y conocer el comportamiento de una persona en los diferentes

contextos implica un análisis de sus pensamientos, sentimientos y conductas en interacción con los de otras personas cuyas características y comportamientos también pasan a ser objeto de análisis y, en ocasiones, de intervención de forma más o menos directa según las circunstancias.

En consecuencia, la metodología de análisis que se utiliza en el tratamiento psicológico obliga a veces a realizar formulaciones complejas con variables causales diversas para explicar el porqué del problema, y también obliga a adoptar decisiones difíciles de tomar sobre «dónde hay que tocar para que lo importante cambie», decisiones que pueden implicar a varias personas cuyas reacciones debemos prever, especialmente cuando pueden ir a favor o en contra de la terapia.

El tratamiento psicológico con niños y adolescentes sigue los planteamientos de la psicoterapia en general en cuanto a la importancia de ciertos factores comunes que afectan de manera importante a su eficacia y efectividad (por ejemplo, alianza terapéutica, empatía, obtener *feedback* del paciente, consideración positiva, colaboración, consenso en los objetivos terapéuticos, expectativas del paciente, adquisición por parte del paciente de una explicación adaptativa de sus problemas, etc.; Norcross y Wampold, 2011; Wampold, 2001, 2007), y por tanto no es ajena a ninguna de estas consideraciones. Pero además, por el hecho de trabajar con niños y adolescentes, hay algunas de estas características que se han considerado, desde hace ya más de tres décadas, especialmente relevantes. Dos de ellas se subrayan a continuación.

La primera es que los terapeutas que trabajen en el ámbito infantil y adolescente tienen que estar familiarizados con las características de los niños y adolescentes con los que trabajan, puesto que la edad del menor va a condicionar todo el proceso de evaluación y tratamiento. Las pruebas de evaluación, las técnicas de tratamiento o el propio lenguaje para comunicarse con el niño o adolescente, todo dependerá de su desarrollo evolutivo en las diversas áreas. Por tanto, el terapeuta de niños y adolescentes tendrá que conocer las características evolutivas de su paciente que condicionan, por ejemplo, lo que puede hacer o lo que no puede comprender. Si se trabaja con una niña de cuatro años, por ejemplo, no podrá comprender bien que ella no tiene la culpa de que sus padres se peleen cada noche al acostarla. A sus cuatro años tampoco será capaz de ponerse en el lugar de otro para resolver un problema, ni entenderá conceptos como, por ejemplo, la irreversibilidad de la muerte. Por tanto, no será extraño que pregunte cuándo volverá el abuelo, aunque se le haya dicho que ha muerto. Podrá contar que antes de nacer estuvo viajando por el cielo en una «paracunita» y que eligió a su familia porque le gustó que tuvieran una hermana para ella. Podrá explicar que cuando uno sube a una montaña y grita, las nubes le contestan y eso es el eco. Los pensamientos mágicos a los 4 años dan cabida a que las montañas hablen, a que el Ratón Pérez se lleve nuestros dientes caídos, o a que los Reyes Magos repartan millones de juguetes en una noche con la sola ayuda de sus pajes. Y todavía no se fijará en la cremallera del traje que lleva la persona que hace de Mickey Mouse en el parque de atracciones, porque no se plantea

que Mickey Mouse no sea un personaje real.

Pero, además, cuando los niños son pequeños dependen casi por completo de sus padres. Esta falta de autonomía personal, lógicamente mayor cuanto más pequeño es el niño, hace que, para llevar a cabo las intervenciones con los niños más pequeños, necesitemos casi siempre la ayuda de sus padres, estén o no sus conductas implicadas en el problema de su hijo. Algunas veces, involucrar a los padres en el problema de sus hijos será valorado como imprescindible, cuando la causa del problema se deba a ellos, a sus conductas. Otras veces se contará con ellos como coterapeutas. Pero, en cualquier caso, sean o no los padres una posible causa del problema del niño, estarán implicados, y esto conduce a la segunda característica fundamental del tratamiento psicológico con niños y adolescentes: es necesario que el terapeuta sea competente en manejar los contextos en los que se mueven los menores (por ejemplo, el colegio, los amigos y, fundamentalmente, la relación con sus padres). De modo que el terapeuta especializado en el ámbito infantil y adolescente tendrá que saber manejar los habituales conflictos entre padres e hijos, sus contradicciones y ambivalencias, esos quiero y no quiero de los seres humanos que irrumpen en la terapia con niños y adolescentes preferentemente de la mano de los adultos implicados (por ejemplo, quiero que cambies, pero no quiero hacer nada para que cambies). Por ejemplo, tendrá que saber cómo reaccionar cuando los padres de su paciente de 14 años, que juraban que harían cualquier cosa por ayudar a su hijo, al tercer día no rellenan ni un sencillo autorregistro o se niegan a venir a terapia o, incluso, se han puesto de acuerdo entre ellos para engañar al psicólogo en una especie de «contrato pirata» que han acordado específicamente para incumplir el contrato terapéutico que acaban de firmar para manejar la conducta disruptiva de su hijo.

Dada la enorme dificultad que conlleva el manejo de estas competencias, a continuación se plantean algunas orientaciones y reflexiones generales sobre estos dos grandes temas de interés para los psicólogos que se aventuren a trabajar en el tratamiento psicológico con niños y adolescentes:

1. Conocer las características evolutivas de los niños y adolescentes, para comunicarse con ellos del modo adecuado.
2. Ser competentes no sólo en su evaluación y tratamiento, sino también en un amplio abanico de habilidades terapéuticas que permitan manejar los contextos de los niños y adolescentes (familia, amigos, colegio), y muy especialmente la implicación de sus padres.

Sin embargo, una revisión exhaustiva de estos asuntos excede los objetivos del presente capítulo, de modo que el lector interesado puede profundizar en estos temas consultando los capítulos de Moreno (2012), Ramos-Paúl (2012), Olivares Rodríguez, Méndez Carrillo y Macià Antón (1997) y Olivares-Olivares, Macià Antón y Olivares Rodríguez (2014).

4.1. Conocer las características evolutivas de los niños y adolescentes

La idiosincrasia de las características evolutivas tiene implicaciones que afectan directamente a la selección de las pruebas de evaluación y de las técnicas de intervención, pero que van mucho más allá, porque condicionan toda la comunicación entre el terapeuta y el menor de principio a fin. Por eso, el mejor amigo de un psicoterapeuta de niños y adolescentes es un manual actualizado de psicología del desarrollo o de psicología evolutiva que permita comprender las características de cada edad en el contexto cultural y social de referencia.

Este conocimiento resultará imprescindible para comprender, por ejemplo, que es más fácil que tenga miedo a los payasos un niño de 7 años que otro de 2 años, en quien aún no ha aparecido el miedo a los extraños. Pero también será decisivo para una adaptación de los instrumentos de evaluación y de las técnicas de intervención a la edad de los menores. Por ejemplo, la adaptación de las técnicas a la madurez cognitiva de los niños es un elemento clave para su eficacia, pues parece que muchos niños no se benefician de las terapias cuando no poseen la madurez suficiente (Quakley, Coker, Palmer y Reynolds, 2003). Por tanto, conocer las características del desarrollo evolutivo de los pacientes es el punto de partida de un buen trabajo clínico, siempre basado en que las terapias se adapten a la edad del niño, incluso cuando se aplican los procedimientos terapéuticos más sencillos. Tal es el caso del entrenamiento en autoinstrucciones, un procedimiento terapéutico muy utilizado con los niños, pero que debe ser adaptado a la madurez cognitiva del niño o del adolescente, ya que, aunque las autoinstrucciones se utilizan desde edades muy tempranas como procedimiento para regular la propia conducta, sin embargo la autoobservación y el análisis formal de esos pensamientos es un logro más complejo que requiere una mayor maduración cognitiva. De modo que si se trata de niños de 2 a 7 años, que no pueden llevar a cabo un análisis formal de esos pensamientos, habrá que utilizar procedimientos más sencillos, como historias o cuentos en los que el protagonista tenga problemas parecidos a los del niño y en los que, cuando vaya a ahuyentar sus miedos se pida al niño que genere sus propias frases de afrontamiento y autoinstrucciones positivas que se pueden escribir en viñetas con bocadillos siguiendo la historia o cuento, reflejando de este modo tan gráfico la relación entre sus pensamientos y sus emociones (Stallard, 2007). Pero si los niños son algo más mayores, habrán comenzado a desarrollar paulatinamente una capacidad de razonamiento abstracto que les permitirá, en la mayoría de los casos antes de los 12 años, identificar sus pensamientos, pensar sobre ellos, analizar la relación entre sus pensamientos y sus emociones y valorar los hechos desde diferentes perspectivas (García-Vera, Morán, González y Sanz, 2014). Y lo mismo ocurre con los instrumentos de evaluación, que deben ser seleccionados en función de la edad de los niños, cerciorándose de que los niños tengan las destrezas necesarias para completarlos.

Puesto que los instrumentos de evaluación y las técnicas de tratamiento ya cuentan

con un espacio específico en este libro, se hace en este apartado especial mención a la importancia de establecer una comunicación terapéutica adecuada a la edad del niño. Esta comunicación implica que es preciso saber entenderse con el niño, saber captar lo que quiere decir, aunque a veces no sepa explicarse, y saber transmitirle la información más importante, de modo que la comprenda en función de su desarrollo evolutivo.

Pero la comunicación terapéutica también supone saber detectar si hay emociones que pueden estar interfiriendo en la comunicación, como por ejemplo la ansiedad. En las tablas 2.12, 2.13 y 2.14 se describen tres situaciones en las que las psicólogas han tenido problemas de comunicación con los niños en la aplicación del tratamiento psicológico. En los dos primeros ejemplos (tablas 2.12 y 2.13) los problemas de comunicación se deben a que las psicólogas no han tenido en cuenta las limitaciones en la expresión y en la comunicación que tienen los niños pequeños. En el tercer ejemplo (tabla 2.14) se trata de un niño algo más mayor en el que la ansiedad interfiere con la comunicación. Todos ellos pueden servir para reflexionar sobre qué se debería haber hecho y no se hizo.

TABLA 2.12
Ejemplo general de problema de comunicación con los niños

Carmen tenía casi 4 años cuando la psicóloga decidió observarla en el recreo del colegio, ya que había perdido a su madre hacía unos meses y, aunque no entendía bien el significado de la muerte, padecía muchos dolores de tripa y no quería jugar con los otros niños. Un día en el patio de recreo se le acercó la niña y le pidió que le cogiera «su cintita roja». La psicóloga, que quería ganarse su confianza, accedió y se dejó guiar por la niña, que la condujo hasta una de las vallas del colegio. Carmen se empinó para señalar con el dedito que allá abajo, a unos 15 metros, en un oscuro patio, estaba su «cintita roja». La psicóloga intentó razonar con la niña explicándole que la cinta estaba demasiado lejos para ir ahora a buscarla, que había que dar toda la vuelta a la manzana y no merecía la pena. Pero como la niña no dejaba de llorar cada vez más desconsolada, la psicóloga salió del colegio para ir a recogerla. Cuando consiguió entrar en aquel patio y se acercó a la cinta, la niña la miraba desde la valla. Recogió la cinta roja y apareció enganchada a una medalla de oro que le había comprado su madre y nunca se separaba de ella. La psicóloga le entregó a Carmen su «cintita roja» y le pidió perdón por no haberla entendido. Si Carmen hubiera dicho «se me ha caído la medalla que me regaló mi madre» seguro que la psicóloga no habría dudado en ir a buscarla, pero para Carmen lo más característico de aquel objeto era su cinta roja. Los niños pequeños viven en un mundo en el que las montañas o las nubes te pueden contestar cuando gritas en lo alto de una montaña, y eso es el eco, pero no pueden ponerse en tu lugar y darte la información que necesitas si no se la preguntas adecuadamente. La psicóloga debió agacharse a consolar a la niña, a tranquilizarla y preguntarle más detalles sobre su «cintita roja» y por qué era tan importante para ella.

TABLA 2.13
Ejemplo de problema de comunicación con los niños en la aplicación de pruebas y test psicológicos

Laura tenía 6 años y estaba a punto de comenzar una prueba que consistía en recordar palabras encadenadas. Tratando de evitar que la niña se pusiera nerviosa, la psicóloga le explicó que se trataba de un juego y que lo importante era pasarlo bien y divertirse. Durante la prueba la niña se reía y decía que no recordaba más de un par de palabras de las que se le había pedido que recordara; sus puntuaciones, consiguientemente, fueron extremadamente bajas. Sin embargo, cuando la niña se encontró con su madre, se observó que la niña era capaz de recordar series enteras de palabras encadenadas de las que le habían dicho que recordara más de media hora antes. Parecía evidente que Laura había estado divirtiéndose y jugando, tal y como la psicóloga le había pedido que hiciera. El error había sido no dejar claro lo importante que era hacer la tarea «lo mejor posible» y tratar de

recordar el mayor número de palabras posible; explicarle que se necesita saber si es capaz de hacerlo y que, si no lo hace bien, no pasa nada, porque así sabríamos en qué podemos ayudarla. Todo el mundo, se le puede decir, tiene cosas que mejorar y cosas que hace muy bien. En definitiva, pasarlo bien no puede ser el objetivo de una evaluación psicológica, aunque indudablemente se hará lo necesario para que los niños no lo pasen mal.

El segundo ejemplo (tabla 2.13) se produce en un momento clave de la comunicación, que es durante el proceso de aplicación de los instrumentos de evaluación. Al margen de los instrumentos que se vayan a utilizar, es importante garantizar que los niños entienden lo que se les pide, pero sin generar ansiedad. En primer lugar, porque no queremos que tengan malestar, y en segundo lugar porque la ansiedad puede interferir con la ejecución de la tarea. Precisamente por esta preocupación tan extendida entre los psicólogos en torno a que las pruebas puedan generar ansiedad en los niños, se suelen llevar a cabo en un ambiente lúdico para que los niños estén más cómodos. El resultado es que no se sientan evaluados, sino que sientan que están jugando. Lejos de afirmar que no sea adecuado presentar la evaluación como una actividad lúdica, en la tabla 2.13 se puede apreciar el riesgo que conlleva mezclar el juego con otros objetivos de la propia evaluación.

La importancia de establecer una comunicación clara cuando se habla con los niños pequeños, y muy especialmente durante el proceso de evaluación, es fundamental y obliga a formular a los niños peticiones claras y concretas sobre lo que queremos que hagan o sobre lo que queremos que digan. Durante la evaluación, por ejemplo, puede resultar útil explicarles previamente y con ejemplos concretos el concepto de «hacer las cosas lo mejor posible» y comprobar que lo entienden antes de comenzar la evaluación. Por ejemplo, se puede pintar una línea con una tiza en el suelo y pedirle al niño que salte un poquito, sin esforzarse mucho, y cuando lo haya hecho preguntarle: «¿Has saltado lo máximo que puedes saltar? ¿Lo has hecho lo mejor posible?», y después pedirle que coja carrerilla y siga saltando hasta que él mismo considere que lo ha hecho «lo mejor posible». Se puede hacer una banda que ponga «lo mejor posible» o escribir una pequeñísima canción que cantar. Luego, durante la ejecución de la tarea en la evaluación, se repetirá la etiqueta «lo mejor posible», que le recordará que no estamos jugando, sino haciendo una prueba en la que el éxito está garantizado, pues no defrauda a los demás quien hace las cosas «lo mejor posible».

Otro concepto importante que habitualmente hay que trabajar con los niños pequeños con ejemplos concretos antes de una evaluación es el concepto de la verdad, entendido como «lo que pienso, lo que tengo en mi mente». Dicen los expertos que a partir de los 3 años aproximadamente tiene lugar uno de los aprendizajes más revolucionarios e importantes de la vida de los seres humanos: el descubrimiento de la mentira. Es por tanto un hecho a tener en cuenta que, desde muy pequeños, un niño puede decirle a su madre que se ha comido el bocadillo cuando realmente lo ha tirado a la papelera del colegio, y dejar que ella le felicite por haberlo hecho bien, sin inmutarse, evitando las consecuencias negativas de la verdad y beneficiándose de las consecuencias positivas de

la mentira. Nada asegura que, si son capaces de engañar a su madre, no engañen fácilmente al psicólogo que acaban de conocer cuando este le formula preguntas sobre si pega a otros niños o si le duele la tripa. Por tanto, dedicar un tiempo a aclarar los objetivos de la evaluación y los conceptos implicados, con ejemplos concretos y ensayos sobre lo que se quiere, es una tarea primordial que se debe hacer siempre con los niños más pequeños. Esto no garantiza que digan la verdad, pero al menos asegura que sepan que queremos saber lo que están pensando y el por qué.

Otras veces los niños no cuentan la verdad o evitan hablar de temas porque les genera mucho malestar. Aunque nunca está de más el incidir sobre la importancia de decir la verdad, en el caso de la tabla 2.14 hubo que hacer algo más, adaptándose, como es lógico, a la edad del niño.

Como se ha visto en los ejemplos de las tablas 2.12, 2.13 y 2.14, conocer las características evolutivas del menor con el que se va a trabajar es la base de una buena intervención durante todo el proceso terapéutico, desde el primer contacto con el niño o adolescente hasta las fases de evaluación y tratamiento, siendo necesario para la adecuada selección de los instrumentos y las técnicas, pero también para iniciar y mantener una buena comunicación.

4.2. Habilidades terapéuticas para manejarse en los contextos del niño o adolescente

Muchos de los problemas de los niños, por no decir casi todos en el caso de los niños más pequeños, están relacionados con la forma de comportarse de sus padres y con las interacciones familiares. Por supuesto, esto no significa que haya que culpar a los padres de los problemas de sus hijos, ni siquiera que siempre sean parte del problema, pero seguramente serán parte de la solución cuando se pueda contar con ellos. Y por eso existe un cierto consenso en la necesidad de implicar a los padres. De hecho, la necesidad de implicar a los padres en la terapia está avalada por los resultados de varios estudios de revisión narrativa o metaanalítica que demuestran que involucrar a los padres incrementa la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en los casos de ansiedad, especialmente con los niños más pequeños y cuando al menos uno de los padres presenta problemas de ansiedad (Aydin, 2014; García-López y cols., 2014), y también mejora la eficacia en los problemas de conducta, especialmente cuando implican interacciones familiares conflictivas, teniendo una especial relevancia en la generalización de los resultados a los contextos naturales (Gesteira Santos, González-Álvarez, Fernández-Arias y García-Vera, 2009; Sánchez-Meca y cols., 2002). Pese a todo ello, muchas intervenciones con niños y adolescentes no contemplan la participación de la familia y, no obstante, obtienen buenos resultados terapéuticos.

TABLA 2.14
Ejemplo de problema de comunicación con los niños en la obtención de información que les genera ansiedad

Jorge tenía 9 años cuando acudió a consulta porque volvía a casa todos los días con golpes y sus profesores tenían la sospecha de que los compañeros de su clase y los mayores le pegaban, a pesar de que él lo negaba. Aunque Jorge se quejaba de dolores de tripa y evitaba ir al colegio siempre que podía, no contaba nada de lo que le pasaba con sus compañeros y parecía mentir deliberadamente para ocultar el maltrato que sufría. Se inventaba nombres de amigos que no existían y mentía sobre todo lo que tenía que ver con el modo en que pasaba el tiempo en el colegio, haciendo creer a sus padres que tenía amigos y jugaba con ellos. Mentía diciendo que jugaba al fútbol, pero había abandonado el equipo y pasaba el recreo sentado solo en un rincón, sin hablar con nadie. Como a Jorge le encantaba el fútbol le pedimos que trajera a la consulta un balón y el chándal con los colores de su equipo y le propusimos un juego que consistía en que había pasado el tiempo y él era un famoso jugador del Atleti al que íbamos a entrevistar en una rueda de prensa, ya que le habían concedido el balón de oro. Algunos coterapeutas hicieron el papel de fans y le tuvimos un rato firmando autógrafos antes de la entrevista para facilitar que se «metiera en el papel». Se le veía disfrutar y estaba emocionado con el juego. Jorge se iba emocionando cada vez más cuando la reportera le decía: «Gracias por concedernos esta entrevista, sabemos lo ocupado que está alguien de su fama, y que parte ahora para la *Champions League.* ¿Cómo se siente usted tras este premio?». «Y sus padres, estarán orgullosos (...). Nos gustaría que nos contara algo sobre su afición al fútbol, si le gustaba cuando era pequeño...». A medida que iba contestando preguntas y se le veía más metido en esta escenificación, la psicóloga lanzó una pregunta a ver qué pasaba: «Supongo que en su colegio sería usted el capitán del equipo y todos sus compañeros le admirarían». Por primera vez, imbuido en aquella emoción de éxito, contestó: «No se crea, no se crea. Me llamaban friki y eran todos unos chulos que se metían conmigo todos los días, pero seguro que ahora se mueren de envidia». La escenificación había dado resultado. Para Jorge, hablar de lo que le generaba ansiedad había sido más fácil cuando lo contaba en pasado y en el contexto de una historia en la que él estaba siendo el gran triunfador. El distanciamiento en el tiempo y la respuesta incompatible con la ansiedad había funcionado. Obviamente había que ser cautos en las conclusiones, porque no utilizamos una prueba científicamente validada para evaluarle. En realidad la psicóloga ya conocía la verdad por los profesores y por las huellas de los golpes que recibía, pero era un paso importante que de algún modo el niño fuera capaz de reconocer lo que pasaba, aunque sin forzarle a abandonar de golpe su estrategia de negarlo todo para evitar una excesiva ansiedad y seguir, por ejemplo, soportando la situación escolar. Su edad y su pasión por el fútbol eran adecuadas para la escenificación. Si hubiera tenido unos años más, el montaje de la escenificación no habría sido tan apropiado.

Olivares-Olivares y cols. (2014) hacen una propuesta de estrategias específicas que se pueden poner en marcha durante el diseño y aplicación de un tratamiento para incrementar la asistencia e implicación de los padres y evitar los abandonos, apuntando algunas soluciones, que van desde cuestiones tan sencillas y obvias a la vez como la ubicación del centro, el disponer de un servicio de guardería o planificar un horario de entrenamiento compatible con la jornada laboral, a estrategias terapéuticas más especializadas para abordar los problemas de falta de motivación para hacer las tareas para casa o los abandonos como, por ejemplo, revisar los autorregistros modelando y reforzando por su ejecución, o fijar una matrícula y retener un porcentaje del dinero proporcionalmente al número de faltas.

Sin embargo, las razones por las que los padres se resisten a implicarse en el tratamiento de sus hijos o deciden abandonarlo no tienen que ver a veces con incompatibilidades horarias o costes económicos, sino que pueden tener más relación con algunas emociones negativas que sienten en torno a la situación del tratamiento con sus hijos. Y no es infrecuente que estos padres, que se pueden sentir menos competentes, más culpables o más desesperados que otros, puedan también sentirse sobrepasados por estas emociones y les cueste implicarse o deseen abandonar, utilizando excusas que

tienen que ver con el precio, la distancia del centro o que tienen mucho trabajo. A continuación se describe lo que se hizo en tres casos de padres que se resistían a implicarse en la terapia de sus hijos. En los tres casos las razones invocadas por los padres eran totalmente diferentes, pero los tres tenían el denominador común de que los padres se sentían mal y experimentaban emociones negativas hacia sus hijos y de que ese malestar o esas emociones negativas mantenían el problema de su falta de implicación. En los tres ejemplos, ya fuera porque los padres sentían rechazo al problema del niño, porque se sentían superados por él o porque sentían desconfianza hacia el psicólogo, el abordaje fue el mismo. Se hizo una formulación clínica o análisis funcional de los obstáculos, en este caso de esas emociones negativas, y se trabajaron sus causas.

El primer caso es el de unos padres de un niño de 9 años que llegaron a consulta pidiendo ayuda para que desapareciera una conducta de su hijo que se producía en casa, pero que también se había generalizado al contexto escolar, y consistía en que, sin razón aparente, el niño perdía el conocimiento y quedaba tendido en el suelo durante unos minutos antes de recuperar la normalidad. Cuando esto ocurría los padres iban a recogerlo al colegio para ocuparse de él, lo que les había llevado a tener que interrumpir sus frecuentes viajes. Habitualmente los padres estaban de viaje y el niño quedaba en casa con una señora que lo cuidaba. Los padres aportaron los informes médicos que avalaban que no había ninguna explicación conocida para esos «ataques» y que recomendaban la consulta con un psicólogo. También había constancia de que nunca se hacía daño al caer y de que era un niño bastante aislado en el colegio, sin amigos y con una capacidad intelectual por debajo de la media de los niños de su edad. Los padres reclamaron una actuación rápida para hacer desaparecer esa conducta y poder recuperar su vida normal, pero cuando se evaluó al niño se encontró a un ser humano de 9 años que se sentía solo, que pensaba que sus padres se avergonzaban de él y que parecía que lo único que sabía hacer para llamar su atención era perder el conocimiento y, además, como la conducta siempre se producía en contextos públicos, le funcionaba. La psicóloga decidió salir con el niño de paseo por la ciudad para observar esas conductas de desvanecimiento y, cuando efectivamente se produjeron, no les prestó atención, con el objetivo de extinguirlas, aunque asegurándose siempre de garantizar la seguridad del niño. Después de tres sesiones de paseos por la ciudad la conducta de la pérdida de conocimiento había desaparecido completamente, al menos delante de la psicóloga. Ahora la psicóloga ya podía indicar a los padres cómo extinguir estas conductas y probablemente su eficacia pasaría al libro de los récords en tratamiento psicológico infantil y sus padres al de los clientes más satisfechos. Pero la responsabilidad de un psicólogo que trabaja con niños va mucho más allá de batir récords de eficacia e implica asumir una tarea que no siempre es fácil: la de aceptar que es también el valedor de los derechos de ese niño y en muchos casos la persona más indicada para hacer a los padres conocedores de los mismos. En este ejemplo, esto significaba claramente que si se enseñaba a los padres a extinguir la conducta de desvanecimiento del niño antes de que

este hubiese aprendido a realizar otras conductas que desempeñaban la misma función (esto es, tener a sus padres cerca de él, preocupados por él, atendiéndolo), dejaría al niño completamente indefenso, y puede que entonces el niño aprendiera a hacer algo más adaptativo que le funcionase para conseguir la atención de sus padres, pero también puede que aprendiera otras conductas para conseguirlo aún más disfuncionales, como por ejemplo golpearse la cabeza contra la pared o meterse debajo de un camión. Pero esto no sucedería si se tomaba una decisión éticamente responsable y se trabajaba con el niño conductas alternativas antes de extinguir esa conducta inadecuada, informando a los padres de cuál era el verdadero problema de su hijo, lo que seguramente no resultaría fácil y pondría a prueba sus habilidades sobre cómo explicarle a alguien lo que no está preparado para escuchar o aceptar. En este caso, la falta de atención e implicación de los padres en la crianza de su hijo no solo parecía ser una de las causas principales de los problemas del niño, sino que también podía convertirse en una de las causas de que no se resolviera. Cuando se sugirió a los padres que debían acudir a consulta para colaborar en la resolución de los problemas de su hijo, estos rechazaron tajantemente esa posibilidad y argumentaron que era mucho mejor que acudiera la mujer que habitualmente cuidaba de él.

Queda así claro en este ejemplo que la falta de implicación de los padres no solo afectaba a su colaboración en la terapia, sino que era un problema más generalizado y, por consiguiente, probablemente mucho más difícil de abordar. Para ello se partió de la psicoeducación emocional, en la cual se analizó la relación entre las emociones de insatisfacción con el niño de los padres y sus pensamientos. Durante esa psicoeducación se detectaron en los padres creencias muy disfuncionales sobre que «les había tocado un hijo que no merecían», «la mala suerte que habían tenido de tenerlo» y «que era la mayor desgracia que podía ocurrirles a ellos». Se decidió, entonces, profundizar más en esos pensamientos y comenzar una terapia cognitiva que, afortunadamente, tuvo resultados positivos y consiguió que los padres no solo se implicaran en el tratamiento de los problemas de su hijo, sino que aceptaran sus emociones contradictoras hacia su hijo, modificaran sus creencias disfuncionales sobre su valía personal, se implicaran en su cuidado y empezaran a disfrutar de él.

En ocasiones, la falta de implicación también puede darse en padres que han dedicado su vida a cuidar de sus hijos, que los han llevado a múltiples especialistas para solucionar sus problemas y que han estado sometidos a un estrés continuado por los problemas del niño y por su incapacidad para poder resolverlos. Estos padres también pueden tener falta de implicación porque se sienten ineficaces, poco esperanzados en solucionar el problema, ansiosos, culpables y cansados. Ellos pueden ser también un ejemplo típico del «ahí te lo dejo para que me lo arregles».

Cuando la madre de Eduardo llegó el primer día a consulta parecía una actriz andando por la alfombra roja, solo que al final de la alfombra nos lanzó a su hijo de 10 años, que comenzó a correr tocando todas las puertas de la clínica y a saltar encima de

las sillas de la sala de espera gritando, mientras ella nos decía: «Aquí tenéis todo un reto, os lo dejo para ver lo que podéis hacer con él, seguro que os da para tres tesis». Mientras ella lanzaba todo tipo de acusaciones sobre el niño con esa desesperación que suena a «me siento superada», el niño tocaba todo, corría y parecía sentirse orgulloso de tanta atención recibida nada más llegar. Quisimos hablar con más tiempo y calma con la madre, pero ella tenía mucha prisa por ir a cambiar unos zapatos y vimos claramente que se sentía incómoda allí, así que tratamos de infundirle un poco de tranquilidad, recogimos los datos esenciales en la secretaría de la clínica y dejamos que se fuera, que era lo que nos pedía a gritos. Su lenguaje no verbal gritaba «me voy, me voy» y sus palabras decían: «Yo ya no sé qué hacer con él, no le soporto, no puedo ir a ningún sitio con él». Durante las siguientes tres semanas la madre nos trajo a su hijo sin querer quedarse a hablar con nosotros, pero ya no se la veía tan incómoda en la sala de espera mientras aguardaba a que su hijo saliera de consulta. Eduardo era un niño de 10 años que entraba en un nuevo contexto en el que el psicólogo, durante las evaluaciones, fue reforzando sus comportamientos adecuados. La boca abierta se instaló en la cara de su madre cuando desde la sala de espera fue testigo de cómo el psicólogo le encargaba a su hijo diversas tareas que este iba ejecutando sin dilación: «Vete a la secretaría y trae unas hojas» o «por favor, dile a Teresa que te deje la agenda». Entonces la madre se levantó y dijo: «Tengo que hablar con vosotros, me tenéis que decir qué habéis hecho con mi hijo». Por supuesto, esto no significaba que estuviera dispuesta a aceptar su responsabilidad en los comportamientos de Eduardo, pero era un primer paso. Estamos seguros de que si la hubiéramos obligado a escuchar el primer día lo que escuchó el tercer día, la hubiéramos perdido. Ahora, las explicaciones las pedía ella.

Otras veces los obstáculos provienen de la desconfianza, de las expectativas negativas o del desconocimiento de la labor de un psicólogo y de sus compromisos éticos. El tercer ejemplo es el de un padre que se negaba a participar en la terapia de su hijo. En este caso, el problema que se planteaba era cómo explicar a un padre que se oponía a colaborar las razones que hacían pensar al psicólogo que su hijo lo necesitaba, sin a su vez dejarse influir por la afirmación de la madre de que al padre le daba igual su hijo y que solo ponía obstáculos para fastidiarla, porque estaban en trámites de separación. Hablar con el padre tras conocer los antecedentes y las consecuencias de la conducta de oposición y analizar la función que desempeñaba (por ejemplo, defenderse de los psicólogos, a los que veía aliados con el enemigo, su mujer; no dar información que pudiera ser utilizada en su contra; no ver la necesidad ni las razones de que su hijo fuera a terapia) permitió desmontar esas creencias negativas en torno a los psicólogos, clarificarle el hecho de que la información sobre él era suya y no se podía disponer de ella sin su permiso, y explicarle las razones de la necesidad de la terapia.

Algunos padres que se niegan al principio a colaborar en la terapia de sus hijos acaban por participar cuando sus miedos y creencias disfuncionales se van reduciendo ante una actitud profesional por parte del psicólogo que atiende a sus hijos y una actitud

ecuánime en la defensa de los derechos de los menores y de los derechos de sus padres a estar informados y a participar. En las terapias familiares, como en tantas cosas en la vida, si no se consigue transmitir esas actitudes que no sea por no haberlo intentado.

En casos como estos tres ejemplos es importante que el terapeuta acepte todos los obstáculos con normalidad, como una parte más de la terapia, sin interpretaciones personales sobre los desplantes que pueden hacerle los padres, y que sepa analizar esos obstáculos con la herramienta de la formulación clínica o del análisis funcional, de manera que puede determinar cómo cambiarlos y convertir esas dificultades en ventajas.

Para resolver esos obstáculos también será necesario recurrir a todas las habilidades terapéuticas que tenga el psicólogo y muchas más que pueda desarrollar con el objetivo de motivar a los padres (o a los maestros) y manejarse en estos contextos familiares (o educativos). Entre esas habilidades está la paciencia, la cual habrá que cultivar para, por ejemplo, esperar a que los padres estén preparados para escuchar determinadas cosas y no decírselas prematuramente, cuando lo único que harán será defenderse de ellas poniendo toda su atención en argumentos para rebatirlas, justo lo contrario de lo que se pretende. También entre esas habilidades están las de aceptación incondicional de los padres. Es importante que el terapeuta acepte las limitaciones y dificultades que conlleva ser padres, que no los juzgue. En muchos casos el terapeuta tendrá además que desmontar los miedos de los padres y aumentar la sensación de control que tienen sobre el problema de sus hijos, con el compromiso de ir guiando sus pasos poco a poco hasta que los mayores obstáculos se vayan diluyendo y los padres se conviertan en los mejores aliados de la terapia.

Entre las causas de las emociones negativas que tienen los padres y que interfieren en su implicación en la terapia es frecuente identificar la existencia de ideas erróneas o creencias disfuncionales. Esto supone que la mayoría de las intervenciones para mejorar la implicación de los padres en la terapia incluyan necesariamente psicoeducación y, si se precisa, terapia cognitiva. En general, las técnicas comunes que se han empleado en las intervenciones con padres implicados en la terapia de sus hijos han sido la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, la reducción de emociones negativas (por ejemplo, ansiedad, culpa), la mejora de las relaciones con sus hijos, la realización compartida de actividades reforzantes y la prevención de recaídas. Por otro lado, la investigación indica que los problemas de los padres para implicarse en la terapia se relacionan con que estos tengan algún tipo de psicopatología, expectativas inadecuadas sobre la terapia, falta de motivación, problemas familiares y, muy especialmente, dificultades para administrar las contingencias de forma adecuada a sus hijos (Moreno, 2012).

Por otro lado, es importante subrayar que el hecho de que la mayoría de los padres quieren a sus hijos (y de que la mayoría de los hijos quieren a sus padres) es un factor importante en el éxito de cualquier tratamiento psicológico infantil y adolescente, aunque en algunas ocasiones puede parecer un inconveniente o incluso ser una causa de

los problemas del niño o adolescente. Si se consiguen encauzar estos sentimientos como motivación para el cambio serán una gran ventaja. Dar por sentado, en la relación con los padres, que quieren a sus hijos y que hacen de padres lo mejor que pueden o saben o la situación les permite, es un punto de partida clave para establecer una buena relación con ellos, incluso cuando luego vayan saliendo todas esas cosas que hacen mal. Si se sienten atacados en su rol de padres, entonces toda su atención se centrará en darnos argumentos de lo buenos padres que son, y no atenderán a los aspectos que pueden tener que mejorar, que es lo que nos interesa para el cambio. La dinámica ha de ser exactamente la contraria. El psicólogo llevará puestas sus «gafas de ver las cosas positivas» y les reforzará por todo lo que hacen bien, eso sí, siempre que sea cierto que lo hacen (por ejemplo, «qué merito traerlo a terapia con la cantidad de trabajo que tienes»; «mejor trabajar ahora para corregir algunos hábitos familiares que pueden ser mejorables —porque a nadie se le enseña a ser padre—, que luego cuando los problemas sean más complicados»; «qué suerte tiene su hijo de que sus padres se preocupen por él»).

Para comenzar una buena relación terapéutica con los padres hay que imbuirles de ilusión y reconocerles lo que hacen por sus hijos, sea mucho o poco, y anticiparles que el cambio siempre requiere «trabajo, trabajo y más trabajo», pero que nuestra ayuda será la de hacer fácil que puedan llevarlo a cabo, graduando y organizando los trabajos poco a poco para que puedan afrontarlo. Nunca es bueno que piensen que tienen que defenderse del terapeuta.

Aun así, no siempre será fácil encontrar hueco para un terapeuta en una relación entre padres e hijos en la que no saben qué hacer para solucionar sus problemas, se empecinan en posturas ineficaces, no están dispuestos a hacer los sacrificios necesarios para poner soluciones, no saben diferenciar entre los problemas graves y las discrepancias normales con sus hijos ni saben por dónde empezar a cambiar, tienen miedo a fracasar, temen ser puestos en evidencia, temen quedar en desventaja con respecto a lo que se esperaba de ellos o se sienten culpables. Pero estas dificultades pueden irse diluyendo en la relación terapéutica con los padres, hasta convertir a padres e hijos en los mejores aliados en la implementación de las terapias.

En general, resulta recomendable confiar en los padres (si no lo hacemos nosotros es más difícil que lo hagan ellos mismos), tratar de que en la terapia se practique exactamente cómo se hacen las cosas o cómo se harán o cómo se debían haber hecho, irles formando en un proceso de aproximaciones sucesivas, ir ajustando sus expectativas a los ritmos de los cambios que pueden ir esperando y, muy importante, que aprendan a diferenciar entre grandes obstáculos que aparecen en la terapia y pequeños obstáculos, y entre los comportamientos inadecuados y los inaceptables de sus hijos. Una adolescente con un trastorno depresivo y un trastorno antisocial se mostraba tan ilusionada con la terapia que decidió invitar a su novio —con conductas antisociales también— para que viniese con ella, sin consultarlo previamente. La madre consideró que aquello era

inaceptable y se pelearon. Como consecuencia de aquella pelea la adolescente dejó de venir y se fue de casa con su novio. Durante varias semanas el único punto de comunicación entre las dos fue nuestra terapia. La madre había considerado que era una conducta inaceptable que trajera al novio. Si hubiera valorado esta conducta como inadecuada, tal vez no hubiera reaccionado de forma tan exagerada y se hubiera evitado la pelea. Y si nos hubiera preguntado antes de enfadarse con su hija, le habríamos explicado que era algo positivo que quisiera involucrarlo. Con frecuencia los padres confunden lo que es bueno o malo, o lo que es inadecuado con lo que es inaceptable. Conviene pedirles que clarifiquen esto con sus hijos, pues las conductas inaceptables no pueden tener las mismas consecuencias que las inadecuadas. Podemos pedirles que hagan un listado de conductas inadecuadas (por ejemplo, no recoger la habitación y tenerla desordenada, irse de la habitación cuando no se siente cómodo con lo que le dicen sus padres, estropear la ropa) y otro de conductas inaceptables (por ejemplo, pegar a su hermano porque hace ruido, golpear a su madre cuando le dice algo que no le gusta, robar dinero de la cómoda para comprarse caprichos). La falta de discriminación de los padres sobre la gravedad de las conductas de sus hijos y la administración de consecuencias acordes con la gravedad de dichas conductas es un gran problema educativo que también se produce en la escuela. Laura, una adolescente de 15 años, estaba indignada porque sus padres la habían castigado un mes sin salir por haber estado presente en el patio del recreo mientras unas amigas de su clase amedrentaban a unas niñas dos cursos menores que ellas. Cuando Laura contó en su casa lo que había ocurrido en el patio, sus padres la reprendieron por haber consentido aquellas amenazas sin haber hecho nada. No hacer nada puede ser una conducta inaceptable que suele pasar desapercibida a los adolescentes, a los padres, a los maestros y, por qué no decirlo, a la sociedad en general.

En cuanto a los hijos, conviene que cuando son mayores de 12 años se les expliquen sus derechos de confidencialidad y privacidad y que tengan un terapeuta diferente al de sus padres para evitar que, incluso en el modo de hablar, puedan percibir que se les dicen las mismas expresiones que usan sus padres o que haya filtraciones de información involuntarias. Los niños y adolescentes deben confiar en su terapeuta y, por tanto, este validará sus objetivos para estar en la terapia, aunque estos no tengan nada que ver con los que tienen sus padres. Un adolescente puede venir a terapia para que le dejen salir por las noches más tiempo y sus padres para que estudie. El proceso terapéutico ya se encargará de que sus intereses confluyan y sus motivaciones vayan evolucionando. Pocos contextos hay como el de la familia, donde las personas implicadas sean tan importantes los unos para los otros, incluso cuando se tratan mal entre ellos. Obviar esto hará que se descarten a priori muchas estrategias de actuación que hubieran podido tener un efecto positivo. Por eso es tan importante que los terapeutas sepan poner en marcha sus habilidades para manejarse en este contexto tan específico de los hijos y sus padres, de la familia.

Finalmente, la relación con el contexto escolar, especialmente con los profesores, es mucho más puntual que con los padres, pero es fundamental comenzarla del modo adecuado, para que no se cierre esta puerta que tanto puede ayudar al cambio. Se pedirá formalmente hora para hablar con el profesor o para llamarle en el momento más adecuado y siempre con el permiso de los padres, y se abordará el asunto con modestia y empatía. En realidad, vamos a pedirle que nos ayude y, por tanto, tenemos que estar preparados para agradecerles, igualmente su atención si nos dice que no, entender sus razones y dar las gracias por habernos atendido, aunque se le explicará detalladamente en qué consistiría la ayuda y lo importante que es su papel, por la importancia que tiene en la educación del niño. Pocos profesores se resisten a estos argumentos y casi todos colaboran si se les permite participar y dar sus opiniones. Pero es importante darse cuenta de que muchos tienen una elevada carga de trabajo, unos alumnos que no dejan de evaluarles, la presión de sus jefes en el colegio y, además, unos padres que lo saben todo y se pasan la vida diciéndoles lo que deben o no hacer con sus hijos. Lo que menos necesitan los maestros para sentir que hacen bien su trabajo es un terapeuta «listillo» que les ponga tareas extras.

En cualquier caso, la complejidad de trabajar en diferentes contextos (la familia, el colegio, los amigos) es precisamente una gran ventaja que la psicoterapia tiene en su aplicación con niños y adolescentes y en comparación a su aplicación con adultos, cumpliéndose aquel dicho de que tu mayor enemigo puede convertirse en tu mejor aliado. El tener que implicar a los padres y profesores de un niño en una terapia puede resultar una tarea difícil, pero, cuando se consigue, el control que se ejerce sobre las conductas problemáticas del menor casi garantiza el éxito del cambio. Sería muy poco probable contar con este grado de control en las habituales situaciones de la terapia con adultos, pues no se suele contar con la ayuda del jefe de nuestro paciente en el trabajo para que refuerce sus conductas adecuadas o para que informe a sus familiares sobre su comportamiento y estos lo hagan. La posibilidad de «ligar contextos», es decir, de que el comportamiento del niño en el colegio a lo largo de una determinada mañana sea reforzado por los padres nada más llegar a casa, es una gran ventaja si se quiere influir sobre ese comportamiento, y para ello bastará con que el profesor rellene un autorregistro sencillo, un simple número del 0 a 10 en un papelito doblado, para así informar a los padres de «cómo se ha portado en tal o cual conducta». La entrega de ese registro del profesor a los padres a través del propio niño también tiene su efecto, uniendo la emisión de un comportamiento en un contexto a las consecuencias en otro contexto de modo bastante inmediato, lo cual ejemplifica un manejo de las contingencias muy beneficioso para el cambio.

NOTAS

1 Se entiende por modelo teórico una forma global de abordar, ordenar y conceptualizar un área de estudio, el tipo de problemas que se plantean, los tipos de información y metodologías que se pueden utilizar en investigación, y

la interpretación que se puede dar a los hallazgos empíricos. En este caso, el área de estudio es la psicopatología y su tratamiento. Un modelo es una orientación más amplia que una teoría. Esta es más específica y refleja una posición básica para entender un problema (por ejemplo, el trastorno de angustia) o un conjunto de problemas concretos (por ejemplo, los trastornos de ansiedad).

2 El dodo era un ave no voladora que vivía exclusivamente en la isla inhabitada de Mauricio, en el océano Índico, y su extinción a finales del siglo XVII lo ha convertido en el prototipo de especie extinta a causa de los seres humanos, ya que la llegada de los primeros colonizadores a la isla no solo provocó la caza masiva de dodos para alimentarse, sino también la introducción de nuevas especies en la isla (los perros, gatos y cerdos que trajeron los primeros habitantes) que depredaron sus huevos y crías, de manera que los dodos se extinguieron en apenas 52 años desde que la isla fue colonizada (Maas, 2010). Tanto la caza como la depredación se vieron favorecidas por el hecho de que el dodo era un ave terrestre que hacía sus nidos en la tierra y que no tenía enemigos naturales antes de la llegada del hombre.

3 Algunos traductores especializados, como por ejemplo Navarro (2015), prefieren traducir *effectiveness* como «eficacia real» y *efficacy* como «eficacia teórica». Sin embargo, la dicotomía «eficacia real» y «eficacia teórica» parece implicar que esta última es meramente especulativa y derivada de una teoría, cuando en realidad se trata de una eficacia demostrada empíricamente y, por tanto, tan «real» como la «eficacia real». En la propuesta de Navarro (2015) parece que pesa la idea de que los estudios sobre eficacia tienen que ver con la capacidad de un tratamiento para producir un efecto beneficioso en «condiciones ideales» de aplicación, idea que también recoge el *Diccionario de términos médicos* de la Real Academia Nacional de Medicina (2012). Sin embargo, tal como se comenta en el texto, la clave del concepto de eficacia es la relación causa-efecto entre el tratamiento y sus efectos beneficiosos, esto es, la clave del concepto sería la validez interna. Precisamente para evaluar mejor la relación causa-efecto para incrementar la validez interna de un estudio, esto es, para incrementar la validez de sus conclusiones sobre la relación causa-efecto, los estudios de eficacia se hacen en condiciones ideales de aplicación, para asegurarse así de que cualquier efecto encontrado es debido exclusivamente al tratamiento y no a otros factores externos, y, por tanto, para asegurarse de que existe «realmente» una relación causa-efecto entre el tratamiento y sus efectos beneficiosos. De hecho, además de las condiciones ideales de aplicación se utilizan otros procedimientos para establecer «realmente» esa relación causa-efecto, es decir, para aumentar la validez interna de las conclusiones del estudio (por ejemplo, utilización de grupos de control que excluyan el mayor número de amenaza a la validez interna, motivo por el cual se prefiere un grupo de control de placebo que simplemente un grupo de control de lista de espera). Esta idea quizá podría resumirse mejor en la distinción «eficacia interna» (la que se debe al propio tratamiento, a su capacidad para causar los efectos beneficiosos) frente a «eficacia práctica» (la que se produce en la práctica clínica habitual), pero dado que dicha distinción nunca ha sido utilizada en la literatura científica española, parece más conveniente, para no causar más confusión, utilizar la dicotomía «eficacia» frente a «utilidad clínica» que, además, es también muy habitual en la literatura científica en España, sobre todo en la literatura científica psicológica (Labrador y cols., 2000; Bados López y cols., 2002). Al fin y al cabo, el mayor problema con la distinción «eficacia» frente a «efectividad» viene con la utilización de este segundo término como traducción del inglés *effectiveness*, pero no con la utilización de «eficacia» como traducción del inglés *efficacy*.

4 Por ejemplo, el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence), de Reino Unido; el Consejo Nacional de Investigación Médica y de la Salud (NHMRC, National Health and Medical Research Council), de Australia; la Red Escocesa de Guías entre Colegios (SIGN, Scottish Intercollegiate Guidelines Network), que desarrolla guías clínicas para el Servicio Nacional de Salud de Escocia, y, en España, las instituciones que elaboran guías clínicas para el Ministerio de Sanidad (Beyondblue, 2011; Grupo de Trabajo, 2009a; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005; National Health and Medical Research Council, 2009; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2011).

5 En este contexto, se entiende por terapias los programas terapéuticos que incluyen varias técnicas.

6 Sobre la diferencia entre la clarificación y las técnicas de la terapia cognitiva, y al hilo de cómo se confronta al paciente con su forma de pensar en extremos, Weissman y cols. (2013, p. 202) argumentan: «No obstante, y de forma distinta a lo que se hace en terapia cognitiva, estos pensamientos irracionales no se catalogan, comprueban o argumentan de forma específica, sino que el terapeuta de TIP [terapia interpersonal] simplemente describe estos pensamientos como síntomas del episodio depresivo que están interfiriendo el funcionamiento interpersonal del paciente». En la misma dirección, Klerman y cols. (1984, pp. 15-16) señalan: «Al igual que la terapia cognitivo-conductual, la TIP [terapia interpersonal] está interesada en el pensamiento distorsionado de los pacientes sobre sí mismos y los demás, y sobre las opciones que tienen disponibles. El terapeuta de la TIP puede trabajar con un

paciente sobre su pensamiento distorsionado haciéndole notar las discrepancias entre lo que el paciente dice y lo que hace, o entre las normas de conducta del paciente y las de la sociedad en general. Pero, a diferencia de las terapias cognitivo-conductuales, la TIP no hace ningún intento de desvelar tales pensamientos distorsionados sistemáticamente mandando "tareas para casa" o asignando otras tareas, ni hay ningún intento de ayudar al paciente a desarrollar patrones de pensamientos alternativos mediante prácticas prescritas. Más bien, cuando surgen los indicios durante el curso de la terapia, el terapeuta llama la atención del paciente sobre su pensamiento distorsionado en relación con las personas significativas. A partir de ahí, el terapeuta insiste en que el paciente explore el efecto de este pensamiento desadaptativo en sus relaciones interpersonales».

Sobre la diferencia entre la planificación de actividades agradables típica de las terapias cognitivo-conductuales y el objetivo de la terapia interpersonal de ayudar a los pacientes con duelo a retomar intereses y relaciones que puedan sustituir a la relación pérdida, Klerman y cols. (1984, pp. 168) señalan a propósito del caso de una mujer con depresión tras el fallecimiento del marido: «El terapeuta de la TIP fue bastante menos directivo de lo que un terapeuta conductual o cognitivo hubiese sido. Aunque el terapeuta y la paciente definieron áreas generales sobre las que se trabajaría, no hubo una discusión explícita de objetivos específicamente señalados. (...) Los intentos de ayudar a la paciente a desarrollar nuevas actividades tomaron la forma de discusiones sobre opciones en las cuales el terapeuta implícitamente animaba a la paciente a intentar nuevas conductas. No se mandaron tareas para casa, el progreso se evaluó de una manera informal y se dieron sugerencias de manera moderada. En cambio, las terapias cognitivas y conductuales implican frecuentemente la discusión repetida y explícita de los progresos hechos, la asignación de tareas para casa y la planificación específica de las acciones que el paciente puede tomar».

7 Se estima que cada neurona tiene aproximadamente 10.000 conexiones o sinapsis procedentes de otras neuronas o células (Bear, Connors y Paradiso, 2016), por lo que multiplicando este número por el número de neuronas, resultaría que el cerebro humano tiene alrededor de 860 billones de sinapsis, una cifra ciertamente sobresaliente, sino «extraordinaria» (el número 86 seguido de 13 ceros).

8 Esta popularidad quedó inmortalizada, por ejemplo, en la canción que los Rolling Stones dedicaron al Valium en su disco *Aftermath*, publicado en 1966, y titulada *Mother's little helper (La pequeña ayuda de mamá),* o, posteriormente, en la escena de la película *Starting over* (*Comenzar de nuevo,* en España), de 1979, en la que su protagonista masculino, interpretado por Burt Reynolds, sufría una crisis de angustia en los famosos grandes almacenes Bloomingdale's y su hermano, interpretado por Charles Durning, preguntaba a una veintena de curiosos compradores que les observaban: «¿Alguien tiene un Valium?». Prácticamente todos ellos rebuscaban en los bolsillos de sus abrigos o en sus bolsos y les ofrecían su frasco de pastillas. A partir de los años noventa, el Prozac, primer nombre con el que se comercializó el primer antidepresivo ISRS, reemplazó al Valium como el psicofármaco favorito de los médicos y de los pacientes, y también ocupó su puesto en la cultura popular a través, por ejemplo, de la novela autobiográfica *Prozac Nation (Nación Prozac)*, de Elizabeth Wurtzel, publicada en 1994 y superventas en Estados Unidos, o de la película homónima de 2001 basada en dicha novela y protagonizada por Christina Ricci.

9 La farmacocinética y la farmacodinámica son dos disciplinas científicas que son ramas de la farmacología. La primera estudia qué hace el organismo con el fármaco una vez ingerido, es decir, estudia los procesos de absorción, distribución por el organismo, metabolización (o biotransformación) y excreción (o eliminación) de los medicamentos. La segunda estudia qué produce el fármaco en el organismo, es decir, estudia sus acciones y efectos, tanto deseables como indeseables, sobre los distintos aparatos, órganos y sistemas del organismo, y su mecanismo de acción farmacológico, bioquímico o molecular.

PARTE SEGUNDA

Trastornos depresivos en niños y adolescentes

3

Definición, clasificación y modelos explicativos de los trastornos depresivos

Durante un largo período de tiempo tanto la comunidad científica como el público en general creyeron en el mito del niño feliz. Desde la perspectiva del hombre de la calle, la niñez siempre se ha identificado con un período feliz de la vida; los niños no tienen razones para deprimirse, ya que la depresión es un problema de adultos, vinculado a los problemas de pareja, el paro, los problemas laborales, el divorcio, etc. Es más, muchos adultos comentan actualmente que a los niños de hoy en día, al menos en las sociedades desarrolladas como la española, no les falta de nada, lo tienen todo: juguetes, ordenadores, videoconsolas, ropas de marca e incluso teléfonos inteligentes, por lo que aún tendrían menos razones para deprimirse. Durante décadas la comunidad científica también compartió ese mito, aunque por razones diferentes. Así, aunque a principios del siglo XX varios psiquiatras y paidopsiquiatras europeos habían llamado la atención sobre el fenómeno de la depresión infantil, esta desaparece de la literatura científica alrededor de los años treinta, cuando las teorías psicoanalíticas ortodoxas dominan la psicopatología infantil y se niegan a admitir las depresiones en la infancia. La visión psicoanalítica ortodoxa de la depresión requiere el desarrollo de un yo y un superyó bien estructurados y, por tanto, no es posible que se dé en la infancia. Las únicas excepciones a esta posición fueron los trabajos de dos psicoanalistas heterodoxos, Spitz y Bowlby, quienes estudiaron los efectos negativos de la separación materna en los niños pequeños, efectos que conformaban un síndrome caracterizado por llanto, retraimiento, desinterés, apatía, descenso del apetito, mayor morbilidad y estancamiento en el desarrollo físico, y al que denominaron «hospitalismo» o «depresión anaclítica», respectivamente.

En los años sesenta del siglo XX la comunidad científica vuelve a hablar de depresión infantil, pero se la considera formada por un conjunto de síntomas que no son propiamente depresivos (por ejemplo, fobias, enuresis, dolores de cabeza, fracaso escolar, conductas delictivas) y a los que se califica de «equivalentes depresivos». Se propuso entonces el concepto de «depresión enmascarada», fundamentado esencialmente en un criterio a posteriori —que tales síntomas respondieran a un fármaco «antidepresivo»—, y que llevó a una situación caótica en la que, prácticamente, se podía considerar cualquier conducta anómala como un síntoma depresivo, sin que se pudieran establecer criterios a priori adecuados para discernir la depresión de otros trastornos

infantiles.

A partir de 1970 la aceptación de la depresión infantil como concepto científico es casi unánime, y las divergencias teóricas se centran entre aquellos autores que consideran que es equiparable a la del adulto y, por tanto, se puede diagnosticar y evaluar con los mismos criterios e instrumentos, y aquellos otros, fundamentalmente psicopatólogos del desarrollo, que sugieren que los síntomas depresivos varían según la edad y, por consiguiente, los criterios para la depresión del adulto no serían aplicables a los niños.

Con la publicación en 1980 de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM–III) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1980/1983), se consolida la opinión de que los síntomas esenciales de la depresión son similares en niños, adolescentes y adultos, aunque la edad modifica la frecuencia de algunos síntomas y cómo se expresan.

1. DEFINICIÓN DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Cuando se habla coloquialmente de depresión (por ejemplo, «mi hijo está deprimido», «estoy depre») se alude con el mismo término a tres conceptos diferentes, pero relacionados. Por un lado, a la *tristeza normal.* De hecho, el sentirse triste, apenado o abatido es una de las condiciones de malestar psicológico más frecuente en los seres humanos, y los niños y adolescentes no son ajenos a este sentimiento normal. Sin embargo, estos estados de ánimo bajo, tan frecuentes en cualquier niño, adolescente o adulto, deben diferenciarse de la depresión como síntoma, como síndrome y como trastorno. La depresión como síntoma se refiere a una tristeza de carácter patológico, para lo cual hay que valorar la frecuencia, intensidad y duración de la misma. La tristeza normal se convierte en síntoma cuando aparece con mucha frecuencia y durante mucho tiempo, por ejemplo, casi cada día y durante la mayor parte del día, y cuando es tan intensa que, por ejemplo el niño o adolescente llora de forma exagerada, desconsolada, incontrolable y afligida por casi cualquier cosa. Esta tristeza patológica o estado de ánimo deprimido está presente en la mayor parte de los trastornos psicológicos y en muchas condiciones médicas.

Por otro lado, la depresión también hace referencia a un *síndrome,* es decir, a un conjunto de síntomas relacionados que aparecen y desaparecen conjuntamente y que suele estar formado por los síntomas de tristeza, irritabilidad, pérdida de interés, fatiga, sentimientos de inutilidad y culpabilidad, enlentecimiento psicomotor, insomnio, ideas de suicidio, falta de apetito, pérdida de peso y dificultad para concentrarse. Un síndrome que también encontramos en los niños y adolescentes, en muchas ocasiones acompañando a otros trastornos mentales (por ejemplo, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad por separación) o a enfermedades médicas (por ejemplo, cáncer). De nuevo, es importante recordar que con frecuencia los niños y adolescentes se sienten

tristes, desganados, irritables, cansados, culpables o inapetentes, pero que es preciso diferenciar la aparición conjunta de estos comportamientos normales de la presencia de un síndrome de depresión. Para diferenciar lo que podría considerarse «normal» de aquello que consideraríamos «síntoma» de depresión hay que valorar, tal y como se comentaba antes, la frecuencia, intensidad y duración de estos comportamientos. Las quejas de cansancio se convierten en síntomas depresivos cuando, por ejemplo, aparecen todos los días, independientemente de si ese día el niño ha tenido colegio y actividades extraescolares o si es fiesta y se ha quedado descansando en casa, o cuando dichas quejas se refieren, por ejemplo, a que cualquier actividad cotidiana como lavarse y vestirse resultan agotadoras, requieren un gran esfuerzo y llevan el doble de tiempo de lo normal en ese niño. En relación con este último ejemplo, precisamente la valoración de los comportamientos respecto a los niveles previos y al funcionamiento habitual del niño o adolescente es otro aspecto clave para la detección de los síntomas depresivos infantiles. Así, por ejemplo, no mostrar deseo de jugar al escondite con los compañeros de clase no puede considerarse un síntoma de desinterés cuando anteriormente el niño tampoco mostraba ninguna preferencia por esta actividad. Además, otro elemento muy importante que puede ayudar a detectar la presencia de síntomas depresivos y distinguirlos de comportamientos más o menos normales y pasajeros es el grado de interferencia que producen los supuestos síntomas en la vida diaria del niño o adolescente. En la medida en que, por ejemplo, la tristeza, la irritabilidad, el desinterés, los sentimientos de inutilidad y la fatiga interfieran con la actividad escolar o social del menor, es probable que nos encontremos ante un síndrome depresivo.

Finalmente, el término depresión alude también a un *trastorno*, es decir a un síndrome depresivo para el cual se han especificado ciertos parámetros de duración (por ejemplo, los síntomas aparecen durante un período mínimo de dos semanas), gravedad (por ejemplo, el síndrome incluye al menos cinco síntomas y estos provocan un malestar clínicamente significativo), curso o historia natural (por ejemplo, los síntomas representan un cambio respecto a la actividad previa) y disfuncionalidad (por ejemplo, los síntomas provocan deterioro social o escolar), y, además, se han descartado algunas posibles causas (por ejemplo, enfermedades médicas, ingestión de medicamentos o drogas, duelo, esquizofrenia).

Actualmente, la opinión más consensuada es que la fenomenología básica de los trastornos depresivos es siempre la misma en cualquier edad, pero que esta modifica la frecuencia de algunos síntomas y la expresividad sintomatológica de la mayoría. Por ejemplo, en los niños más pequeños son más frecuentes los síntomas psicofisiológicos y motores, mientras que en los niños más mayores y en la adolescencia son más frecuentes los síntomas cognitivos. Igualmente, en los niños síntomas tales como las afecciones somáticas o el retraimiento social pueden ser particularmente frecuentes, mientras que síntomas como el enlentecimiento psicomotor o la hipersomnia son menos corrientes que en la adolescencia o en la edad adulta. En consecuencia, en los niños y adolescentes se

definen los mismos tipos de depresión que en los adultos y solo se matizan ligeramente los criterios diagnósticos en función de la edad (por ejemplo, en el caso de los niños la tristeza puede ser reemplazada por la irritabilidad y la duración de sintomatología depresiva en la distimia se rebaja de 2 años en los adultos a un año).

En conclusión, es casi seguro que todos los niños y adolescentes han estado alguna vez tristes en su vida y es posible que muchos de ellos hayan experimentado alguna vez un síntoma depresivo, pero es mucho más improbable que hayan sufrido un síndrome depresivo o un trastorno depresivo tal y como se definen clínicamente. No obstante, esto no quiere decir que los trastornos depresivos sean un problema insólito y sin importancia en la infancia y adolescencia, sino todo lo contrario, tal y como se comentó en el capítulo 1.

Además de las consideraciones ya realizadas para diferenciar lo que podrían considerarse comportamientos normales de aquellos que son síntomas depresivos, para detectar la presencia de un trastorno depresivo infantil o adolescente es importante recordar:

1. Que los síntomas clave de la depresión son la tristeza y la pérdida de interés en cosas que anteriormente el menor encontraba placenteras.
2. Que la tristeza puede a veces no ser evidente y, en su lugar, pueden aparecer sentimientos de irritabilidad o enfado en forma de explosiones de genio ante sucesos triviales, insultos o peleas, y el derrumbarse por nimiedades, todo lo cual debe diferenciarse del patrón de «niño mimado», en el que la irritabilidad se presenta únicamente ante las frustraciones, es decir, cuando el niño o adolescente no consigue o se le priva de objetos y actividades que desea (por ejemplo, que se le compre una golosina o un juguete o que se le deje jugar más tiempo a la videoconsola), no de forma habitual y ante cualquier situación.
3. Que los síntomas y su expresión varían con la edad. Así, por ejemplo, en los niños más pequeños son más frecuentes los síntomas psicofisiológicos y motores, mientras que en los niños más mayores y en la adolescencia son más frecuentes los síntomas cognitivos.

En este sentido, la tabla 3.1 puede dar una idea de las principales características de la depresión en niños y adolescentes según la edad de los menores.

TABLA 3.1
Variaciones sintomatológicas de la depresión infantil según la edad (las casillas en blanco significan ausencia de variaciones significativas)

Síntoma depresivo	**Niños pequeños (menores de 6 años)**	**Niños mayores (6 -12 años)**	**Adolescentes (13-18 años)**
Estado de ánimo	Irritabilidad (rabietas,	Tristeza	Tristeza, variabilidad,

triste o irritable	conductas destructivas) y tristeza		irritabilidad (malhumor, ira y rebeldía)
Anhedonia	Menos juego con amigos	Aburrimiento	Pasotismo
Cambios de apetito o peso	Problemas con las comidas, pérdida de apetito, no ganancia de peso, pérdida de peso, engullir		Pérdida de apetito, ganancia lenta de peso, pérdida de peso, comer en exceso, obesidad
Cambios en el patrón de sueño	Pesadillas, terrores nocturnos, resistencia a irse a la cama, insomnio intermedio		Insomnio, hipersomnia
Lentitud o agitación psicomotora	Menos actividad física	Hipomotilidad, agitación	
Fatiga o pérdida de energía			Cansancio, fatiga, falta de energía
Sentimientos de inutilidad o culpa	Llamarse «tonto», preocupación por el castigo, preocupación por el fracaso	Baja autoestima, autodesprecio, autoagresividad, autocrítica, sentimientos de culpa	Preocupación por la imagen corporal, baja autoestima, autodesprecio
Concentración disminuida o indecisión		Problemas atencionales	Menos pensamiento abstracto, indecisión
Pensamientos sobre la muerte, ideación y conductas de suicidio	Autoagresiones en la cabeza, arañazos, tragarse objetos, mayor riesgo de lesiones	Ideas, planes e intentos de suicidio	Ideas, planes e intentos de suicidio; suicidios violentos

FUENTE: tomado con modificaciones de Méndez (1998, 2001, pp. 42-43).

2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Según la clasificación diagnóstica de la Asociación Americana de Psiquiatría recogida en su *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales,* 4.a ed. (DSM-IV; APA, 1994/1995, 2000/2002), quizá la más utilizada e influyente en la actualidad, a pesar, incluso, de la reciente publicación de su quinta edición o DSM-5 (APA, 2013/2014), se suelen considerar dos tipos principales de trastornos depresivos: trastorno depresivo mayor y trastorno distímico, dos trastornos que también distingue la otra gran clasificación diagnóstica actual, la *Décima Revisión de la Clasificación*

Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1992), que propone, como se verá más adelante, prácticamente los mismos criterios para su diagnóstico que el DSM-IV.

Según el DSM-IV, el **trastorno depresivo mayor** (a veces denominado depresión unipolar) se caracteriza por la presencia la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas, de estado de ánimo triste o irritable, o de pérdida del interés y de la capacidad para disfrutar de actividades que antes eran placenteras (anhedonia). Además, durante ese período el niño o adolescente también experimenta al menos otros cuatro síntomas de una lista de siete que incluye: cambios de apetito o peso (o incapacidad para conseguir el peso apropiado para su edad); cambios en el patrón de sueño (insomnio o hipersomnia); cambios en la actividad psicomotora (agitación o enlentecimiento); falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Cuando la aparición de estos síntomas no se ha producido por el efecto directo de una enfermedad médica o de la ingestión de medicamentos o drogas, o no se explica mejor por la muerte reciente de un ser querido o por la presencia de un trastorno psicótico o un trastorno bipolar, y cuando tales síntomas se experimentan con un intenso sufrimiento e interfieren con la capacidad para estudiar, jugar o salir con los amigos y, en general, con el funcionamiento cotidiano del menor, estamos ante la presencia de un trastorno depresivo mayor. No todos los niños y adolescentes con trastorno depresivo mayor padecen de todos los síntomas y con la misma duración. La gravedad de los síntomas varía en cada niño o adolescente y también puede variar con el tiempo. Algunos padecen de unos pocos síntomas, otros tienen muchos; algunos experimentan tales síntomas durante semanas, otros durante meses; en algunos la remisión del trastorno (un período de al menos 2 meses sin síntomas o solo con uno o dos de gravedad leve) es total y no volverán a experimentar ningún episodio depresivo en el futuro, mientras que otros, lamentablemente los más (alrededor del 70 %), sufrirán otro episodio depresivo mayor antes de cinco años habiendo experimentado una remisión de los síntomas entre ambos episodios o, incluso, sin haber experimentado remisión alguna entre los episodios.

Precisamente por esta variabilidad en el curso del trastorno depresivo mayor es importante distinguir a los niños y adolescentes que acuden a tratamiento con síntomas que se han desarrollado recientemente y por primera vez de aquellos otros niños y adolescentes cuyos síntomas son una exacerbación de un episodio anterior o que han sufrido en el pasado algún otro episodio depresivo, ya que entre estos últimos es más probable la presencia de trastornos de ansiedad y de factores de personalidad disfuncionales y menos probable que el tratamiento consiga una reducción total de los síntomas. De hecho, por esta razón, el DSM-IV (así como la CIE-10 y el DSM-5) aconseja especificar si el trastorno depresivo mayor representa un *episodio único* o es un *episodio recurrente o recidivante* (véase la tabla 3.3).

El **trastorno distímico** o **distimia** es un tipo de depresión menos grave, que incluye síntomas depresivos no tan incapacitantes como los del trastorno depresivo mayor, pero que, sin embargo, son muy prolongados, crónicos, e interfieren también en el funcionamiento y el bienestar del niño o adolescente. En concreto, y siguiendo el DSM-IV (APA, 1994/1995, 2000/2002), se habla de trastorno distímico en los niños y adolescentes cuando está presente durante un período mayor a un año un estado de ánimo triste o irritable prácticamente a diario y adicionalmente al menos dos de los siguientes seis síntomas: baja autoestima, desesperanza, pérdida o aumento de apetito, cambios en el patrón de sueño, falta de energía o fatiga, y dificultad para concentrarse o tomar decisiones. Estos síntomas pueden variar en intensidad a lo largo de los años o incluso desaparecer durante períodos breves de tiempo que no suelen durar más de dos meses. Los síntomas formarían parte de un trastorno distímico si, además, su aparición no se hubiese producido por el efecto directo de una enfermedad médica o de la ingestión de medicamentos o drogas, o no se explicasen mejor por la presencia de un trastorno psicótico o un trastorno bipolar.

En resumen, y como ya se ha indicado, los dos grandes sistemas de clasificación diagnóstica psicopatológica, el del DSM-IV y el de la CIE-10, distinguen ambos, dentro del concepto global de trastornos depresivos en niños y adolescentes, dos trastornos principales, el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico (o distimia), basados en dos síndromes depresivos muy parecidos en ambos sistemas (véase la tabla 3.2). Así, por ejemplo, ambos sistemas comparten la idea de que los dos síntomas principales de los trastornos depresivos son el bajo estado de ánimo y la anhedonia (aunque la CIE-10 incluye además el aumento de la fatigabilidad), que la duración mínima de los síntomas depresivos debe ser al menos dos semanas en el caso del trastorno depresivo mayor o más de un año en el caso del trastorno distímico (en concreto, la CIE-10 requiere una duración mínima de dos años, ya que este criterio para la distimia adulta no se matiza a la baja en el caso de los niños y adolescentes como sí lo hace el DSM-IV), y que los síntomas deben provocar en el niño o adolescente malestar clínicamente significativo o dificultades para llevar a cabo su actividad escolar, familiar o social o deterioro de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Es más, tal y como se puede observar en la tabla 3.2, los dos conceptos muestran muchas coincidencias en los síntomas definitorios, más allá del estado de ánimo deprimido y de la anhedonia, como por ejemplo fatigabilidad o pérdida de energía o vitalidad, aumento o disminución del peso o apetito, alteraciones del sueño, e ideación y conductas suicidas. Así, respecto a la definición del episodio depresivo, ambas definiciones, la del DSM-IV y la de la CIE-10, son prácticamente idénticas, ya que comparten nueve síntomas diagnósticos de un total de nueve para el DSM-IV y de diez para la CIE-10, con la única diferencia de que la CIE-10 incluye un síntoma diagnóstico cognitivo más (pérdida de confianza y autoestima y sentimientos de inferioridad, que considera distintos del sentimiento inapropiado de culpabilidad) y que el DSM-IV

amplía el criterio sintomático de estado de ánimo para incluir la irritabilidad en los niños y adolescentes. En relación con el trastorno distímico, el solapamiento de síntomas diagnósticos es menor, pero aun así importante: todos los síntomas de la definición del DSM-IV (salvo uno, aumento/disminución del peso o apetito) se incluyen en la definición de la CIE-10, pero esta añade cinco síntomas más, uno anímico (llanto fácil), dos motores (aislamiento social y disminución de la locuacidad) y dos cognitivos (sentimiento de incapacidad para enfrentarse con las responsabilidades de la vida diaria y pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado).

La reciente publicación del DSM-5 no ha supuesto muchos cambios respecto al DSM-IV y la CIE-10 en la forma general de entender los trastornos depresivos. De hecho, como puede observarse en las tablas 3.2 y 3.3, el DSM-5 sigue manteniendo la distinción básica entre trastorno depresivo mayor y trastorno distímico, aunque a este último le denomina trastorno depresivo persistente, y los criterios diagnósticos para ambos trastornos son iguales a los del DSM-IV, incluidos los síntomas clave y los requisitos de duración, salvo por dos matices.

El primero tiene que ver con el cambio en la denominación del trastorno distímico, que responde a las dificultades para encontrar diferencias científicamente relevantes entre el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor crónico, aludiendo con esta última etiqueta a aquellos trastornos depresivos caracterizados por un episodio depresivo único de dos años o más de duración o por múltiples episodios depresivos entre los cuales no hay recuperación total y en total duran dos o más años. En el DSM-5 estas tres formas crónicas de depresión se agrupan en una misma categoría que se denomina **trastorno depresivo persistente** (véase la tabla 3.3), y sus criterios diagnósticos son idénticos a los del trastorno distímico del DSM-IV, salvo por la inclusión de un criterio adicional para señalar precisamente que el trastorno depresivo mayor crónico también forma parte de esta categoría.

TABLA 3.2

Síntomas que incluyen los criterios diagnósticos de los principales trastornos depresivos del DSM-IV (APA, 1994/1995, 2000/2002), la CIE-10 (WHO, 1992) y el DSM-5 (APA, 2013/2014): trastorno depresivo mayor (TDM) y trastorno distímico o distimia o trastorno depresivo persistente (TD)

	DSM-IV		**CIE-10**		**DSM-5**	
	TDM	**TD**	**TDM**	**TD**	**TDM**	**TD**
Anímicos						
Estado de ánimo deprimido	X	X	X	X	X	X
Llanto fácil				X		
Estado de ánimo irritable	X[a]				X[a]	

Motivacionales						
Disminución o pérdida del placer o interés	X		X	X	X	
Físicos						
Fatigabilidad o pérdida de energía o vitalidad	X	X	X	X	X	X
Aumento/disminución del peso o apetito	X	X	X		X	X
Insomnio, hipersomnia o alteraciones del sueño	X	X	X	X	X	X
Motores						
Agitación o enlentecimiento psicomotor	X		X		X	
Conducta o intentos suicidas	X(*b*)		X(*b*)		X(*b*)	
Aislamiento social				X		
Disminución de la locuacidad				X		
Cognitivos						
Sentimientos excesivos o inapropiados de inutilidad o culpa o autorreproches desproporcionados	X		X		X	
Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones	X	X	X	X	X	X
Ideas recurrentes de muerte o suicidio	X(*b*)		X(*b*)		X(*b*)	
Pérdida de confianza y autoestima, y sentimientos de inferioridad		X	X	X		X
Sentimientos de desesperanza o desesperación		X		X		X
Sentimiento de incapacidad para enfrentarse con las responsabilidades de la vida diaria				X		
Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado				X		
Número de criterios diagnósticos sintomáticos(*c*)	**9**	**7**	**10**	**12**	**9**	**7**

(*a*) Solo se considera en niños y adolescentes y como parte del criterio diagnóstico relativo al estado de ánimo.

(*b*) La ideación suicida o sobre la muerte y los actos/intentos suicidas se consideran un mismo criterio diagnóstico.

(*c*) Se refiere al número de criterios sintomáticos que proponen el DSM-IV, la CIE-10 y el DSM-5; obsérvese que en la tabla algunos criterios se han dividido en dos, según indican las notas señaladas con los superíndices (*a*) y (*b*).

El segundo matiz está relacionado con los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor, entre los cuales el DSM-5 ha eliminado el **criterio de exclusión de duelo** que incluía el DSM-IV y que se aplicaba a los síntomas depresivos que duraban menos de dos meses tras la muerte de un ser querido. En este caso, y salvo que tales síntomas fueran muy incapacitantes o incluyesen síntomas muy graves (por ejemplo, ideas de suicidio, enlentecimiento psicomotor, alucinaciones, delirios), el DSM-IV no los consideraba parte de un trastorno depresivo mayor. La eliminación de este criterio en el DSM-5 ha sido muy polémica y criticada.

TABLA 3.3
Correspondencia entre los principales tipos de trastornos depresivos del DSM-5 (APA, 2013/2014) y los del DSM-IV (APA, 1994/1995, 2000/2002) y la CIE-10 (WHO, 1992)

DSM-5	DSM-IV	CIE-10
— Trastorno depresivo mayor, episodio único.	— Trastorno depresivo mayor, episodio único.	— Episodio depresivo.
— Trastorno depresivo mayor, recidivante.	— Trastorno depresivo mayor, recidivante.	— Trastorno depresivo recurrente.
— Trastorno depresivo persistente.	— Trastorno distímico. — Trastorno depresivo mayor, episodio único [de 2 años o más de duración]. — Trastorno depresivo mayor, recidivante (sin recuperación interepisódica total) [en 2 años o más].	— Distimia. — Episodio depresivo [de 2 años o más de duración]. — Trastorno depresivo recurrente [sin recuperación interepisódica total en 2 años o más].
— Trastorno disfórico menstrual.	— Trastorno depresivo no especificado.	— Otros trastornos del humor (afectivos) especificados.
— Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.	— No existe.	— No existe.

El texto entre corchetes no corresponde al nombre del trastorno ni a ningún especificador del diagnóstico y se ha añadido para aclarar la correspondencia.

El duelo es una reacción natural y fundamentalmente emocional a la muerte de una persona querida que incluye diversas conductas tanto cognitivas o motoras-sociales como fisiológicas-somáticas, incluyendo, entre otras, estado de ánimo deprimido, añoranza, soledad, búsqueda del fallecido, sensación de que el fallecido está presente y sensación de estar en continua comunicación con la persona (Stroebe y cols., 2001; Goodkin y cols., 2001). En los niños y adolescentes estas conductas de duelo pueden ser

muy diferentes, con una mayor presencia de reacciones motoras (por ejemplo, conductas desafiantes, de aislamiento y mutismo, agresivas) y de emociones distintas a la tristeza (por ejemplo, irritabilidad, rabia), y van a depender mucho de la edad del menor y sus correspondientes capacidades cognitivas, emocionales y sociales, ya que, por ejemplo, la capacidad de comprender la muerte depende de su desarrollo cognitivo, de manera que algunos niños más pequeños pueden creer que la persona fallecida va a volver o que en realidad está dormida y no es hasta después de los 6 años que los niños empiezan a entender el carácter definitivo, irreversible y de fin de las funciones vitales que tiene la muerte.

Algunos niños y adolescentes, como parte de su reacción de duelo, presentan síntomas (en el sentido de conductas cuya frecuencia, intensidad o duración son disfuncionales y generan malestar significativo; véase el capítulo 1) que también son característicos de la depresión, tales como sentimientos de tristeza, insomnio, pérdida de apetito o de peso; sin embargo, tanto sus padres como, en el caso de los adolescentes o los niños más mayores, ellos mismos, valoran dichos síntomas como normales. A pesar de ello, puede que los padres lleven a consulta a esos niños y adolescentes para aliviar esa tristeza y los síntomas asociados de insomnio o pérdida de apetito, pero, por sí mismo, esto no implicaría que dichos síntomas son depresivos. Sin embargo, hay niños y adolescentes que, tras la muerte de un ser querido, presentan síntomas que aun siendo compartidos por el duelo y la depresión, son especialmente graves (por ejemplo, pérdidas de peso importantes, alteraciones graves del sueño), o bien están muy alejados de la experiencias habituales de duelo y son típicamente depresivos (por ejemplo, ideación suicida, experiencias alucinatorias diferentes de las percepciones transitorias de oír o ver a la persona fallecida, preocupaciones excesivas sobre la propia valía, o sentimientos de culpa sobre temas que van más allá de lo que se hizo o se dejó de hacer en el momento de la muerte de la persona querida). En estos casos se puede sospechar la presencia de un trastorno depresivo mayor, pero, obviamente, su diferenciación del duelo puede ser especialmente complicada.

El criterio de exclusión de duelo del DSM-IV proporciona al profesional otro punto de referencia adicional para hacer esa distinción, más allá de su propio criterio clínico para determinar si una determinada conducta, por su gravedad o disfuncionalidad, se podía considerar un síntoma de duelo y si ese síntoma, por su excesiva gravedad o disfuncionalidad o porque no es habitual entre los niños y adolescentes que atraviesan un duelo, y sí lo es entre los que sufren de trastorno depresivo, se puede considerar más propiamente un síntoma depresivo. Además, este punto de referencia adicional es claro y poco susceptible a la interpretación subjetiva: 2 meses.

Por tanto, su supresión podría aumentar la probabilidad de que los profesionales, basándose solamente en su criterio clínico sobre si los síntomas son muy incapacitantes o representan síntomas muy graves, cometieran más errores de sobrediagnóstico al identificar un trastorno depresivo mayor, por ejemplo en un niño que acaba de sufrir la

muerte de uno de sus abuelos hace apenas tres semanas, pero que un mes más tarde se ha recuperado ya en cierta medida de esa pérdida. Por tanto, su supresión, en línea con lo comentado en el capítulo 1, podría aumentar los riesgos de patologización de las conductas normales, como son, en este caso, las reacciones de duelo; además, podría obstaculizar el proceso de recuperación normal del niño o adolescente en la medida que la identificación del trastorno pudiera suponer cierta estigmatización y la asunción de un rol más pasivo en la propia recuperación o resolución del duelo. Por último, en la medida en que los pediatras o los médicos de atención primaria son en España la puerta de entrada de la mayoría de los niños y adolescentes al sistema de salud, y considerando que la principal herramienta que utilizan estos profesionales para tratar los trastornos depresivos son los fármacos antidepresivos, la supresión del criterio de exclusión podría incrementar el riesgo de un aumento entre los niños y adolescentes con duelo del consumo de psicofármacos, con sus posibles efectos secundarios (véase el capítulo 5).

Bien es cierto que la utilización del criterio de exclusión parece suponer que el duelo tan solo dura 2 meses, cuando en realidad la duración más habitual del mismo es de 1 o 2 años. También es cierto que la CIE-10 tampoco incluye el criterio de exclusión de duelo entre sus pautas diagnósticas para los trastornos depresivos. Además, hay estudios que no han encontrado diferencias sistemáticas en factores genéticos, patrones de comorbilidad, riesgo de cronicidad o recurrencia, factores de personalidad o respuesta terapéutica entre el trastorno depresivo mayor producido por el fallecimiento de una persona significativa y el producido por otros estresores graves como, por ejemplo, haber sido víctima de una violación o de una agresión física o sufrir una tetraplejia tras haber tenido un accidente de tráfico (Kendler, Myers y Zisook, 2008; Lamb, Pies y Zisook, 2010; Zisook, Shear y Kendler, 2007). Sin embargo, una revisión más reciente de Wakefield y First (2012) indicaba que los datos de esos estudios no eran concluyentes y que, de hecho, había estudios que sí habían encontrado esas diferencias respecto a la recurrencia y son favorables al mantenimiento del criterio de exclusión. Por último, asumiendo que la mayoría de los niños y adolescentes que han vivido la muerte de una persona querida no desarrollan un trastorno depresivo mayor (lo cual no quiere decir que el dolor del duelo no sea muy intenso), cabría la posibilidad de que la supresión del criterio de exclusión ayudara a detectar mejor a aquellos menores que en realidad sí lo han desarrollado y, por tanto, ayudara a aumentar la probabilidad de que esos niños y adolescentes pudieran recibir un tratamiento temprano y beneficiarse del mismo.

En conclusión, existen argumentos a favor y en contra de la supresión del criterio de exclusión de duelo en el DSM-5. Sin embargo, dado que en el ámbito infantil y adolescente los límites entre lo normal y lo patológico son más difusos y los riesgos de una medicación innecesaria son más graves, ya que no hay datos suficientes sobre la seguridad y eficacia de los psicofármacos en los trastornos depresivos (véase el capítulo 5), parece más prudente mantener dicho criterio de exclusión, máxime cuando el mismo no es muy exigente (2 meses) y permite implementar fácilmente un calendario de

consultas de seguimiento para prevenir que el menor realmente deprimido pase desapercibido, lo cual, *a priori*, parece más eficiente que el sobrediagnóstico y la sobremedicación que pudieran resultar de su supresión.

Más allá de las dos matizaciones señaladas, el principal cambio que introduce el DSM-5 respecto al DSM-IV y a la CIE-10 en lo que concierne a los trastornos depresivos es la inclusión de dos nuevos trastornos: el **trastorno disfórico premenstrual** y el **trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo** (véase la tabla 3.3). El primero se caracteriza por la presencia, en la mayoría de los ciclos menstruales durante un año, de cinco síntomas (depresión, ansiedad, irritabilidad, labilidad emocional y otros síntomas depresivos y físicos) durante la semana precedente a la menstruación y que luego desaparecen. El segundo es un trastorno específico en niños y adolescentes (6-18 años) y se caracteriza por accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (por ejemplo, rabietas verbales) o conductualmente (por ejemplo, agresión física a personas o propiedades) con una intensidad o duración desproporcionadas a la situación, que no concuerdan con el grado de desarrollo del menor y que se producen, como media, tres o más veces por semana, durante al menos 12 meses, y también se caracteriza por un estado de ánimo persistentemente irritable la mayor parte del día, casi todos los días, observable por otras personas (por ejemplo, padres, maestros, compañeros) y que también dura al menos 12 meses.

La inclusión de estos dos nuevos trastornos también ha despertado críticas respecto a la posibilidad de que supongan la patologización y medicalización de problemas cotidianos, especialmente el segundo. El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se introdujo en el DSM-5 para evitar el sobrediagnóstico del trastorno bipolar en niños y adolescentes y su tratamiento innecesario, puesto que la irritabilidad y los accesos de cólera que presentan muchos menores estaban siendo interpretados como síntomas de manía o hipomanía hasta provocar una verdadera «epidemia» de trastornos bipolares entre los niños y adolescentes americanos, epidemia que no respondía a ningún criterio científico sólido (Blader y Carlson, 2007). Sin embargo, sus características se asemejan demasiado a las típicas rabietas infantiles y a los típicos enfados adolescentes, muy frecuentes en la población joven y que parecen depender, en gran medida, del aprendizaje de habilidades de autocontrol, incluida la capacidad de tolerar la frustración, y que, a su vez, depende en parte de las pautas de crianza y de los modelos familiares. Por tanto, aunque en su diagnóstico se han introducido rigurosos criterios respecto al curso (por ejemplo, los accesos de cólera se deben producir tres o más veces por semana, durante al menos 12 meses), gravedad y extensión de sus síntomas (por ejemplo, los síntomas deben estar presentes al menos en dos de tres contextos —en casa, en la escuela, con los compañeros— y ser graves al menos en uno de ellos), cabe la posibilidad de que, finalmente, los problemas de sobrediagnóstico y sobremedicación del trastorno bipolar en niños y adolescentes acaben en problemas de sobrediagnóstico y

sobremedicación del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y, por ende, una vez más, en problemas de patologización y medicalización de los problemas de la vida cotidiana.

Además, es posible que los problemas de sobrediagnóstico del trastorno estén también vinculados a la presencia de comportamientos negativistas y desafiantes en niños y adolescentes. El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo comparte algunas características importantes con el trastorno negativista desafiante (por ejemplo, dos de los criterios de este último trastorno implican la existencia de comportamientos coléricos y pataletas durante al menos 6 meses), de manera que, según el DSM-5, ambos diagnósticos no pueden coexistir, y cuando se cumplen los criterios para ambos, tan solo se debe diagnosticar el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Dado que el comportamiento negativista es una característica típica de ciertos estadios del desarrollo (por ejemplo, primera infancia y adolescencia) y, en el caso de la adolescencia, puede deberse al proceso de individualización normal, es posible que los problemas de sobrediagnóstico y sobremedicación que también presenta el trastorno negativista desafiante acaben igualmente en problemas de sobrediagnóstico y sobremedicación del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Habrá que esperar a los resultados de la investigación futura con el DSM-5 para tener una opinión más fundamentada sobre las ventajas y limitaciones de estos dos nuevos trastornos. Mientras tanto, parece más conveniente centrarse en los dos trastornos depresivos sobre los cuales las tres principales clasificaciones diagnósticas (DSM-IV, CIE-10 y DSM-5) concuerdan: el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico (o distimia o trastorno depresivo persistente).

3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

No existen actualmente modelos explicativos específicos de la depresión infantil y adolescente, pues la mayoría de las propuestas teóricas se limitan a extender las teorías elaboradas para explicar la depresión adulta y a identificar una serie de factores de riesgo, ligados teóricamente a dichas teorías, que supuestamente interactúan entre sí. Estos factores de riesgo se refieren tanto a variables psicológicas y biológicas de los menores como a características ambientales, todas las cuales muestran una relación empírica significativa con la depresión. Por tanto, aunque las causas de la depresión son complejas y pueden variar de un menor a otro, hoy se conocen ciertos factores biológicos, ambientales y psicológicos que incrementan la probabilidad de que un niño o adolescente desarrolle una depresión, sospechándose que, en general, las causas de la depresión incluyen una combinación de todos ellos, aunque distintas teorías hacen más hincapié en unos que en otros. A continuación se repasarán brevemente esos factores, mencionando las teorías psicológicas de la depresión de las que proceden y que son más relevantes para el tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente.

3.1. Factores y modelos biológicos

Para algunos investigadores y profesionales la mayoría de las depresiones se producen por desequilibrios en los niveles cerebrales de ciertos neurotransmisores (las sustancias químicas que transmiten información de una neurona a otra), especialmente por una reducción en los niveles de serotonina, norepinefrina y dopamina (véase el capítulo 2). No obstante, esta explicación no resuelve del todo la cuestión del origen de la depresión, ya que, más allá de los problemas empíricos para sustanciarla que se revisaron en el capítulo 2, plantea a su vez la pregunta de cuál es la causa de esos desequilibrios bioquímicos. La investigación ha demostrado que estos desequilibrios pueden ocurrir en respuesta a factores ambientales, como los acontecimientos estresantes, especialmente los que supongan la pérdida de algo que el menor considera importante. Por ejemplo, la pérdida de uno de los padres por muerte o separación, la muerte de un abuelo, el cambio de colegio, el fracaso escolar, el rechazo social, las malas notas o una enfermedad grave pueden precipitar un episodio depresivo en un menor. Sin embargo, todos los niños y adolescentes, tarde o temprano, se ven sometidos a alguno de estos acontecimientos y, aún así, solo un porcentaje muy pequeño de ellos desarrollan una depresión.

Una posibilidad es que ciertos niños y adolescentes hayan heredado una predisposición biológica a un mal funcionamiento de los mecanismos de regulación de los neurotransmisores, que hace que sea más fácil que cualquier acontecimiento estresante, por leve que sea, desencadene desequilibrios en los niveles de serotonina, norepinefrina o dopamina. De hecho, se ha estimado que los niños de padres con depresión tienen aproximadamente tres veces más probabilidad de desarrollar un episodio depresivo a lo largo de su vida que los niños de padres sin depresión (Lieb, Isensee, Hofler, Pfister y Wittchen, 2002), y está bien documentado el papel de los genes en la transmisión familiar de la depresión (Merikangas y cols., 2002). Sin embargo, no todos los menores que tienen la predisposición genética para la depresión la padecen, y esta también puede afectar a niños y adolescentes que no tienen una historia familiar de depresión.

Por otro lado, la transmisión familiar de la depresión puede estar relacionada con mecanismos ambientales, no solo genéticos, uno de los cuales podría ser la calidad de los cuidados parentales que reciben los niños, ya que una abundante literatura empírica ha demostrado, en primer lugar, que tanto la depresión de las madres como de los padres influye de manera negativa en las relaciones paternofiliales, al estar asociadas, por ejemplo, a una mayor hostilidad hacia el niño, una menor sensibilidad a sus necesidades o un mayor número de interacciones negativas con el menor (véanse los metaanálisis de Lovejoy, Graczyk, O’Hare y Neuman, 2000; Wilson y Durbin, 2010), y, en segundo lugar, que la calidad de las prácticas de crianza de los padres, especialmente la existencia de hostilidad por parte de los padres hacia sus hijos, está relacionada con la presencia de

depresión en niños y adolescentes (véase el metaanálisis de McLeod, Weisz y Wood, 2007).

3.2. Factores y modelos psicológicos

Otra posibilidad para explicar las diferencias individuales en la depresión infantil y adolescente es que ciertos menores tengan una predisposición o vulnerabilidad psicológica a la depresión que habrían adquirido a lo largo de su vida por el tipo de cuidado parental, educación, ambiente social, aprendizajes y circunstancias vitales que habrían experimentado. Esta vulnerabilidad psicológica facilitaría que esos niños y adolescentes sufran más acontecimientos estresantes y que su impacto sea más adverso y duradero. Entre los factores psicológicos de vulnerabilidad identificados destacan las actitudes disfuncionales (dentro del marco de la teoría cognitiva de la depresión de Beck, 1987; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979/1983), el estilo atribucional negativo (en el contexto de la teoría reformulada de la indefensión aprendida de Abramson, Seligman y Teasdale, 1978, y de la teoría de la desesperanza de Abramson, Metalsky y Alloy, 1989), los déficit en habilidades sociales y en habilidades de solución de problemas (en el marco de la teoría conductual de la depresión de Lewinsohn, 1974, y de la cognitivo-conductual de Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985), y los déficit en las conductas de autocontrol (según el modelo de autocontrol de la depresión de Rehm, 1977). Veamos brevemente cada uno de estos factores en el marco de sus teorías psicológicas de la depresión (véase una exposición más amplia de ellas en Sanz y Vázquez, 2008).

Las **actitudes disfuncionales** (o creencias irracionales) son creencias que establecen condiciones poco realistas, inflexibles e inadecuadas para determinar la propia valía (por ejemplo, «si no hago las cosas siempre bien seré un inútil y mis padres y mis amigos no me querrán», «si alguna vez disgustas a un amigo no puedes ser feliz»). Las actitudes disfuncionales favorecen la aparición de la depresión porque es muy fácil que los acontecimientos normales de la vida diaria obstaculicen los intentos del menor por cumplir tales condiciones (todos los niños cometen alguna vez fallos y siempre hay algún compañero a quien, con razón o sin razón, no caen bien), de forma que estas actitudes facilitan que tales acontecimientos cotidianos se vivan como estresantes. Pero, además, tales actitudes son un elemento de vulnerabilidad a la depresión porque, según la teoría cognitiva de la depresión de Beck, están almacenadas en la memoria formando *esquemas cognitivos*, es decir, formando estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior que dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información del entorno. Los estímulos consistentes con los esquemas se elaboran y codifican, mientras que la información inconsistente se ignora y olvida. Los esquemas cognitivos, por tanto, actúan como filtros a través de los cuales se percibe, interpreta y

recuerda la realidad. En el caso de los niños y adolescentes vulnerables a la depresión, puesto que el contenido de sus esquemas son actitudes disfuncionales, la actuación de esos filtros, de esos esquemas disfuncionales depresógenos, quedaría reflejada en ciertos **errores sistemáticos** en la forma en que se procesa la información del entorno (Beck y cols., 1979/1983): inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización y minimización, personalización, y pensamiento dicotómico y absolutista (véase la tabla 3.4). Aunque todas estas operaciones cognitivas son evidentes en cierto grado en todas las personas, en la depresión ocurren en mayor grado y son congruentes con el contenido disfuncional de los esquemas depresógenos. Así, se atiende selectivamente y se magnifica la información negativa, mientras que se ignora o minimiza la información positiva; los errores y fallos se personalizan y sus efectos negativos se exageran y sobregeneralizan.

A la postre, cuando esos errores cognitivos negativos en el procesamiento de la información se producen el resultado serían *imágenes y pensamientos, tanto voluntarios como automáticos, negativos y distorsionados* sobre uno mismo, el mundo y el futuro, lo que se conoce como **tríada cognitiva negativa o depresiva** (por ejemplo, «soy un inútil», «los niños de clase no quieren ser mis amigos y se ríen de mí» y «nunca tendré amigos») o, lo que es lo mismo, a una baja autoestima, indefensión y pesimismo. Esos pensamientos comprenden el diálogo interno del niño o adolescente y son dañinos psicológicamente, puesto que interfieren tanto en las actividades que el menor realiza en ese momento como, evidentemente, en su estado de ánimo. Por tanto, la tríada cognitiva negativa, según Beck, sería la causa próxima fundamental del resto de síntomas depresivos. De los dos tipos de pensamientos que forman parte de la tríada cognitiva negativa, los voluntarios y los automáticos, merecen especial atención estos últimos, por su carácter especialmente dañino y por las dificultades que entraña su modificación, ya que los **pensamientos automáticos negativos** son ideas o imágenes estereotipadas de aparición repetitiva e inintencionada, que no son fácilmente controlables y que parecen plausibles a la persona en el momento en que ocurren.

En resumen, la actuación o activación de los esquemas depresógenos, con sus actitudes disfuncionales, sería, pues, responsable del procesamiento distorsionado de la información que aparece en los niños y adolescentes que sufren trastornos depresivos. Para que tal activación tenga lugar es necesaria la aparición de un suceso estresante (por ejemplo, un fracaso académico en bachillerato, una discusión con los amigos, un fracaso en una actividad deportiva, una regañina de los padres o de un profesor, un desengaño amoroso) similar a aquellos sucesos que proporcionaron durante el proceso de socialización la base para la formación de los esquemas, es decir, para la formación de las actitudes disfuncionales almacenadas en ellos (por ejemplo, un fracaso académico en los primeros años de preescolar). La teoría de Beck hipotetiza, pues, que los esquemas depresógenos, con sus actitudes disfuncionales, son la diátesis cognitiva (o factor de vulnerabilidad cognitivo) para la depresión. Diversos estudios han demostrado que las

actitudes disfuncionales, bien solas o en interacción con los acontecimientos vitales estresantes, predicen la depresión en niños y adolescentes (véase la revisión de Jacobs, Reinecke, Gollan y Kane, 2008).

TABLA 3.4
Errores cognitivos en la depresión según la teoría de Beck y ejemplos en niños y adolescentes

Error cognitivo	**Definición (Beck y cols., 1979/1983)**	**Ejemplos en niños y adolescentes**
Inferencias arbitrarias	Proceso de llegar a una conclusión sin datos que la apoyen o con datos contrarios a la conclusión.	Un niño presta un bolígrafo a su profesora durante la clase y a esta se le olvidó devolvérselo al final de la misma. El niño piensa que le cae muy mal a su profesora, que su profesora le tiene manía y que lo va a suspender.
Abstracción selectiva	Valoración de una experiencia centrándose en un detalle irrelevante y fuera de su contexto, mientras que se ignoran otros detalles más relevantes o significativos de la situación.	Mientras Ernesto está merendando, su madre está leyendo las notas que ha traído del colegio y le está diciendo lo orgullosa que está de que haya aprobado todas las asignaturas, pero, en un momento de la conversación, le comenta, sin darle la mayor importancia, que no haga tanto ruido al masticar. Entonces Ernesto piensa: «Mamá no está nada contenta conmigo».
Generalización excesiva	Proceso de extraer una conclusión o elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados y aplicarla a todo tipo de situaciones, estén o no relacionadas con el hecho en cuestión.	Un adolescente ha suspendido un examen de matemáticas y llega a la conclusión de que suspenderá todas las asignaturas y de que es un desastre en todo, que es «el tonto de la familia».
Magnificación y minimización	Errores cometidos al evaluar la magnitud o la significación de un acontecimiento	Ana, una de las tres estudiantes más brillantes de su curso, ha aprobado todos los exámenes de esta evaluación y con nota, pero no está contenta porque «no es para tanto»; en cambio, está destrozada porque cree que no le ha salido bien el último examen de matemáticas, ya que se le olvidó redondear la solución a un problema. Finalmente, sin embargo, la nota fue también de sobresaliente.

	incrementando o disminuyendo su importancia.	
Personalización	Tendencia y facilidad para atribuirse o responsabilizarse de sucesos externos sin base firme para realizar esta conexión.	Juan observa a sus padres discutir. En realidad los padres discuten por un problema de la madre con su suegra, tal y como vienen haciendo de manera repetida durante los últimos años, pero él cree que discuten porque está sacando malas notas en el colegio, que siempre es por su culpa, que sus padres no discutían antes cuando a él le iban bien los estudios.
Pensamiento absolutista y dicotómico	Tendencia a clasificar todas las experiencias en una o dos categorías opuestas (blanco o negro), seleccionando las categorías del extremo negativo para describirse a sí mismo.	Ana, una de las chicas más guapas de su clase, ha estado vistiéndose, maquillándose y peinándose y alisándole el pelo durante más de una hora para ir a una fiesta. Cuando llega a la fiesta, sus tres mejores amigas le dicen lo guapa que está y lo bien que le queda la ropa, el maquillaje y el peinado liso. Ana está feliz, se siente la chica más guapa de la fiesta. Poco después se encuentra en el baño con Beatriz, una antigua amiga, a la que le sorprende que Ana tenga ahora el pelo liso porque cree que estaba mucho mejor con el pelo un poco rizado, tal y como lo tenía antes. Ana no puede evitar mirarse al espejo y verse fea, muy fea, y sentirse muy desgraciada.

Igualmente, y siguiendo la teoría reformulada de la indefensión aprendida de Abramson y cols. (1978), la tendencia de algunos niños y adolescentes a pensar que la causa de todos los acontecimientos negativos que les ocurren está en ellos mismos, que esa causa afectará a todo lo que hagan y que no cambiará (por ejemplo, «me han suspendido en «mates» por mi culpa, porque soy un torpe y todo me sale mal y nunca podré aprobar nada»), esto es, la presencia de un **estilo atribucional depresivo,** facilita que, cuando tales acontecimientos suceden, provoquen desesperanza e indefensión y, por ende, depresión. Al menos 21 estudios ofrecen apoyo empírico a los efectos predictivos del estilo atribucional depresivo como elemento de vulnerabilidad cognitiva a la presencia futura de síntomas depresivos en niños y adolescentes, siendo más consistentes los datos en el caso de estos últimos que en el caso de los niños (véase la revisión de Jacobs y cols., 2008). La investigación también sustenta una relación entre la depresión y un estilo atribucional depresivo para los acontecimientos positivos complementario al anterior, esto es, la tendencia de algunos niños y adolescentes a pensar que la causa de los acontecimientos positivos que les ocurre es ajena a ellos, afecta solo a algunas parcelas poco importantes de su vida y cambiará de un momento a otro (por ejemplo, «al final tengo las «mates» aprobadas porque al profesor le di pena, pero eso no ocurrirá en otras asignaturas y vete a tú a saber si al final no cambia de opinión y suspendo el global»). En este sentido, el metaanálisis de Gladstone y Kaslow (1995) encontró una relación significativa de la depresión tanto con una tendencia a explicar los sucesos

negativos por causas internas, globales y estables, como con una tendencia a explicar los sucesos positivos por causas externas, específicas e inestables.

Es más, en el marco de la teoría de la desesperanza de Abramson y cols. (1989), el estilo atribucional propio de los niños y adolescentes vulnerables a la depresión se caracterizaría no solo por esa tendencia a explicar los sucesos negativos a partir de causas internas, estables y globales, sino también por una tendencia a predecir un mayor número de consecuencias negativas para sí mismos ahora y en el futuro y a concluir que, si dichos sucesos negativos han tenido lugar, eso significa que algo importante falla en uno mismo. A este estilo atribucional depresivo fatalista y autodespreciativo se le denomina **estilo atribucional de la desesperanza.** Es decir, y como bien señalan Calvete, Villardón, Estévez y Espina (2007), los niños y adolescentes con este estilo atribucional de desesperanza hacen una interpretación «fatalista» de los problemas que les ocurren, pensando que «no tienen solución», que «no hay nada que puedan hacer para mejorar la situación» y que las consecuencias «son inevitables, permanentes y que afectarán a todos los ámbitos de la vida». Además, se «echan la culpa» de lo que les sucede y piensan que les «seguirá pasando en el futuro».

Por otro lado, el hecho ya comentado en el capítulo 1 de que existe una mayor prevalencia de los trastornos depresivos entre las adolescentes que entre los adolescentes podría explicarse en términos de diferencias en el estilo atribucional de la desesperanza, ya que este estilo cognitivo es también más frecuente entre las chicas, lo que les haría más vulnerables a la depresión cuando sufrieran ciertos acontecimientos estresantes (Calvete y cols., 2007; Hankin y Abramson, 2001).

Otros factores psicológicos de vulnerabilidad a la depresión, no incompatibles con los anteriores, son los propuestos en el contexto de la teoría cognitivo-conductual de la depresión de Lewinsohn (1974; Lewinsohn y cols., 1985). Siguiendo esta teoría, un déficit en el repertorio de conductas que los niños y adolescentes necesitan para relacionarse eficazmente con los demás y para resolver problemas **(un déficit en las habilidades sociales y de solución de problemas)** o para autocontrolar su comportamiento (conductas de autoobservación, autoevaluación y autorreforzamiento; **un déficit en las conductas de autocontrol**), favorece que el menor no sea capaz de afrontar, resolver y adaptarse a los cambios negativos que implican los acontecimientos estresantes y que, por tanto, el estrés perdure, se intensifique, y que se desencadene una depresión incluso ante un estrés inicialmente muy leve. Por ejemplo, la falta de habilidades sociales podría conducir a un niño o adolescente que se hubiera cambiado recientemente de colegio a situaciones de rechazo social o de aislamiento social en su nuevo colegio y, por consiguiente, a un incremento de las experiencias negativas (por ejemplo, burlas, críticas) y a un descenso o ausencia de reforzadores positivos sociales (por ejemplo, falta de comunicación) y, finalmente, a la depresión. En este sentido, numerosas investigaciones han demostrado que los niños y adolescentes deprimidos presentan un déficit de habilidades sociales y, de hecho, dicho déficit es uno de los

mejores predictores de la aparición posterior de depresión (Kupersmidt y Patterson, 1991).

Por otro lado, es mucho más probable que ese niño o adolescente sufra una depresión si muestra una tendencia a:

1. Prestar mayor atención a los sucesos negativos que a los positivos y a las consecuencias inmediatas de la conducta que a las consecuencias a largo plazo (déficit en las conductas de autoobservación).
2. Tener criterios muy rigurosos o muy altos de autoevaluación, así como un estilo atribucional depresivo (déficit en las conductas de autoevaluación).
3. Administrarse, como consecuencia de los dos déficits anteriores, recompensas insuficientes o castigos excesivos (déficit en las conductas de autorreforzamiento).

Varios estudios empíricos han constatado la existencia en los niños deprimidos de esos tres tipos de déficit en las conductas de autocontrol (por ejemplo, Kaslow, Rehm, Pollack y Siegel, 1988).

Finalmente, algunos modelos psicológicos de los trastornos depresivos se han centrado no tanto en los factores de vulnerabilidad que explicarían el origen de dichos trastornos, sino en los factores que explicarían su curso. Este es el caso de la teoría de los estilos de respuesta de Nolen-Hoeksema (1991) que, aplicada al ámbito infantil y adolescente, propone que la manera en que los niños y adolescentes responden a los primeros síntomas depresivos influye en su duración y gravedad. En concreto, aquellos niños y adolescentes que presentan **respuestas rumiativas** sufrirán durante más tiempo y con mayor intensidad los síntomas depresivos que aquellos que sean capaces de distraerse de los mismos. Las respuestas rumiativas a la depresión pueden definirse como «conductas y pensamientos que focalizan la atención de una persona en sus síntomas depresivos y en las implicaciones de estos síntomas» (Nolen-Hoeksema, 1991, p. 569), incluyendo conductas como aislarse para pensar sobre los síntomas depresivos que se experimentan, hablar todo el tiempo sobre ellos, o pensar de forma recurrente y contemplativa sobre las posibles causas y consecuencias de los mismos (por ejemplo, «¿qué he hecho yo para merecer esto?»; «no voy a ser capaz de aprobar el curso si sigo en este estado»). Las respuestas rumiativas difieren de otras conductas y pensamientos de afrontamiento de la depresión, como las estrategias de solución de problemas, en que los niños y adolescentes tan solo piensan o hablan sobre lo tristes, desmotivados, cansados o hartos que están, pero no hacen nada para aliviar sus síntomas, o simplemente piensan de forma repetitiva sobre las causas de sus síntomas, sin hacer planes para cambiar la situación.

La teoría postula, además, que los niños y adolescentes tienen estilos de respuesta ante la depresión, es decir, patrones de conductas y pensamientos que manifiestan de forma consistente y estable en distintas situaciones y momentos en los que se sienten deprimidos. Así, algunos adolescentes, cuando están deprimidos, tienden a dar

respuestas rumiativas, es decir, tienen un **estilo de respuesta rumiativo,** mientras que otros manifiestan de forma consistente y estable conductas y pensamientos de distracción como, por ejemplo, salir con los amigos, practicar deportes o concentrarse en sus estudios, respuestas todas ellas que implican intentos activos por ignorar los síntomas depresivos y centrarse, en su lugar, en actividades neutrales o placenteras.

Habría varios mecanismos psicológicos que explicarían el efecto del estilo rumiativo de respuesta en el mantenimiento o exacerbación de los síntomas depresivos (Nolen-Hoeksema, 1991, 2000). Primero, las rumiaciones intensifican los efectos del estado de ánimo deprimido sobre las cogniciones, haciendo que los pensamientos negativos sobre el pasado, el presente y el futuro estén más accesibles y sean más sobresalientes; estos pensamientos negativos, a su vez, exacerban el estado de ánimo deprimido y los restantes síntomas depresivos, de manera que se establecen una serie de círculos viciosos entre el pensamiento negativo y el estado de ánimo negativo basados en una relación recíprocamente reforzante entre ambos y que hacen que el estado inicial de depresión se agrave y persista durante más tiempo. Segundo, la actividad rumiativa reduce la generación de soluciones efectivas a los problemas. Tercero, las respuestas rumiativas interfieren en la puesta en marcha de conductas instrumentales tales como salir con los amigos o practicar aficiones, las cuales permiten obtener reforzamientos positivos, aumentar la sensación de control o simplemente elevar el estado de ánimo. Siguiendo la teoría reformulada de la indefensión aprendida, la baja tasa de reforzamiento positivo y la pérdida de control podían contribuir, a su vez, a la indefensión y a intensificar la depresión. Finalmente, el estilo rumiativo disminuye el efecto beneficioso que el apoyo social tiene sobre la depresión, al provocar más fricción en las redes sociales del niño o adolescente deprimido. El menor que presenta un estilo rumiativo continuamente habla de sus síntomas depresivos y preocupaciones con sus familiares, sus compañeros de colegio y sus amigos, sin que estos puedan apreciar progresos hacia su resolución, de manera que, a la postre, es muy probable que, por ejemplo, sus amigos se alejen del niño o adolescente con depresión, se sientan molestos e irritados con él, rechacen sus preocupaciones o lo critiquen por continuar rumiando.

El estilo de respuesta rumiativo constituye, pues, otro factor cognitivo de vulnerabilidad a la depresión, compatible con los demás factores psicológicos ya señalados, que, tras la ocurrencia de un acontecimiento estresante y la aparición de los primeros síntomas depresivos, haría más probable que en algunos niños y adolescentes tales síntomas, en lugar de remitir, aumentasen en número, intensidad, frecuencia o duración y que, por tanto, se agravasen hasta conformar un trastorno depresivo.

De hecho, las diferencias en el estilo de respuesta rumiativo podrían también explicar las diferencias entre chicas y chicos adolescentes en la presencia de síntomas y trastornos depresivos a la que se hacía mención antes, ya que, por ejemplo, un estudio realizado por Padilla Paredes y Calvete Zumalde (2011) con adolescentes españoles no solamente corroboró una vez más que las chicas presentan más síntomas de depresión que los

chicos, sino que también encontró que tales diferencias se explican, en parte, por el hecho de que las chicas también muestran una mayor tendencia a las respuestas rumiativas que los chicos.

El estilo de respuesta rumiativo se aprendería, fundamentalmente, a partir de las conductas de los padres y de otras figuras relevantes en la vida de los niños y adolescentes. Este aprendizaje tendrían una doble vía; por un lado, a través del modelado de los estilos de respuesta que los padres y las otras figuras relevantes manifiestan cuando se encuentran deprimidos; por otro lado, a través de sus prácticas de socialización si tales prácticas no enseñan a los niños y adolescentes repertorios de conductas más adaptativas para manejar las emociones negativas, tales como estrategias benignas y eficaces de distracción o de solución de problemas (Nolen-Hoeksema, 1991).

3.3. Modelos integradores

En resumen, hoy se cree que ciertas características específicas (factores de vulnerabilidad o diátesis) de algunos niños y adolescentes les hacen más propensos a una depresión tras la aparición de acontecimientos ambientales estresantes, bien crónicos o bien puntuales. Por ejemplo, aunque se encuentran tasas más altas de depresión entre los niños y adolescentes con enfermedades crónicas como cáncer o diabetes, no todos los menores que padecen dichas enfermedades llegan a sufrir un trastorno depresivo. A su vez, la vulnerabilidad frente a determinados acontecimientos ambientales variaría según la edad. Los niños entre 0 y 6 años se verían más afectados por acontecimientos que tienen lugar en el seno familiar y que están relacionados directa o indirectamente con el apego. Así, la investigación empírica ha constatado de forma repetida que las condiciones negativas de la familia están asociadas de forma importante a la depresión infantil (véase la revisión de Del Barrio, 1997). Entre estas condiciones cabe destacar: la depresión de los padres; las malas relaciones matrimoniales; las malas relaciones entre padres e hijos, especialmente las derivadas de un apego o vínculo afectivo adulto-niño mal establecido o roto por abandono, muerte o institucionalización, y las derivadas de actitudes coercitivas por parte de los padres que impiden a los niños desarrollar su propia autonomía y que establecen metas inalcanzables para los hijos en función de expectativas poco realistas; las malas relaciones entre los hermanos; la existencia de normas inadecuadas de crianza, y la ruptura familiar bien por divorcio o por fallecimiento de algún miembro de la familia. Por su parte, los niños entre 7 y 12 años empezarían a verse afectados también por acontecimientos extrafamiliares como, por ejemplo, acontecimientos relacionados con el rendimiento escolar (por ejemplo, fracaso escolar, malas notas), la interacción con compañeros (por ejemplo, aislamiento social, rechazo, cambio de colegio) o la competencia en deportes y juegos. Por ejemplo, investigaciones realizadas en España han descubierto que el fracaso escolar o las malas notas es uno de los acontecimientos estresantes más frecuentes entre los niños españoles

y se encuentra asociado de forma significativa con la aparición de sintomatología depresiva (Moreno, Del Barrio y Mestre, 1995a, 1996).

Más allá de la propuesta común de concebir la depresión infantil y adolescente como producto de la interacción entre acontecimientos estresantes y factores de vulnerabilidad (modelos de diátesis-estrés), parece que no existe mucho acuerdo sobre cuáles son los factores de vulnerabilidad más importantes para explicar el origen y curso de los trastornos depresivos. De hecho, cuando se comparan las principales teorías sobre la depresión (la teoría cognitivo-conductual de Lewinsohn, la teoría cognitiva de Beck, la teoría de la desesperanza y el modelo biológico), tal y como se ha hecho de forma esquemática en la figura 3.1, el desacuerdo no solo alcanza a los factores de vulnerabilidad más remotos, sino también a las causas próximas que son el producto de su interacción con el estrés. A grandes rasgos, la teoría cognitivo-conductual subraya el papel de los déficits de habilidades sociales, de habilidades de solución de problemas y de habilidades de autocontrol como factores de vulnerabilidad remotos, los cuales, al interactuar con el estrés, producen un pérdida o falta de refuerzos positivos que serían la causa próxima de la depresión. Por su parte, la teoría de Beck considera que el factor de vulnerabilidad remoto es la existencia de actitudes disfuncionales en forma de esquemas cognitivos depresivos, que, al interactuar con el estrés, producen errores cognitivos o distorsiones negativas que, a su vez, conducen a pensamientos negativos sobre el yo, el mundo y el futuro (la tríada cognitiva negativa), siendo estos últimos la causa próxima de la depresión. Para la teoría de la desesperanza la causa remota principal de la depresión sería la presencia de un estilo atribucional depresivo y, especialmente, un estilo atribucional de desesperanza, mientras que la causa principal próxima sería la indefensión y la desesperanza que se produce cuando un acontecimiento estresante interactúa con ese estilo atribucional. Finalmente, para el modelo biológico, la causa próxima de la depresión sería algún tipo de defecto o desequilibrio en el funcionamiento de ciertos neurotransmisores (por ejemplo, serotonina, norepinefrina o dopamina) que, a su vez, es el resultado de la interacción entre un acontecimiento estresante y un factor de vulnerabilidad remoto de tipo genético que predispone a un mal funcionamiento de los mecanismos de regulación de los neurotransmisores.

Sin embargo, tal y como se ha repetido en los epígrafes anteriores, todos esos factores de vulnerabilidad y todas esas causas próximas no son incompatibles entre sí, sino que pueden y se deben integrar, máxime cuando las interacciones entre todos esos factores causales, remotos o próximos, y entre esos factores y el estrés son múltiples, y cuando, además, las interacciones entre los propios síntomas depresivos y entre los factores causales, el estrés y los síntomas depresivos también son múltiples, de manera que entre todos estos elementos se producen múltiples fenómenos de reforzamiento recíproco de tipo «círculo vicioso» o de tipo «espiral escalonada». De hecho, todas las teorías recogidas en la figura 3.1 presuponen muchas de esas interacciones, aunque para facilitar la investigación o el trabajo terapéutico a veces se utilizan como modelos lineales y

unifactoriales (con un solo factor causal principal, usualmente el más próximo) o, a lo sumo, bifactoriales (con un factor de vulnerabilidad remoto y un factor próximo de origen), tal y como se han representado en dicha figura 3.1. Obsérvese, por ejemplo, que, a pesar de que los modelos biológicos presuponen la existencia de un factor genético de vulnerabilidad, las terapias actuales derivadas de esos modelos biológicos, en concreto los fármacos antidepresivos (véase el capítulo 5), se limitan a tratar de modificar los supuestos defectos o desequilibrios en los neurotransmisores, es decir, la supuesta causa próxima, pero no están dirigidos a modificar el factor de vulnerabilidad genético. Quizá esta limitación podría explicar el hecho de que, tal y como se verá en el capítulo 5, los tratamientos farmacológicos no han tenido, hasta ahora, mucho éxito en la prevención de las recaídas y las recurrencias de los episodios depresivos y, en todo caso, intentan lograrlo manteniendo de forma prolongada el consumo de los antidepresivos, a pesar de que el paciente ya no presente síntomas depresivos. Por el contrario, la terapia cognitiva de la depresión, que, tal y como se verá en el capítulo 5, aborda tanto la modificación de los pensamientos automáticos negativos que forman la tríada cognitiva negativa (causa próxima) como la modificación de las actitudes disfuncionales (factor de vulnerabilidad), tiene mucho más éxito a la hora de prevenir las recaídas y recurrencias de la depresión, quizá, precisamente, porque no solo modifica la causa próxima, sino también el factor psicológico de vulnerabilidad.

Aunque el estado actual de conocimiento no permite aún dar una respuesta definitiva sobre las causas de la depresión en niños y adolescentes, el hecho de que la literatura científica haya avalado empíricamente el papel de un buen número de factores de vulnerabilidad, inicio y mantenimiento de la depresión, tal y como se ha expuesto brevemente líneas atrás, sugiere que ninguna teoría explicativa lineal y unifactorial o bifactorial puede explicar las causas de dichos trastornos, y que una teoría válida y útil de los trastornos depresivos debería integrar múltiples ideas y constructos relativos tanto a las experiencias internas de los niños y adolescentes como a sus interacciones con el medio ambiente. Una teoría así debería además diferenciar y explicar los diferentes aspectos del curso clínico del trastorno depresivo (inicio, mantenimiento, mejoría, recaída, remisión) y las diferencias entre distintos tipos de trastornos depresivos (por ejemplo, trastorno depresivo mayor frente a trastorno distímico o depresivo persistente). En este contexto, parece oportuno señalar algunas ideas que parecen importantes y que merecen ser consideradas a la hora de desarrollar una teoría de los trastornos depresivos en niños y adolescentes y que aparecían recogidas en varias de las teorías que se han expuesto en este capítulo:

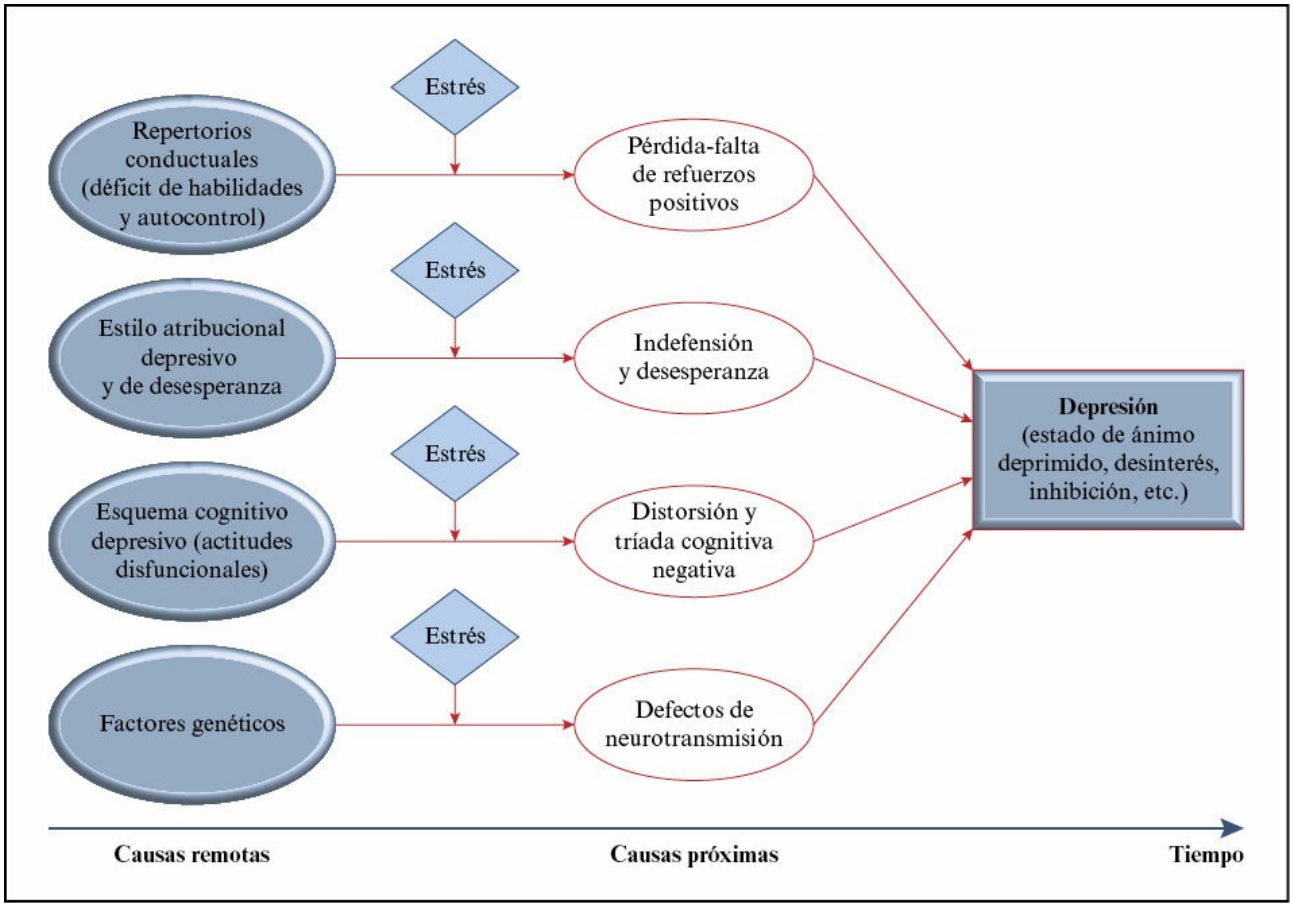


Figura 3.1.—Representación esquemática de las cuatro principales teorías explicativas de los trastornos depresivos en niños y adolescentes: de arriba abajo, teoría cognitivo-conductual de Lewinsohn, teoría cognitiva de Beck, teoría de la desesperanza y modelo biológico.

1. Las teorías más útiles parecen ser aquellas que:

   a) Se formulan como modelos multivariables y, por tanto, pueden integrar el mayor número de factores posibles, tanto psicológicos como biológicos.
   b) Se formulan además como modelos de diátesis-estrés, proponiendo que ciertos niños o adolescentes, por poseer ciertas características específicas (bioquímicas, genéticas, cognitivas, de personalidad), tienen una mayor vulnerabilidad a desarrollar un trastorno depresivo tras la aparición de ciertas circunstancias estresantes.

2. Las variables cognitivas son muy importantes para comprender los trastornos depresivos, ya que, al caracterizar las diferencias individuales en cómo los niños y los adolescentes interpretan las circunstancias externas, mediarían el impacto emocional de estas al determinar, por ejemplo, su naturaleza estresante.
3. Las cogniciones negativas relacionadas con el yo, incluyendo aquí las cogniciones que se recogen bajo los conceptos de autoestima, desesperanza, indefensión y

visión negativa del yo (dentro de la tríada cognitiva negativa), son los elementos cognitivos precursores del estado de ánimo depresivo. Una vez que un niño o adolescente manifiesta un estado de ánimo deprimido, este estado sesga diversos procesos cognitivos (percepción, atención, memoria, atribución, etc.) de tal manera que son accesibles más cogniciones negativas asociadas, las cuales a su vez afectan a la duración y gravedad de la depresión, formándose una relación recíprocamente reforzante entre estado de ánimo negativo y cogniciones negativas.

4. Estas cogniciones y los procesos cognitivos que las generan operan a distintos niveles de conciencia, de forma que mientras algunas no son accesibles a la conciencia del niño o del adolescente, otras sí, y aun otras lo son, pero únicamente bajo ciertas condiciones (por ejemplo, bajo un estado depresivo o ante la aparición de ciertos estresores).
5. Estas cogniciones parecen tener su origen en los esquemas cognitivos que el niño o el adolescente desarrolla para entender el mundo y que se formarían en el contexto de sus experiencias infantiles tempranas de apego y de creación de lazos afectivos con los padres o con las personas significativas de su entorno. Estos esquemas influyen no solo en las interpretaciones y reacciones emocionales de los menores, sino también en el resto de sus conductas, habilidades y competencias.
6. Las habilidades interpersonales, el estilo de respuesta a la depresión y las habilidades de solución y afrontamiento de problemas que el niño o el adolescente ha adquirido a lo largo de su vida y en cuyo desarrollo han influido, aunque no exclusivamente, las experiencias infantiles antes comentadas, tienen un papel muy importante en la depresión. Primero porque afectan al tipo de cogniciones que preceden a la depresión (por ejemplo, «no voy a ser capaz de hacerlo», «esto me supera», «no sé cómo hacerlo»), y segundo porque determinan en alguna medida la cantidad y naturaleza de las situaciones estresantes con las que el niño o el adolescente puede encontrarse a lo largo de su vida. En este sentido, es importante señalar que los acontecimientos estresantes son también consecuencia de cómo las personas conducen su vida, tanto antes como durante la depresión. De hecho, aunque los niños o los adolescentes con depresión manifiestan cierta distorsión en sus interpretaciones, estas algunas veces son correctas, ya que estos menores se encuentran a menudo en circunstancias realmente negativas y sobre las cuales, por las limitaciones precisamente de su edad, no tienen mucho control o mucha capacidad de influencia.

A partir de esas ideas se puede esbozar un modelo integrador de los trastornos depresivos en la infancia y adolescencia tomando como punto de partida las teorías recogidas en la figura 3.1 e integrándolas en un solo modelo, al prescindir de la linealidad de las relaciones que incluyen dichas teorías y al utilizar la metáfora del círculo vicioso para expresar esas mismas relaciones, así como las interacciones entre

sus diferentes factores de vulnerabilidad y sus diferentes causas próximas, y entre todos esos elementos y los síntomas depresivos y el estrés. De manera esquemática, ese modelo integrador aparece reflejado en la figura 3.2. Como se puede observar en dicha figura, este modelo conserva todos los elementos de las cuatro principales teorías explicativas de los trastornos depresivos en niños y adolescentes (véase la figura 3.1 y compárese con la figura 3.2), pero ahora es posible entender e investigar las relaciones múltiples bidireccionales y circulares que guardan o pueden guardar todos esos elementos y utilizarlas en el trabajo terapéutico.

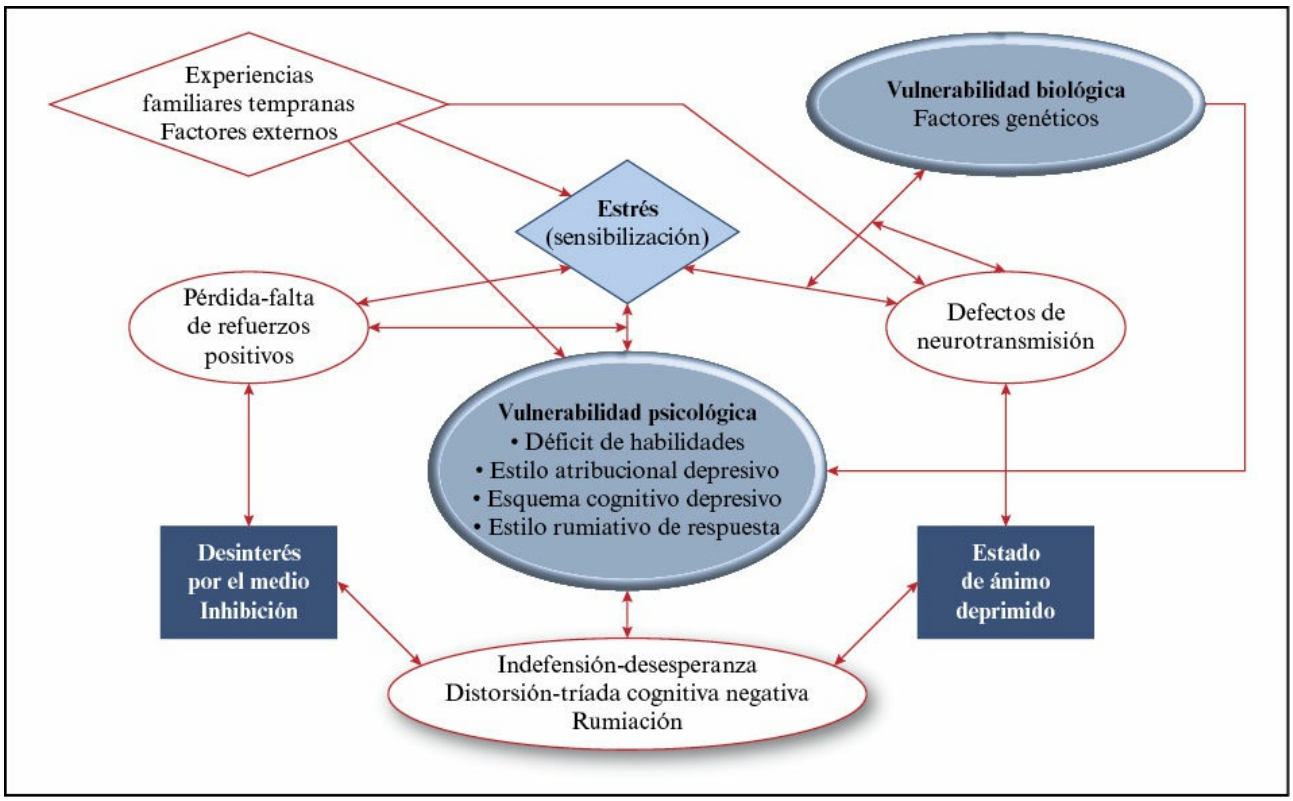


Figura 3.2.—Modelo integrador de los trastornos depresivos en niños y adolescentes: el círculo vicioso de la depresión.

Además, en la figura 3.2 también se recogen otros factores de vulnerabilidad, de origen o de mantenimiento de la depresión que no pertenecen a las cuatro teorías anteriormente mencionadas, pero que también gozan de aval empírico y se han revisado en este capítulo (por ejemplo, el estilo de respuesta rumiativo y las respuestas de rumiación). Asimismo, se recoge el posible papel de otros factores y conceptos que han generado mucha investigación en los últimos años y que es probable que se configuren como elementos importantes para explicar los trastornos depresivos (por ejemplo, las experiencias familiares tempranas de apego inadecuado o de abuso o negligencia, los factores externos asociados a situaciones crónicas de pobreza o carencias educativas, los procesos de sensibilización ligados a la experiencia repetida de estresores y al impacto

de los estresores en distintas edades o momentos críticos, etc.) (véase una revisión en Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero, 2010). Así, por ejemplo, se ha incluido en la figura 3.2 el concepto de sensibilización respecto a la influencia de los sucesos estresantes, ya que es un dato contrastado que, a medida que aumenta la experiencia personal de episodios de depresión mayor, se requieren estresores ambientales de menor magnitud para provocar la recaída o la recurrencia de un episodio depresivo (Vázquez y cols., 2010). Curiosamente, ese concepto ha sido reconceptualizado en términos cognitivos por Teasdale para aludir a que la activación repetida de los esquemas cognitivos negativos durante los episodios previos de depresión produciría un descenso en el nivel de activación de estas estructuras cognitivas (Segal, Williams, Teasdale y Gemar, 1996). En el contexto de la reconceptualización de Teasdale, a medida que el niño o adolescente experimenta más episodios depresivos, habría una mayor facilidad para la activación de todos los procesos cognitivos negativos en su conjunto y habría un descenso en el umbral de activación de tales procesos, todo lo cual crearía una espiral escalonada de relaciones recíprocamente reforzantes entre procesamiento cognitivo negativo y estado de ánimo deprimido; por tanto, la próxima vez solamente se requeriría un estímulo estresante muy pequeño para activar la estructura completa de los esquemas cognitivos negativos y, por ende, la depresión.

El modelo de depresión recogido en la figura 3.2 permite, por tanto, integrar un buen número de factores causales de la depresión ya consolidados empíricamente, pero también integrar nuevos conceptos que están bajo investigación e hipotetizan nuevas relaciones entre todos ellos. De hecho, otra ventaja del modelo, debido a su naturaleza circular, es que permitiría explicar por qué diferentes tratamientos psicológicos (por ejemplo las terapias cognitivo-conductuales, la terapia interpersonal y las terapias conductuales) tienen efectos parecidos (véase el capítulo 5), incluso en adolescentes que presentan factores causales distintos y perfiles sintomatológicos distintos (por ejemplo déficits de habilidades sociales, actitudes disfuncionales o relaciones interpersonales conflictivas). Es más, también permitiría explicar por qué los fármacos a veces también tienen éxito en los adolescentes con depresión. Quizá la razón para ambos fenómenos resida en el hecho de que, a pesar de que cada una de esas intervenciones teóricamente modificaría elementos causales diferentes del modelo, todas conseguirían romper de alguna manera el círculo vicioso de la depresión, ya que todos los elementos causales de la depresión y sus propios síntomas están de alguna manera relacionados circularmente. Por tanto, lo importante, al menos inicialmente, sería romper las relaciones recíprocamente reforzantes de los elementos del modelo en alguna secuencia o eslabón del círculo, ya que su rotura afectaría también al resto. Posteriormente, la intervención quizá debería dirigirse al elemento de vulnerabilidad específico del paciente, para así obtener un resultado más a largo plazo y un efecto preventivo de recaídas y recurrencias.

4

Evaluación de los trastornos depresivos

1. CONSIDERACIONES GENERALES

Los objetivos y el proceso de evaluación de los trastornos depresivos en la infancia y en la adolescencia (y de los trastornos de ansiedad que se abordarán en el capítulo 8) son, en líneas generales, similares a los que caracterizan la evaluación de otros trastornos psicológicos y con personas de otras edades, diferenciándose fundamentalmente por la utilización de ciertos instrumentos específicos de los cuales sólo se mencionaran, por razones de espacio, algunos de los creados o adaptados en España. No obstante, hay que tener presentes las peculiaridades que introduce el hecho de evaluar a un niño en cuanto a su preparación para el acto de la evaluación, la necesidad de recabar información de distintas fuentes (padres, maestros, pediatra, etc.), la adecuación del instrumento a su nivel de desarrollo cognitivo y social, etc. Por otro lado, puesto que los síntomas clave en los trastornos depresivos son encubiertos (pensamientos y sentimientos subjetivos), la principal técnica para su evaluación es el autoinforme en sus diversas variantes (entrevistas, cuestionarios, escalas, etc.). Sin embargo, las técnicas de autoinforme solo se pueden aplicar con ciertas garantías en niños mayores de 7 años, ya que únicamente a partir de esta edad el niño tiene una buena comprensión lectora y, además, tiene capacidad para informar de forma fiable sobre sus estados de ánimo y para distinguir entre distintas emociones. En todo caso, en los niños entre 3 y 6 años es también posible la utilización de autoinformes siempre y cuando cuenten con un adecuado apoyo pictórico. Antes de los 7 años, las técnicas de evaluación se deben centrar en la observación de conductas manifiestas (fundamentalmente, las alteraciones en el desarrollo motor y del lenguaje, en el rendimiento intelectual y en la socialización) y en el uso de entrevistas o cuestionarios con adultos (padres o maestros).

En todas las edades es siempre recomendable la utilización de diversas fuentes de información: el propio niño, los padres, los maestros, los amigos y compañeros del colegio, el pediatra, etc. Hay que advertir, sin embargo, que es frecuente la falta de concordancia entre dichas fuentes de información. En general, los padres informan mejor sobre los problemas somáticos como, por ejemplo, las alteraciones en el sueño y la comida; los maestros sobre problemas de conducta, y los propios niños sobre los síntomas encubiertos como, por ejemplo, los sentimientos de tristeza, la irritabilidad, los sentimientos de inutilidad y culpabilidad, o las ideas de suicido, aunque, tal y como se ha

dicho antes, los niños menores de 6 años pueden tener problemas para informar de forma fiable de tales sentimientos y distinguir entre distintas emociones y sentimientos. Por otro lado, dado el aumento en España de la población inmigrante infantil procedente de muy diversos países, se deben tener en cuenta los factores étnicos y culturales que pueden influir en la presentación, descripción e interpretación de los síntomas y en la estrategia de tratamiento. Por ejemplo, en algunas culturas se educa a los niños para que guarden silencio y eviten el contacto visual cuando están en presencia de figuras de autoridad. Estos comportamientos se podrían fácilmente malinterpretar como indicadores de depresión, fobia social u otro tipo de trastorno mental.

Sería aconsejable que la evaluación inicial se basara en la realización de una serie de entrevistas poco estructuradas tanto con el menor como con sus padres que permitieran recoger una cantidad amplia de información sobre las características, causas y consecuencias de los problemas depresivos, sus orígenes y su historia, sus repercusiones negativas no solo en la vida del niño o adolescente sino también en la de su entorno familiar y social, así como sobre la motivación y expectativas que acerca del tratamiento tienen el menor y sus padres. Además, dichas entrevistas también deberían proporcionar información sobre la presencia de acontecimientos vitales negativos, la existencia de problemas académicos o psicosociales, la historia psicopatológica familiar, el apoyo social, la historia médica, el consumo de sustancias, y, dada la alta comorbilidad de la depresión infantil, la posible existencia de otros trastornos psicológicos (en Méndez, 1998, 1999, 2001; Silva y Martorell, 1993, se pueden encontrar algunas pautas y preguntas para la realización de estas entrevistas). Posteriormente, la evaluación debería ser más estructurada y específica, y estar encaminada a:

1. Realizar un diagnóstico que guíe el resto de la evaluación y oriente la elección del tratamiento.
2. Cuantificar la sintomatología depresiva presente para monitorizar la marcha del proceso terapéutico.
3. Identificar y cuantificar los determinantes actuales del problema y los factores de vulnerabilidad psicológica que serán objetivos del tratamiento.

Para conseguir estas metas más específicas contamos en España con varios instrumentos que además cuentan con propiedades psicométricas aceptables. A continuación revisaremos algunos de los más utilizados en la práctica clínica.

2. INSTRUMENTOS

2.1. Instrumentos diagnósticos

Para poder llegar a un diagnóstico fiable y válido se recomienda el uso de una

entrevista clínica estructurada o semiestructurada, bien pluridimensional, que evalúa diferentes trastornos, bien específica, centrada exclusivamente en la depresión (Ezpeleta, 2001). Como se recoge de forma sumaria en la tabla 4.1, las entrevistas diagnósticas estructuradas presentan diversas ventajas en su utilización en el ámbito clínico, así como algunos inconvenientes. Sin embargo, actualmente, el «patrón oro» del diagnóstico psicopatológico es la aplicación de una entrevista diagnóstica estructurada de fiabilidad y validez contrastadas por parte de un clínico con experiencia, y es en relación con este estándar con el que se compara cualquier otro procedimiento diagnóstico en psicopatología (por ejemplo, cuestionarios e inventarios, pruebas biológicas).

En consecuencia, cuando el objetivo prioritario de la evaluación psicológica de un niño o adolescente en el ámbito clínico sea llegar a un diagnóstico psicopatológico, sin duda el mejor instrumento que puede utilizar el profesional es una entrevista diagnóstica estructurada pluridimensional o centrada en el trastorno psicopatológico que se sospecha o se quiere identificar o descartar. Entre las primeras destaca la *Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes-IV* o EDNA-IV (Diagnostic Interview for Children and Adolescents-IV, DICA-IV; Reich, Leacock y Shanfeld, 1997), cuya adaptación española se debe a Ezpeleta y cols. (1997, citado en Unidad de Epidemiología y Diagnóstico en Psicopatología del Desarrollo, 2005). La EDNA-IV es una entrevista basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV y que cuenta con una versión para niños de 8 a 12 años (EDNA-IV-C), otra para adolescentes de 13 a 17 años (EDNA-IV-A), y una tercera para padres o cuidadores que permite evaluar a menores de entre 6 y 17 años (EDNA-IV-P). La adaptación española, denominada *Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes-IV* (EDNA-IV; Ezpeleta y cols., 1997, citado en Unidad de Epidemiología y Diagnóstico en Psicopatología del Desarrollo, 2005), se administra mediante ordenador y se ha desarrollado a partir la experiencia acumulada con la adaptación española de versión de la DICA basada en los criterios diagnósticos del DSM-III-R (DICA-R; véase la tabla 4.2). Varios estudios han demostrado que la adaptación española de la DICA-R posee índices adecuados de fiabilidad entre entrevistadores, fiabilidad test-retest, validez de criterio y validez convergente y discriminante (por ejemplo, Ezpeleta y cols., 1995; De la Osa, 1996).

TABLA 4.1
Ventajas e inconvenientes del uso de entrevistas diagnósticas estructuradas en la evaluación psicológica clínica

Ventajas	Inconvenientes
— Proporcionan diagnósticos: • Cuando las realiza un clínico con experiencia son el «patrón oro».	— Llevan mucho tiempo: • Entre 30 y 150 minutos, aunque el módulo de un grupo de trastornos puede llevar tan solo 5-15 minutos.
— Proporcionan un soporte	— Requieren un entrenamiento previo:

material a la entrevista facilitando su archivo y recuperación:

  - Ya que registran las respuestas y su valoración en un cuadernillo/archivo de ordenador.

— Mejoran la fiabilidad de la información obtenida:

  - Ya que limitan la variabilidad de la información.

— Definen los fenómenos que se van a evaluar.
— Establecen el orden y la redacción de las preguntas.

- Más intenso en las entrevistas basadas en el entrevistador (para clínicos; semiestructuradas) (15-30 días) que en las basadas en el entrevistado (para legos entrenados; más estructuradas) (2-7 días).

La *Entrevista para los Trastornos Afectivos y la Esquizofrenia para Niños en Edad Escolar-Versión Actual y Vital* (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version, K-SADS-PL; Kaufman y cols., 1997) es otra entrevista diagnóstica pluridimensional que se puede utilizar para evaluar menores de entre 6 y 18 años. La K-SADS-PL es una entrevista semiestructurada que recoge la información proporcionada por el niño o adolescente, sus padres y otras fuentes de información como los maestros, los abuelos u otros médicos, y que ha sido adaptada al español en México por Ulloa y cols. (2006) con buenos índices de fiabilidad entre entrevistadores, y ha sido modificada por César Soutullo de la Clínica Universitaria de Navarra para adecuarla al español de España.

TABLA 4.2
Ejemplos de ítems de la Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes (DICA-R), versión para padres

Episodio depresivo

Hasta ahora todas las preguntas hacían referencia a cosas que sus hijos han podido hacer. Ahora le voy a preguntar acerca de cómo se sienten en distintas situaciones y momentos.

A. Disforia

168. ¿Es de esas personas que se ponen tristes, desanimadas o deprimidas durante mucho tiempo?

169. *A.* Durante las dos últimas semanas, ¿se ha sentido mucho más triste, desgraciado y deprimido de lo normal? **(si no, pasar a pregunta 169.E).**
B. Durante las dos últimas semanas, ¿se ha sentido triste, desgraciado y deprimido cada día o casi cada día?
C. En los días que se sentía mal, triste y deprimido, ¿le duraban estos sentimientos la mayor parte del día?
D. ¿Se sentía peor por las mañanas o por las tardes?
E. ¿Puede recordar alguna otra temporada en su vida en que se sintiera triste, desanimado o deprimido mucho

más de lo normal? **(si no, pasar a pregunta 170).**
F. ¿Cuándo fue esta temporada? **(si hace más de un año preguntar *G*).**
G. ¿Cuántos años tenía entonces?

170. *A.* Durante las dos últimas semanas, ¿ha tenido ganas de llorar?

Para el diagnóstico con adolescentes, especialmente con los de más edad, también se puede utilizar alguna de las entrevistas diagnósticas estructuradas diseñadas para adultos, entre las cuales una de las más utilizadas en España es la *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica* (SCID-I VC; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1999). La SCID-I VC fue diseñada para evaluar adultos, pero también se puede utilizar en adolescentes, ya que supuestamente utiliza un lenguaje apropiado para personas incluso de entre 12-13 años de edad. La SCID-I VC consta de un módulo de exploración general del paciente (módulo de Visión general) y módulos específicos dirigidos a evaluar distintos tipos de trastornos del DSM-IV. El módulo de Visión general incluye preguntas para recabar información sobre datos demográficos, historia académica, historia ocupacional, tratamiento actual, motivo de consulta, descripción del problema e inicio del mismo, aparición o recurrencia de síntomas, contexto ambiental, posibles precipitantes del problema, curso del problema, historia de tratamientos, presencia actual de otros problemas y funcionamiento social. Entre los módulos específicos, existe uno (módulo A de Episodios afectivos) destinado específicamente a la evaluación de los trastornos del estado de ánimo y que incluye preguntas para evaluar el episodio depresivo mayor, el episodio maníaco, el episodio hipomaníaco, el trastorno distímico, el trastorno de estado de ánimo debido a enfermedad médica y el trastorno de estado de ánimo inducido por sustancias, y otro módulo (módulo D de Trastornos del estado de ánimo) que incluye algoritmos o árboles de decisión dirigidos a realizar, a partir de la información del Módulo A, el diagnóstico del trastorno bipolar I y II, del trastorno bipolar no especificado, del trastorno depresivo mayor y del trastorno depresivo no especificado. La aplicación de la SCID-I VC puede llevar entre 45 y 90 minutos, según la complejidad del caso, las capacidades verbales e intelectuales del paciente y la habilidad del clínico, pero la aplicación del módulo de Visión general suele durar entre 15 y 20 minutos y la de los módulos A y C entre 10 y 20 minutos. La SCID-IV es una entrevista basada en el entrevistador, es decir, una entrevista que requiere un clínico con experiencia, ya que en su desarrollo y valoración no se acepta automáticamente la respuesta del paciente, sobre todo si se contradice con otra información o el clínico cree que no es válida, sino que está basada en el juicio clínico del entrevistador respecto a si la información dada por el paciente implica el cumplimiento del criterio diagnóstico correspondiente del DSM-IV. Para ello, el protocolo de la SCID-I VC incluye tres opciones de puntuación: positiva, si se ha comprobado que el criterio diagnóstico explorado se cumple; negativa, si no se cumple, e interrogación, si no ha sido posible establecer si se cumple o no y, en consecuencia, es

necesario recoger información adicional (por ejemplo, mediante entrevista a los allegados o mediante entrevistas posteriores con el paciente). Además, el entrevistador es libre de añadir todas las preguntas que considere necesarias para confirmar la validez del juicio que tiene que hacer.

2.2. Instrumentos para identificar y cuantificar la sintomatología depresiva

Para cuantificar la gravedad de la sintomatología depresiva para, por ejemplo, estimar la gravedad del trastorno y monitorizar la marcha del proceso terapéutico, es aconsejable utilizar algún tipo de escala, cuestionario o inventario de síntomas depresivos. En este caso, el *Inventario de Depresión Infantil* (Children's Depression Inventory; CDI) de Kovacs (Kovacs y Beck, 1977; Kovacs, 1992), en su adaptación española (Kovacs, 2004), parece la mejor sugerencia. El CDI está diseñado para evaluar la depresión en niños y adolescentes de entre 7 y 15 años, y contiene 27 ítems (16 de la escala de disforia y 11 de la escala de autoestima) que reflejan distintos síntomas depresivos y que presentan, cada uno de ellos, tres afirmaciones alternativas (valoradas de 0 a 2 puntos) entre las cuales el niño o adolescente debe elegir la que mejor describa cómo se ha sentido últimamente (véase la tabla 4.3). El CDI puede administrarse de forma individual o colectiva, siendo su tiempo de aplicación habitual entre 10 y 25 minutos.

TABLA 4.3
Ejemplos de ítems del Inventario de Depresión Infantil (CDI)

Marca con un aspa (X) el cuadrado de la frase que describa mejor cómo te has encontrado últimamente:

1.	☐ Estoy triste de vez en cuando. ☐ Estoy triste muchas veces. ☐ Estoy triste siempre.
3.	☐ Hago bien la mayoría de las cosas. ☐ Hago mal muchas cosas. ☐ Todo lo hago mal.
9.	☐ No pienso en matarme. ☐ Pienso en matarme pero no lo haría. ☐ Quiero matarme.

FUENTE: Kovacs (2004).

La adaptación española del CDI presenta unos índices de fiabilidad y validez en general adecuados (Kovacs, 2004). Así, los coeficientes de fiabilidad de consistencia interna son adecuados para la puntuación total y la puntuación de la escala de disforia (alfas de Cronbach = 0,80 y 0,75, respectivamente), pero presenta algunas carencias para

la puntuación de la escala de autoestima (alfa de Cronbach = 0,66). Respecto a la fiabilidad test-retest, los coeficientes de estabilidad temporal a las dos semanas son adecuados teniendo en cuenta la naturaleza inestable de la sintomatología depresiva en población normal (coeficientes de correlación test-retest de 0,38, 0,35 y 0,43, para las puntuaciones totales, de la escala de Disforia y de la escala de Autoestima, respectivamente). En cuanto a la validez, los análisis factoriales de la versión española arrojan una solución de dos factores correlacionados coherente con la existencia de las dos escalas de disforia y autoestima y con la obtención de una puntuación total, y, por otro lado, los índices de validez convergente respecto a la escala de inestabilidad emocional de la adaptación española del Cuestionario Big Five de Personalidad para Niños y Adolescentes (BFQ-NA; Barbaranelli, Caprara y Rabasca, 2006) oscilan entre 0,34 y 0,46, los cuales pueden considerarse adecuados o adecuados con algunas carencias según los criterios establecidos por Prieto y Muñiz (2000).

En su adaptación española (Kovacs, 2004), el CDI incluye ejemplares autocorregibles y baremos (percentiles, puntuaciones típicas y puntuaciones *T* con media igual a 50 y desviación típica igual a 20) para la puntuación total y las dos escalas en función del sexo y la edad (varones y mujeres, y tres grupos de edad: 7-8, 9-10 y 11-15 años). A la hora de interpretar las puntuaciones totales del CDI, se considera que una puntuación menor del percentil 90 indicaría la ausencia de sintomatología depresiva, un percentil entre 90 y 96 la presencia de sintomatología depresiva ligera, y un percentil mayor de 96 la existencia de sintomatología depresiva grave; en términos de puntuaciones brutas, una puntuación total de 19 sugeriría la presencia de un trastorno depresivo, la cual habría que confirmar posteriormente mediante la correspondiente entrevista diagnóstica estructurada.

El CDI es, sin duda, el cuestionario más utilizado en la evaluación de la depresión infantil, tanto en nuestro país como a nivel internacional, y es uno de los más sencillos y rápidos de contestar. Además, cuenta con una forma abreviada de tan solo 10 ítems que tanto en su versión original como en su versión española parecen reunir características psicométricas parecidas a las de la forma completa (Del Barrio, 1997). Todas estas características suponen ventajas para su utilización clínica. Por el contrario, entre sus desventajas está el hecho de que fue construido sobre la base de un instrumento diseñado para evaluar la depresión en adultos, el Inventario para la Depresión de Beck (BDI; véase Sanz, 2013), lo que implica que no refleja totalmente las características fenomenológicas de la depresión infantil o adolescente, y que su lenguaje y formato a veces es complicado para niños pequeños.

Como alternativa al CDI se puede utilizar el *Cuestionario de Depresión para Niños* (Children’s Depression Scale, CDS) de Lang y Tisher (1983). El CDS contiene 66 ítems, 48 correspondientes a sus subescalas depresivas y 18 a sus subescalas positivas, y todos ellos se valoran con escalas tipo Likert de 5 puntos, desde 1 («muy en desacuerdo») a 5 («muy de acuerdo») (véase la tabla 4.4). El CDS es aplicable a niños y adolescentes de

entre 8 y 16 años, y su aplicación suele llevar entre 30 y 40 minutos y realizarse de forma oral, bien colectivamente contestando los niños o adolescentes en hojas de respuesta o bien individualmente contestando el niño o adolescente en la hoja de respuesta o contestando mediante tarjetas individuales para cada una de las opciones de respuesta y de los ítems.

TABLA 4.4
Ejemplos de ítems del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)

Otros niños han contestado a las frases que voy a leer, diciendo cómo piensan o cómo sienten, si están de acuerdo o no sobre lo que se dice en esas frases [...]. Para que veáis cómo se contesta voy a poner un ejemplo en la pizarra. [...] Si un niño contesta debajo de ++ es que está muy de acuerdo con lo que dice la frase, [...]. Si señala debajo ± es que no está muy seguro, que está entre el sí y el no.

++	Muy de acuerdo.
+	De acuerdo.
±	No estoy seguro.
–	En desacuerdo.
—	Muy en desacuerdo.
11.	Me siento solo muchas veces.
26.	Frecuentemente me siento desgraciado/triste/desdichado.
28.	A menudo me odio a mí mismo.
30.	Frecuentemente, pienso que merezco ser castigado.
50.	Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar.

FUENTE: Lang y Tisher (2003)

El CDS permite obtener una puntuación para cada una de las 6 siguientes subescalas de depresión: respuesta afectiva (por ejemplo, «algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar»), problemas sociales (por ejemplo, «me siento solo muchas veces»), autoestima (por ejemplo, «a menudo me odio a mí mismo»), preocupación por la muerte o la salud (por ejemplo, «me despierto a menudo durante la noche»), sentimientos de culpabilidad (por ejemplo, «frecuentemente, pienso que merezco ser castigado») y depresivos varios (por ejemplo, «creo que se sufre mucho en la vida»), así como una puntuación total producto de la suma de las subescalas de depresión (total depresivo). Asimismo, el CDS permite obtener una puntuación para dos subescalas positivas, que se

puntúan de forma inversa (por ejemplo, una puntuación alta implica la ausencia de emociones, pensamientos o conductas motoras positivas): ánimo-alegría (por ejemplo, «me siento alegre la mayor parte del tiempo») y positivos varios (por ejemplo, «en mi familia todos nos divertimos mucho juntos»), cuya suma resulta en una puntuación total que indica la ausencia de emociones, pensamientos y conductas motoras positivas (total positivo).

La adaptación española del CDS cuenta con propiedades psicométricas en general adecuadas (Lang y Tisher, 2003), especialmente para el total negativo y el total positivo. Así, los coeficientes alfa de fiabilidad de consistencia interna para estas últimas escalas son, respectivamente, 0,91 y 0,69, mientras que las subescalas de depresión o positivas oscilan entre 0,51 y 0,74. Los coeficientes de estabilidad temporal o fiabilidad test-retest a un año del total negativo y del total positivo son, respectivamente, 0,51 y 0,48, mientras que los de las subescalas de depresión o positivas varían entre 0,33 y 0,52. Finalmente, los coeficientes de correlación con la escala de neuroticismo o inestabilidad emocional de la adaptación española del Cuestionario de Personalidad de Eysenck para Niños (EPQ-J; Eysenck y Eysenck, 1989) oscilan entre 0,10 y 0,45, siendo la mayoría de tales coeficientes adecuados o adecuados con algunas carencias.

En su adaptación española (Lang y Tisher, 2003), el CDS incluye baremos (percentiles y decatipos con media igual a 5,5 y desviación típica igual 2,2) para las 8 subescalas y las dos puntuaciones totales, elaborados a partir de una muestra de niños y adolescentes de 8 a 15 años, y baremos (percentiles y puntuaciones *S* con media igual a 50 y desviación típica igual a 20) para las dos puntuaciones totales, elaborados con una muestra de niños de octavo de EGB (equivalente a segundo de la ESO en el actual sistema educativo español). Al interpretar las puntuaciones totales del CDI, se considera significativa una puntuación igual o mayor de dos desviaciones típicas por encima de la media, lo que en el total negativo se traduce en una puntuación igual o mayor de 194, y en el total positivo en una puntuación igual o mayor de 56.

La última edición de la adaptación española del CDS (Lang y Tisher, 2014) presenta como novedad un sistema de corrección mediante Internet y la inclusión de una versión en euskera. Esa versión dispone de un ejemplar específico con las instrucciones, los ítems y los espacios necesarios para las respuestas, pero no de hojas de respuestas separadas ni de tarjetas. La versión en euskera ha sido validada con una muestra de niños y adolescentes del País Vasco y dispone de baremos en percentiles elaborados a partir de esa muestra (Lang y Tisher, 2014).

Entre las ventajas del CDS para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes destacan el que está construido específicamente para niños y que proporciona información en múltiples aspectos de la depresión (por ejemplo, las subescalas negativas y positivas), mientras que entre sus inconvenientes cabe mencionar que su contestación puede llevar mucho tiempo.

Por último, la *Escala para la Evaluación de la Depresión para Maestros* (ESMD;

Domènech y Polaino, 1990) se puede utilizar para obtener información de otras fuentes distintas al propio niño. La ESMD es una escala que ha sido específicamente elaborada para la población española y que cuenta con características psicométricas adecuadas para su utilización en la evaluación de niños entre 6 y 12 años. La ESMS debe ser completada personalmente por el maestro o la maestra para cada niño o niña y después del inicio del curso, cuando ya haya tenido tiempo suficiente para conocer a sus alumnos. La ESMS está compuesta de 16 ítems en los que se pregunta al docente por la presencia de síntomas depresivos afectivos (por ejemplo, «¿cree que está triste?»), cognitivos (por ejemplo, «¿entiende las explicaciones en clase?», «¿se cree inferior a los otros?»), físicos (por ejemplo, «¿se le ve cansado?») y motivacionales (por ejemplo, «¿se divierte?», «¿participa en el juego con los amigos?»), así como por problemas de rendimiento y funcionamiento escolar (por ejemplo, «¿su trabajo escolar es satisfactorio?», «¿está solo en el recreo?»). Para cada ítem, el maestro debe decidir si el síntoma o problema está presente «casi nunca», «algunas veces» o «casi siempre», opciones de respuesta que son valoradas con 0, 1 o 2, respectivamente, y que permiten obtener una puntuación en la ESMS entre 0 y 32. Las puntuaciones medias o medianas obtenidas en la población escolar española oscilan entre 7 y 8, con una desviación típica de casi 6, por lo que se suele considerar una puntuación de 14 como punto de corte para identificar con la ESMS niveles significativos de sintomatología depresiva (Del Barrio y Mestre, 1989; Domènech y Polaino, 1990).

TABLA 4.5
Inventarios, cuestionarios y escalas disponibles en España para la evaluación específica de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes

Nombre	Edad	Informantes	Número de ítems	Referencias en España
Cuestionario de Depresión para Niños (CDS; Children's Depression Scale).	8-16	Niños y adolescentes	66	Lang y Tisher (2003).
Escala de Depresión para Niños de Reynolds (RCDS; Reynolds Child Depression Scale).	9-12	Niños	30	Del Barrio, Colondrón, de Pablo y Roa (1996); Figueras, Amador y Guàrdia (2008).
Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (RADS; Reynolds Child Depression Scale).	13-17	Adolescentes	30	Del Barrio y cols. (1996); Figueras-Masip, Amador-Campos y Peró-Cebollero (2008).
Escala de Evaluación de la Depresión (EED).	10-18	Niños y adolescentes	39	Del Barrio, Silva, Conesa-Pareja, Martorell y Navarro (1993).

Escala para la Evaluación de la Depresión para Maestros (ESMD; Domènech y Polaino, 1990).	6-12	Maestros	16	Domènech y Polaino (1990); Del Barrio y Mestre (1989).
Escala de Depresión Preescolar para Maestros (ESDM 3-6).	3-6	Maestros	19	Domènech-Llaberia, Araneda, Xifró y Riba (2003).
Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck Depression Inventory, Second Edition).	13-18	Adolescentes	21	Beck, Steer y Brown (2011); Sanz (2013).
Inventario de Depresión Infantil (CDI; Children's Depression Inventory).	7-15	Niños y adolescentes	21	Kovacs (2004).

Otros instrumentos creados o adaptados en España para la evaluación específica de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes se recogen en la tabla 4.5. En Del Barrio (1997), Nezu, Ronan, Meadows y McClure (2000) y Polaino-Lorente (1988) se puede encontrar una revisión más extensa de la mayoría de ellos, así como de otros instrumentos específicamente diseñados para la depresión infantil o adolescente, tanto autoaplicados o de autoinforme como heteroaplicados o de heteroinforme (completados por los padres, maestros o compañeros de clase).

Como alternativa a todos estos instrumentos específicos o como estrategia complementaria para la identificación de otros trastornos mentales y problemas asociados, el clínico podría también utilizar algunos de los instrumentos psicopatológicos multidimensionales para niños y adolescentes que incluyen entre sus escalas clínicas alguna o algunas diseñadas para la identificación y cuantificación de síntomas depresivos. Ejemplos de estos últimos instrumentos son, entre los creados o adaptados en España, el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon o MACI (Millon, 2011), el Youth Self-Report o YSR (Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez, 1992, Lemos Giráldez, Vallejo Seco y Sandoval Mena, 2002; Sandoval, Lemos y Vallejo, 2006) y el Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes o BASC (Reynolds y Kamphaus, 2004). Así, por ejemplo, el MACI dispone de las escalas de afecto depresivo, tendencia al suicidio, desvaloración de sí mismo y personalidad pesimista, mientras que tanto el YSR como el BASC disponen de una escala de depresión y el BASC, además, de una escala de autoestima y otra de confianza en sí mismo que pueden ser útiles para evaluar síntomas o factores cognitivos relacionados con la depresión. Por otro lado, el BASC, junto al cuestionario de autoinforme para los niños o adolescentes, también dispone de dos cuestionarios de heteroinforme, uno para los padres y otro para los tutores o profesores, los cuales también incluyen ambos una escala de depresión, y tanto para los cuestionarios de autoinforme como para los de heteroinforme el BASC dispone de diversas formas para tres grupos de edad: de 4 a 5 años, de 6 a 11 años y de 12 a 18 años, salvo para el grupo de niños más pequeños que,

obviamente, no cuentan con un cuestionario de autoinforme (el autoinforme estaría indicado a partir de los 8 años de edad). Sin embargo, es importante señalar que, en general, las propiedades psicométricas de las escalas de depresión de estos instrumentos multidimensionales suelen ser más pobres que las de los instrumentos específicos para la depresión.

2.3. Instrumentos para evaluar los factores causales

Para la evaluación de los constructos que se han propuesto como factores de vulnerabilidad a la depresión infantil y adolescente o como determinantes actuales de la misma y que se han analizado en el capítulo 3 (por ejemplo, actitudes disfuncionales, pensamientos automáticos negativos, estilo atribucional depresivo, rumiación cognitiva, sucesos estresantes, habilidades sociales, habilidades de solución de problemas, etc.), se cuenta también con varios instrumentos diseñados específicamente para niños y adolescentes, y que o bien han sido creados en España o bien han sido adaptados a la población española. Sin ánimo de ser exhaustivos, a continuación se mencionarán y describirán algunos de ellos.

Para la evaluación de las **actitudes disfuncionales** se pueden utilizar el *Inventario de Creencias Irracionales* (ICI) de Capafóns, Sosa, Conesa-Peraleja, Navarro y Silva (1993) o el *Inventario de Creencias Irracionales para Adolescentes* (TCI-A) de Cardeñoso y Calvete (2004), dos instrumentos elaborados específicamente para niños y adolescentes españoles. El ICI es un cuestionario compuesto de 33 afirmaciones o ítems cuyo contenido se deriva de las once creencias irracionales propuestas por Ellis (1962) en el marco de su terapia racional emotiva, y en el que, para cada una de esas afirmaciones, se pide a los niños y adolescentes que contesten afirmativa o negativamente para expresar su acuerdo o desacuerdo con ellas. El TCI-A fue diseñado para evaluar las creencias irracionales de los adolescentes y también está basado en las creencias irracionales propuestas por Ellis y, en concreto, en varios instrumentos previos creados para su evaluación (Burnett, 1996; Jones, 1968). El TCI-A consta de 37 ítems que reflejan actitudes disfuncionales de:

a) Aceptación y éxito (implican una sobrevaloración de la aprobación de los demás y la creencia de que una persona debe tener éxito y ser totalmente competente en todo lo que hace).
b) Indefensión (creencias irracionales sobre la falta de control del adolescente respecto a los acontecimientos de su vida y sus propias emociones).
c) Culpabilización (si el adolescente cree que es necesario castigar a quien incumple las reglas).
d) Evitación de problemas (implican la creencia de que es mejor eludir y evitar los problemas que se presentan en la vida).

e) Intolerancia a la frustración (si el adolescente cree que las cosas deberían ser siempre fáciles y tal y como uno desea).

Los ítems que evalúan esas creencias conforman cinco subescalas, a las que hay que unir una sexta de justificación de la violencia, que evalúa actitudes disfuncionales sobre la legitimidad del uso de la violencia y sobre cómo dicho uso aumenta la autoestima y garantiza el respeto y la aceptación por parte de los demás (por ejemplo, «a veces hay que pegar a otros cuando se lo merecen», «es mejor meterse en una buena bronca a que piensen que soy un cobarde»), actitudes que pueden desempeñar un papel muy importante en los casos en que la depresión aparece acompañada de ataques de ira y de agresiones verbales o físicas. La TCI-IA solicita al adolescente que indique su grado de acuerdo con esas actitudes y creencias mediante una escala de tipo Likert de 1 («nada de acuerdo») a 4 («completamente de acuerdo»), de manera que, además de una puntuación para cada una de las seis subescalas mencionadas, se puede obtener una puntuación global sobre la existencia de creencias irracionales que oscila entre 37 y 148.

Para evaluar los **pensamientos automáticos negativos** y, en general, para la evaluación del **autodiálogo,** se puede utilizar el *Inventario de Autodiálogo de Burnett* (Burnett Self-Talk Inventory o BSTI; Burnett, 1996), en su adaptación española para adolescentes de Calvete y Cardeñoso (2002), o el *Inventario de la Tríada Cognitiva para Niños* (Cognitive Triad Inventory for Children o CTI-C; Kaslow, Stark, Printz, Livingston y Tsai, 1992), en su adaptación española de Lozano y cols. (2016). En la adaptación española del BSTI para adolescentes se presentan 10 situaciones imaginarias (por ejemplo, «acabas de recibir una nota realmente buena en el examen de matemáticas»; «tu mejor amigo/a ya no quiere serlo porque te peleaste con él/ella») y se pide al adolescente que conteste, usando un formato de respuesta de «sí», «a veces» o «no», si ante esas situaciones se diría a sí mismo 32 afirmaciones que constituyen los ítems del BSTI. Estas afirmaciones reflejan:

a) Pensamientos positivos que facilitan el control del miedo y el manejo de la tarea (por ejemplo, «todo saldrá bien»).
b) Autoinstrucciones de afrontamiento para dirigir el pensamiento y autorregular la conducta (por ejemplo, «relájate y deja que las palabras fluyan»).
c) Pensamientos negativos centrados en uno mismo y que reflejan una autoevaluación negativa (por ejemplo, «soy un desastre»).
d) Pensamientos negativos centrados en los demás, en particular, en que los demás valorarán negativamente la propia conducta (por ejemplo, «todo el mundo se va a reír de mí»).

El inventario original permite obtener puntuaciones en dos escalas, una de autodiálogo positivo (16 ítems) y otra de autodiálogo negativo (16 ítems), pero la adaptación española, además de esas dos subescalas, permite obtener puntuaciones

separadas para cuatro subescalas, dos positivas y dos negativas: cogniciones positivas (10 ítems), autoinstrucciones de afrontamiento (6 ítems), cogniciones negativas centradas en uno mismo (9 ítems) y cogniciones negativas centradas en los demás (7 ítems). El CTI-C consta de 36 ítems que reflejan pensamientos sobre uno mismo, el mundo y el futuro en relación con la tríada cognitiva negativa de la depresión propuesta por la teoría de Beck (Beck, 1987; Beck y cols., 1979/ 1983; véase el capítulo 3), de manera que el inventario dispone de tres subescalas (yo, mundo y futuro), una para cada uno de esos tres tipos de pensamientos. Cada subescala incluye 12 ítems, la mitad sobre pensamientos negativos (por ejemplo, «pienso que soy un fracaso»; «me ocurren muchas cosas malas») y la otra mitad sobre pensamientos positivos (por ejemplo, «en el futuro me pasarán muchas cosas divertidas»; «soy una buena persona»), a los que hay contestar utilizando tres opciones de respuesta respecto a si alguna vez se han experimentado tales pensamientos («sí», «quizá» y «no»). En la adaptación española del CTI-C, realizada con una muestra de niños y niñas de edades comprendidas entre los 8 y los 13 años, esas opciones de respuesta han sido sustituidas por una escala de tipo Likert con cinco alternativas que preguntan por la frecuencia con que se han experimentado los pensamientos («nunca», «casi nunca», «algunas veces», «casi siempre» o «siempre») y, además, se han eliminado los ítems con peores propiedades psicométricas para obtener una versión breve de tan solo 18 ítems en lugar de 36 (Lozano y cols., 2016).

A pesar de disponer de instrumentos como el BSTI y el CTI-C, en la práctica clínica es mucho más frecuente que la evaluación de los pensamientos automáticos negativos y del autodiálogo, tanto en niños como adolescentes, se realice con autorregistros, dado su valor terapéutico, en especial en las terapias cognitivas y cognitivo-conductuales, para ilustrar la relación existente entre pensamientos, emociones y conducta y para que el propio niño o adolescente sea capaz de detectar y modificar dichos pensamientos (véanse los capítulos 5 y 6) y dada, además, su versatilidad para adaptarse a la evaluación de todo tipo de pensamientos y de parámetros, factores y consecuencias relacionados con los mismos (por ejemplo, frecuencia del pensamiento y grado de credibilidad, tipo de emoción que genera e intensidad de la misma, situación en que aparece el pensamiento, comportamiento que sigue al pensamiento, etc.). En la tabla 4.6 se recoge un autorregistro situación-pensamiento-emoción diseñado por Méndez (1998/2001) para que el adolescente lo complete cada vez que sienta tristeza, ansiedad, ira u otra emoción negativa, y en el que se le pide que anote el grado de credibilidad que otorga a los pensamientos, información que será utilizada posteriormente durante la terapia cognitiva para dudar de la veracidad y rotundidad de tales pensamientos como paso previo para su transformación en pensamientos alternativos más saludables y productivos.

En realidad, los autorregistros son un instrumento básico en la práctica e investigación en el campo de la psicología clínica con niños y adolescentes para evaluar no solo todo tipo de síntomas y comportamientos problemáticos (por ejemplo, emociones negativas, pensamientos negativos, consumo de sustancias, problemas de

sueño, problemas con la comida) y factores causales (por ejemplo, acontecimientos estresantes) sino también comportamientos deseables (por ejemplo, la realización de actividades agradables y el grado de placer experimentado durante su realización), y en todos los casos permite evaluar además su frecuencia e intensidad y sus antecedentes y consecuencias.

En el caso de que el clínico considere relevante la evaluación del **estilo atribucional depresivo** se puede utilizar el *Cuestionario de Estilo Atribucional* (Attributional Style Questionnaire, ASQ; Peterson y cols., 1982), adaptado a la población española adolescente por Rodríguez-Naranjo, Godoy y Esteve (2001), el *Cuestionario de Estilo Atribucional para Adolescentes* (ASQ-A), una modificación del instrumento anterior específicamente creada para adolescentes españoles por Rodríguez-Naranjo y Caño (2010), o el *Cuestionario de Estilo Cognitivo para Adolescentes* (Adolescents Cognitive Style Questionnaire, ACSQ; Hankin y Abramson, 2001), en su adaptación española por Calvete y cols. (2007), tres instrumentos basados todos ellos en la teoría de la desesperanza (Abramson y cols., 1989). Como se puede observar en la tabla 4.7, el ACSQ es un cuestionario que presenta 12 escenarios hipotéticos en los que ocurren acontecimientos negativos relevantes para la mayoría de los adolescentes (6 de naturaleza interpersonal y 6 relacionados con el logro o el rendimiento). El ACSQ pide al menor que se imagine cada escenario (por ejemplo, «tienes una gran pelea con tus padres»), que escriba cuál cree que sería la causa principal del acontecimiento si realmente le ocurriera a él o ella y que valore, con escalas de 1 a 7, sus posibles causas y consecuencias, indicando en qué grado cree que el acontecimiento es debido a una causa interna (por ejemplo, «¿te peleaste con tus padres por algo relacionado contigo o por alguna otra razón?»), estable (por ejemplo, «¿crees que la razón por la que te peleaste con tus padres hará que te pelees con ellos de nuevo en el futuro?») y global (por ejemplo, «¿crees que la razón de que te pelearas con tus padres provocará a su vez problemas en otras áreas de tu vida?»), qué probabilidad cree que hay de que el acontecimiento provoque consecuencias negativas futuras (por ejemplo, «¿crees que te sucederán otras cosas malas como consecuencia de haber tenido la pelea con tus padres?») y en qué medida cree que lo sucedido muestra que ha fallado como persona (por ejemplo, «¿crees que algo falla en ti ya que te peleaste con tus padres?»). Una puntuación más alta en cada una de esas escalas indicaría que el adolescente muestra un estilo atribucional depresivo y un estilo cognitivo de desesperanza.

TABLA 4.6
Autorregistro de pensamientos automáticos negativos

Instrucciones. Cada vez que te sientas mal escribe en la columna de la derecha cómo te sientes, por ejemplo «triste», y valora del 1 (mínima tristeza) a 100 (máxima tristeza) tu estado de ánimo. A continuación anota en la casilla central los pensamientos que tienes cuando te sientes mal y valora su grado de credibilidad del 0 % (lo pienso, pero no me lo creo en absoluto) al 100 % (creo que es absolutamente verdad). Por último, apunta en la casilla de la izquierda la situación que desencadenó tus pensamientos automáticos y tus sentimientos

negativos.

Situación	Pensamientos automáticos (credibilidad: 0-100 %)	Sentimientos (intensidad: 1-100)
Suspendo un examen de ecuaciones.	¡Joer, pero qué burro soy para las ecuaciones! Siempre meto la pata en algo. Una que me queda segura para septiembre (90 %). ¡Soy la oveja negra de la familia! (100 %). Prepárate cuando se enteren en casa (100 %).	Desanimado (95) Triste (80) Asustado (70)
Olvido felicitar a Juan por su cumple.	¡Qué desastre! Nunca me acuerdo de las cosas importantes (100 %). Juan estará enfadado conmigo y con razón (100 %).	Cabreado (80) Preocupado (90)

FUENTE: adaptado de Méndez (1998, 2001, p. 128).

Respecto a la evaluación de la **rumiación cognitiva,** se puede utilizar la subescala de respuestas rumiativas de la *Escala de Estilos de Respuestas para Niños* (Children's Response Styles Scale, CRSS; Ziegert y Kistner, 2002), adaptada a la población adolescente española por Padilla Paredes y Calvete Zumalde (2011). Este instrumento, basado en la teoría del estilo de respuesta de Nolen-Hoeksema (1991) que se describió en el capítulo 3, permite diferenciar dos tipos de respuestas rumiativas, la conocida como *brooding* (cavilación melancólica) y la reflexión, consistente la primera en comparar pasivamente la situación actual con una situación deseada no alcanzada, mientras que la segunda se refiere a una cavilación que tiene por objetivo la solución de problemas.

TABLA 4.7
Ejemplos de ítems del Cuestionario de Estilo Cognitivo para Adolescentes (ACSQ)

Instrucciones. Por favor, intenta imaginarte a ti mismo con claridad en cada una de las situaciones siguientes. Ponte a ti mismo en cada situación y decide cuál crees que sería la *causa principal* del acontecimiento si realmente te ocurriera a ti. A continuación te preguntaremos algunas cuestiones sobre qué *significaría* para ti la situación si te ocurriera realmente.

2.Quieres tener novio/a pero no lo tienes (escribe la causa y rodea con un círculo un número):

_____

a) ¿No tienes novio/a por algo relacionado contigo o por alguna otra razón?

Totalmente causado por alguna otra razón	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente causado por algo relacionado conmigo

b) ¿Crees que la razón por la que no tienes novio/a hará que no tengas novio/a tampoco en el futuro?

Nunca más hará que no tenga novio/a	1	2	3	4	5	6	7	En el futuro volverá a hacer que no tenga novio/a

c) ¿Crees que la razón por la que no tienes novio/a provocará a su vez problemas en otras áreas de tu vida?

Solamente causará problemas en mi vida amorosa	1	2	3	4	5	6	7	Causará problemas en todas las áreas de mi vida

d) ¿Crees que te sucederán otras cosas malas debido a que no tienes novio/a?

Nada malo sucederá	1	2	3	4	5	6	7	Sucederán cosas muy malas

e) ¿Crees que algo falla en ti ya que no tienes novio/a?

Nada quiere decir que algo falle en mí	1	2	3	4	5	6	7	Claramente significa que algo falla en mí

FUENTE: Calvete y cols. (2007).

La evaluación de los **sucesos estresantes** en niños y adolescentes se puede abordar, además de con autorregistros y entrevistas, mediante el *Inventario de Estrés Cotidiano Infantil* (IECI), desarrollado por Trianes, Blanca, Fernández-Baena, Escobar y Maldonado (2011) para población infantil española de entre 6 y 12 años, el *Inventario de Acontecimientos Vitales Estresantes* (AVE), desarrollado por Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez-Queija (2008) para población adolescente española (véase también Jiménez García, Menéndez Álvarez-Dardet e Hidalgo García, 2008), y el *Inventario de Acontecimientos Vitales en Infancia y Adolescencia* (AVIA), elaborado por Moreno, del Barrio y Mestre (1992; citado en Moreno, del Barrio y Mestre, 1995b).

El IECI consta de 22 ítems que describen la ocurrencia de sucesos, problemas, demandas y contrariedades en el entorno diario de los niños en tres ámbitos, y sobre los cuales los niños responden si les han sucedido o no («sí» o «no»). Estos tres ámbitos son:

a) Salud (por ejemplo, situaciones de enfermedad, visitas al médico).
b) Escuela (por ejemplo, exceso de tareas extraescolares, bajas calificaciones escolares, dificultades en la relación con los compañeros, problemas de interacción con los profesores).
c) Familia (por ejemplo, dificultades económicas, soledad percibida, peleas entre hermanos, exigencias de los padres).

El AVE consiste en un listado de 29 sucesos negativos del ámbito familiar, escolar o del grupo de iguales (por ejemplo, divorcio o separación de los padres, muerte de un familiar, repetición de curso, ruptura con la pareja) y sobre los cuales el/la adolescente debe indicar si le ha ocurrido (0 = «no» y 1 = «sí») y el impacto emocional que ha tenido en él/ella (en una escala de 1 a 10), obteniéndose una puntuación total en número de acontecimientos negativos experimentados (rango = 0-29) y una puntuación total en impacto emocional (rango = 0-114). El AVIA consta de 81 ítems o sucesos vitales, y sobre cada uno de ellos el niño o adolescente debe responder a cuatro preguntas: número de veces que le ha ocurrido el suceso en su vida, el tiempo transcurrido desde cada ocasión, si el suceso le resultó «positivo» o «negativo» y qué grado de importancia le otorgó al mismo (desde 1 = «nada importante» o 5 = «extremadamente importante»). Por tanto, dada su excesiva longitud y complejidad, quizá el AVIA debería reservarse para la evaluación de adolescentes y en contextos de investigación. Una vez administrado alguno de estos cuestionarios de sucesos estresantes (por ejemplo, el IECI o el AVE), puede ser útil mantener una entrevista con los niños y adolescentes para que no expliquen con mayor detalle los sucesos vitales identificados más relevantes y profundizar en sus características y en su relación con los problemas depresivos del menor.

Finalmente, para la evaluación de las **habilidades sociales** se pueden utilizar la *Escala de Asertividad* (EA) y el *Cuestionario de Habilidades de Interacción Social* (en su versión de autoinforme y de heteroinforme), instrumentos ambos diseñados específicamente para niños y adolescentes españoles por Godoy y cols. (1993) y Monjas (1994; véase también Del Prette, Monjas Casares y Caballo, 2006), respectivamente, así como la *Escala de Habilidades Sociales* (EHS) de Gismero (2002) aplicable a adolescentes a partir de los 12 años, mientras que para la evaluación de las **habilidades de solución de problemas sociales** se puede aplicar la adaptación española de la versión abreviada (25 ítems) del *Inventario de Solución de Problemas Sociales-Revisado* (Social Problem Solving Inventory-Revised o SPSI-R; Maydeu-Olivares, Rodríguez-Fornells, Gómez-Benito y D'Zurilla, 2000), que aunque desarrollada con estudiantes universitarios españoles, ha sido aplicada con éxito con adolescentes españoles (Calvete y Cardeñoso, 2005) y permite obtener medidas de cinco estilos de resolver los problemas sociales, dos adaptativos (orientación positiva al problema y solución racional del problema) y tres disfuncionales (orientación negativa al problema, estilo impulsivo-descuidado y estilo de evitación).

3. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

Puesto que, tal y como se ha comentado en el capítulo 1, la depresión es uno de los principales factores de riesgo del suicidio infantil o adolescente, es inexcusable evaluar la posible presencia de ideas o conductas suicidas y, en general, el riesgo de suicidio,

cuando se evalúa a un niño o adolescente que presenta síntomas depresivos. Para ello, los instrumentos de evaluación de la depresión en niños y adolescentes que se han revisado en la sección anterior incluyen preguntas e ítems al respecto que siempre se deben plantear y cuyas respuestas individuales se deben valorar de forma específica, independientemente de la valoración que se haga de los resultados o puntuaciones globales de dichos instrumentos. Esta es una cuestión importante que no debe pasarse por alto, a pesar de que la evaluación de las ideas y conductas suicidas suele ser un área de exploración difícil tanto para el clínico como para la persona evaluada, especialmente si esta persona es un adolescente y aún más si es un niño, ya que los propios clínicos no son ajenos a algunos de los mitos que circulan sobre el suicidio y, específicamente, sobre el suicidio infantil y adolescente, como, por ejemplo, que hablar sobre el suicidio podría inducir al niño o adolescente a llevarlo a cabo, cuando, por el contrario, la realidad es que hablar sobre el tema suele aliviar la angustia y el malestar que el propio adolescente y niño tienen al respecto. En la tabla 4.8 se recogen algunos otros mitos habituales sobre el suicidio cuya presencia en los clínicos puede ser dañina para una correcta evaluación de los trastornos depresivos en la infancia y en la adolescencia.

TABLA 4.8
Mitos y hechos sobre el suicidio en niños y adolescentes

Mito	Hecho
El niño o adolescente que lo dice mucho nunca lo hace.	Uno de cada tres suicidios consumados se habían avisado (por ejemplo, intentos previos, avisos verbales o escritos).
La decisión de suicidarse es irrevocable.	Los sentimientos son ambivalentes (parece como si los niños y adolescentes estuvieran dando pistas para que se les salve).
Un suicida lo es para toda la vida.	Los deseos son transitorios y con frecuencia se arrepienten.
El consumo de drogas no tiene nada que ver con el suicidio.	Alcoholismo y drogadicción son factores de riesgo para la depresión y el suicidio.
Suicidio y depresión son sinónimos.	Hay depresión sin suicidio y hay suicidio sin depresión, pero la depresión es el principal factor de riesgo de suicidio en niños y adolescentes.
El joven que se suicida tiene un trastorno mental grave.	Suceden suicidios impulsivos en adolescentes sin que estos tengan trastornos mentales graves como, por ejemplo, un trastorno psicótico o un trastorno depresivo muy grave.
Hablar del suicidio induce a llevarlo a cabo.	No conviene evitar el tema; hablar del suicidio alivia el malestar que sufre el niño o adolescente.
El suicidio viene de	El suicidio se puede prevenir, no está genéticamente determinado.

familia.

FUENTE: adaptado de Shneidman y Farberow (1961, citado por Polaino, 1988, p. 155).

Por tanto, una primera estrategia útil para la evaluación del riesgo de suicidio sería examinar las puntuaciones de los ítems que evalúan ideas o conductas de suicidio en los instrumentos que miden sintomatología depresiva y que han sido revisados anteriormente. Por ejemplo, si se utiliza con adolescentes el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck y cols., 2011), es útil examinar las puntuaciones del ítem 9 (ideación suicida) y del ítem 2 (pesimismo). En un estudio con la versión original de este instrumento realizado con una muestra comunitaria de adolescentes, se encontró que los ítems 9 y 2 del BDI eran predictores significativos de los intentos futuros de suicidio, multiplicando casi por 7 (*odds ratio* = 6,9) y por 3 (*odds ratio* = 2,8), respectivamente, el riesgo de intentos de suicidio (Lewinsohn, Rohde y Seeley, 1994). Es más, incluso tras controlar las diferencias individuales en la gravedad de la depresión o en los intentos de suicidio realizados en el pasado, los adolescentes que puntuaban más alto en el ítem 9 de ideación suicida tenían significativamente una mayor probabilidad de realizar intentos de suicidio en el futuro. En este sentido, es importante recordar que el ítem 9 (ideación suicida) es el mismo en las tres versiones del BDI (BDI original, BDI-IA y BDI-II; véase Sanz, 2013). Por tanto, los ítems 9 y 2 pueden ser útiles no solo para evaluar las fluctuaciones en ideación suicida y pesimismo en el curso del tratamiento, sino también como elementos de cribado (una puntuación igual o superior a 1) para indicar la necesidad de una evaluación más exhaustiva del riesgo de suicidio. Siguiendo la misma lógica, en el CDI es importante observar la puntuación del niño o adolescente en el ítem 9 (ideación suicida), de manera que una puntuación de 1 o 2 nos alertaría sobre la necesidad de explorar en profundidad la existencia de ideación y conductas suicidas, y de valorar el potencial riesgo de suicidio. De igual manera, también es importante en el CDS observar la puntuación del niño o adolescente en los ítems relacionados con la ideación suicida: ítems 34 («a veces pienso que no vale la pena vivir esta vida»), 47 («a veces sueño que tengo un accidente o me muero») y 53 («a menudo me imagino que me hago heridas o que me muero»).

La constatación de un cribado positivo con esta estrategia podría continuarse con la realización de una entrevista tanto con el menor como con sus padres y en la que podría explorarse con mayor profundidad la presencia de ideas y planes de suicidio utilizando preguntas parecidas a las que se recogen en la tabla 4.9.

Además de explorar la ideación y conductas suicidas actuales, la evaluación debe abarcar otros factores de riesgo de suicidio. Junto con la depresión, los siguientes factores aumentan el riesgo de suicidio infantil y adolescente (Pfeffer, 1995; Steele y Doey, 2007):

— Intentos previos de suicidio.
— Historia familiar de trastornos del estado de ánimo.
— Historia familiar de conductas suicidas.
— Existencia de abuso infantil (maltrato físico, abuso sexual).
— Existencia de acoso escolar.
— Exposición a violencia familiar.
— Impulsividad.
— Perfil cognitivo de rigidez, pesimismo o desesperanza y pobres habilidades de solución de problemas.
— Disponibilidad de agentes letales (por ejemplo, armas de fuego).
— Presencia de otros trastornos psicológicos, especialmente abuso de drogas y alcohol, conductas antisociales y síntomas psicóticos.

Esta evaluación se puede hacer a través de una entrevista semiestructurada que, de nuevo, debería realizarse de forma separada tanto con el niño o adolescente como con los padres. Con estos también se debería abordar la existencia de algunas señales de planes de suicidio que se deben interpretar en el contexto de los síntomas y factores de riesgo existentes. Tales señales son, por ejemplo, el que el niño o adolescente esté regalando sus pertenencias a los demás, se esté despidiendo de familiares y amigos, esté escribiendo acerca de la muerte o el suicidio en redes sociales, esté corriendo riesgos importantes, o se esté aislando o desee estar solo. Además, se debería valorar la estabilidad familiar y la presencia y disponibilidad de apoyo social, para así poder diseñar un plan adecuado de seguridad si el riesgo de suicidio es alto. De hecho, la valoración de los factores protectores del suicidio también es importante, aunque todavía no se ha realizado mucha investigación al respecto y son pocos los factores demostrados empíricamente. Entre ellos, quizá el más sólido sea la existencia de relaciones familiares positivas y cohesionadas (Steele y Doey, 2007).

TABLA 4.9
Algunos ejemplos de áreas y preguntas para la evaluación del riesgo de suicido en una entrevista con el niño o adolescente con depresión o con sus padres

Área	Preguntas para el niño o adolescente	Preguntas para los padres
Ideas de suicidio	— ¿Sientes que no merece la pena vivir? — ¿Piensas en la muerte o en el suicidio? — ¿Cuándo empezaste a tener pensamientos sobre tu muerte o a pensar en matarte? — ¿Hubo algún suceso que provocó la aparición de esos pensamientos? — ¿Con qué frecuencia piensas en la muerte o en querer matarte? — Cuando piensas en la muerte o en querer matarte, ¿qué te hace sentirte mejor?, ¿estar con los amigos?,	— ¿Habla de la muerte con frecuencia? — ¿Dice que quiere morirse? — ¿Ha amenazado alguna vez con suicidarse? — ¿Ha comentado que la vida no merece la pena o que quiere mandarlo todo a paseo? — Algunos niños o adolescentes cuando están deprimidos piensan que los demás estarían mejor si ellos

	¿estar con tu novio/a?, ¿beber alcohol?, ¿estar con la familia? — Cuando piensas en la muerte o en querer matarte, ¿qué te hace sentir peor?, ¿estar solo?, ¿pelearte con la familia?, ¿pelearte con tu novio/a?, ¿haber bebido? — Cuando piensas en matarte o en tu muerte, ¿puedes detener esos pensamientos?, ¿puedes llamar a alguien en busca de ayuda cuando aparecen? — ¿Crees que los demás estarían mejor si tú desaparecieses?, ¿sería una liberación para ti, se acabarían tus problemas? — ¿Qué te hace detenerte, echarte para atrás?, ¿tus amigos?, ¿tu familia?, ¿tu novia/o?, ¿tus ideas religiosas?	se muriesen. ¿Cree su hijo eso?, ¿les ha comentado algo?
Planes de suicidio	— ¿Tienes algún plan para terminar con tu vida? — ¿Te has imaginado alguna vez cómo sería tu funeral o cómo reaccionaría la gente ante tu muerte? — ¿Has ensayado cómo podrías matarte? Por ejemplo, ¿has probado a acercarte a un lugar muy alto desde el que poder lanzarte al vacío?, ¿has probado a ponerte un arma en la cabeza?, ¿has simulado que te ahorcabas con algo?	— ¿Tiene armas en casa?, ¿tiene su hijo acceso a armas? — ¿Tiene medicamentos peligrosos en casa? — ¿Tiene su hijo acceso a medicamentos o a sustancias peligrosas?

4. FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO

Tras la aplicación de los instrumentos revisados en las secciones anteriores que, en cada caso, hayan parecido relevantes para entender la demanda que plantea el niño o adolescente que acude a consulta o sus padres, idealmente el profesional debería disponer de información suficiente para:

a) Identificar y clarificar el trastorno depresivo y los problemas psicológicos que el niño o adolescente puede presentar.
b) Identificar y clarificar los posibles factores causales responsables del trastorno depresivo y del resto de problemas psicológicos asociados.

El siguiente paso, dentro de la psicoterapia, es integrar toda esa información para establecer hipótesis causales e identificar en cada niño o adolescente individual cuáles son los factores causales concretos más importantes que influyen en su trastorno depresivo y, entre estos factores causales, cuáles son modificables y, por tanto, pueden constituirse en objetivos del tratamiento. A este proceso de identificación de relaciones causales importantes y modificables, aplicables a determinados trastornos psicológicos o conductas problema de una persona en particular, se le conoce como formulación clínica del caso y, en el contexto de la terapia de conducta, como análisis funcional (Graña, 2005; Haynes, 2005; Haynes, Godoy y Gavino, 2011).

La formulación clínica o análisis funcional del caso permite determinar los objetivos

terapéuticos y escoger o diseñar el mejor tratamiento para cada niño o adolescente individual. La formulación del caso puede adoptar distintas formas, en función del esquema teórico de partida que se utilice para integrar la información sobre el trastorno depresivo y sus factores causales. Un esquema clásico general en terapia de conducta es el que distingue antecedentes-conductas-consecuencias (ABC por sus siglas en inglés, *Antecedents-Behaviors-Consequences*) o, alternativamente, antecedentes-organismo-conductas-consecuencias, y, dentro de los enfoque cognitivos, el que distingue antecedentes-creencias-consecuencias (que también se conoce como ABC por sus siglas en inglés, *Antecedents-Beliefs-Consequences*). Sin embargo, actualmente los esquemas teóricos en el análisis funcional abarcan un mayor número de variables, son muy flexibles conceptual y metodológicamente y pueden partir tanto de esquemas teóricos generales aplicables a todo tipo de problemas como, por ejemplo, el esquema que se presenta en la tabla 4.10, hasta esquemas teóricos más específicos, basados, por ejemplo, en las teorías y modelos explicativos de la depresión que se recogen en las figuras 3.1 y 3.2 (o en las teorías y modelos que se revisan en Sanz y Vázquez, 2008). En cualquier caso, esos esquemas teóricos nomotéticos deben concretarse para cada niño o adolescente en particular, de manera que el análisis funcional sea solo válido y útil para él.

Sea a partir de un esquema teórico general o sea a partir de una teoría específica de la depresión, el análisis funcional se centra en identificar relaciones funcionales causales de muy diverso tipo (por ejemplo, unidireccionales, bidireccionales o recíprocas, moderadoras, mediadoras) entre el trastorno depresivo y los otros problemas psicológicos asociados, entre los propios síntomas del trastorno depresivo, entre todos ellos y sus factores causales, entre los propios factores causales, y, asimismo, se centra en identificar las características más importantes de todas estas variables.

Por otro lado, el análisis funcional se puede utilizar para establecer las hipótesis causales que explican el trastorno depresivo en general o para establecer las hipótesis causales que explican uno o varios síntomas del trastorno; el análisis funcional también se puede aplicar con un enfoque más molar, utilizando factores causales más generales (por ejemplo, problemas escolares, déficit de habilidades sociales), o con un enfoque más molecular, utilizando factores causales más concretos (por ejemplo, suspende una asignatura, déficit en la capacidad de comunicar sentimientos).

Finalmente, es muy habitual que toda la información del análisis funcional se refleje en un diagrama (a veces denominado diagrama analítico-funcional) que, de manera individualizada y más dinámica y gráfica, muestre las relaciones causales identificadas. Este diagrama, a su vez, también puede ser general, como los que se presentan en la figura 4.1 a partir del esquema presentado en la tabla 4.10 o como los que se presentan en las figuras 6.1 y 10.1 en relación con los casos clínicos que se recogen en los capítulos 6 y 10, respectivamente, o pueden ser más específicos, con una representación más detallada de los problemas, sus causas, sus consecuencias, los diferentes tipos de

relaciones funcionales, la intensidad de esas relaciones, el grado de importancia del problema o el grado de modificabilidad de las variables causales (véase Haynes, 2005; Haynes y cols., 2011).

TABLA 4.10
Esquema teórico general para realizar un análisis funcional

Antecedentes	Conductas problema	Consecuencias
Factores de vulnerabilidad	**Cognitivas**	**A corto plazo**
–Factor 1 –Factor 2 –(...)	–Conducta 1 –Conducta 2 –(...)	–Consecuencia 1 –Consecuencia 2 –(...)
Factores desencadenantes	**Fisiológicas**	**A medio y largo plazo**
a) *Internos* –Factor 3 –Factor 4 –(...)	–Conducta 3 –Conducta 4 –(...)	–Consecuencia 3 –Consecuencia 4 –(...)
b) *Externos* –Factor 5 –Factor 6 –(...)	**Motoras** –Conducta 5 –Conducta 6 –(...)	
	Emocionales –Conducta 7 –Conducta 8 –(...)	

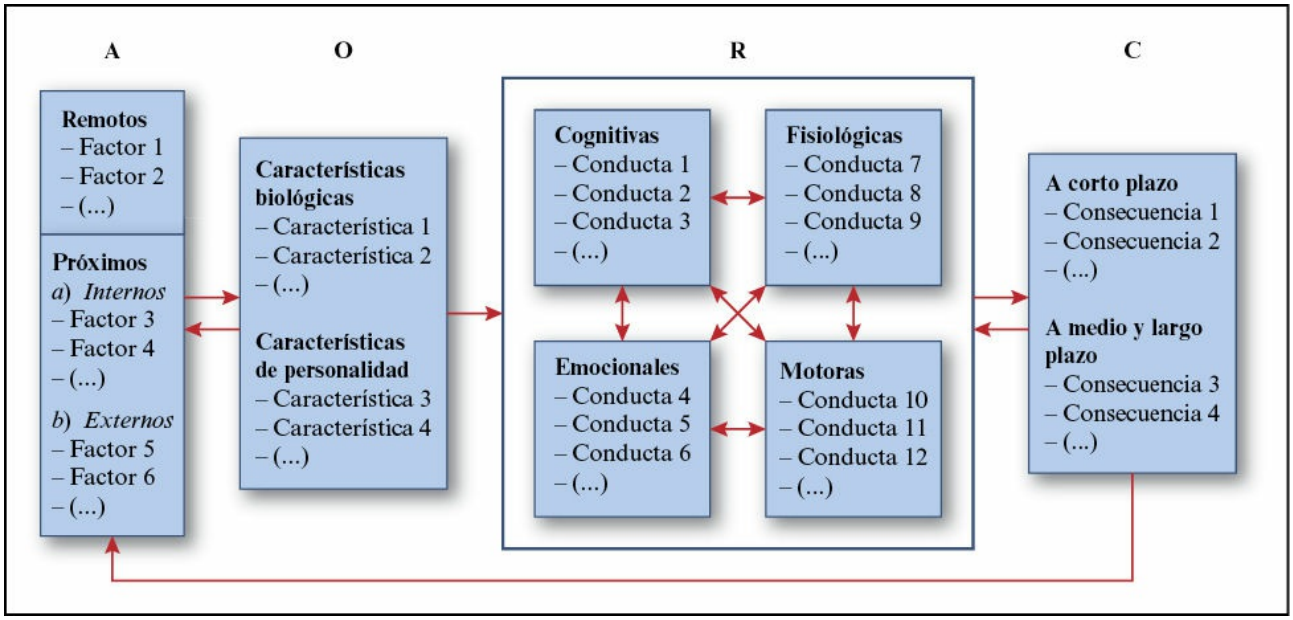


Figura 4.1.—Diagrama general para realizar un análisis funcional.

5

Tratamiento de los trastornos depresivos

1. TRATAMIENTOS EFICACES PARA LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Como ya se ha comentado en el capítulo 1, a partir de los años ochenta del pasado siglo XX el interés por la depresión infantil y adolescente creció de manera importante y, en consecuencia, la investigación dirigida a la búsqueda de tratamientos psicológicos y farmacológicos eficaces se ha ido incrementando en número y en calidad, de forma que ha permitido que en los últimos 15 años se publicaran más de una quincena de revisiones metaanalíticas (por ejemplo, Beyondblue, 2011; Bridge y cols., 2007; Cuijpers, Muñoz, Clarke y Lewinsohn, 2009; Compton y cols., 2004; Gibbons, Brown, Hor, Davis y Mann, 2012; Hazell y cols., 2005; Hazell y Mirzaie, 2013; Jureidini y cols., 2004; Méndez y cols., 2002; Michael y Crowley, 2002; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005; Qin y cols., 2014; Tsapakis, Soldani, Tondo y Baldessarini, 2008; Usala, Clavenna, Zuddas y Bonati, 2008; Watanabe, Hunot, Omori, Churchill y Furukawa, 2007; Weisz, McCarty y Valeri, 2006; Whittington y cols., 2004; Zhou y cols., 2015) y se pudieran alcanzar algunas conclusiones con un aval empírico relativamente sólido.

La primera de estas conclusiones es que actualmente existen tratamientos eficaces para la depresión infantil y adolescente. La segunda es que, entre dichos tratamientos, el de primera elección es, hoy en día, el psicológico, en particular la terapia cognitivo-conductual. Por ejemplo, en la tabla 5.1 se resumen los resultados del metaanálisis de Watanabe y cols. (2008) y, como se puede apreciar en dicha tabla, los estudios demuestran que los tratamientos psicológicos logran que casi el 50 % de los pacientes mejoren en el postratamiento, porcentaje significativamente mayor que el 35 % de pacientes mejorados que se encuentra en los grupos de control (tratamiento habitual, lista de espera, no tratamiento, placebo de atención psicológica), lo que supone, por tanto, que el tratamiento psicológico logra un 15 % más de eficacia que la intervención de control. También se puede apreciar en la tabla 5.1 que el tratamiento psicológico con un apoyo empírico más sólido en función del número de estudios que respaldan su eficacia es, con mucha diferencia, la terapia cognitivo-conductual (24 estudios frente a dos estudios como mucho para las restantes modalidades de tratamiento psicológico).

Por otro lado, teniendo en cuenta los criterios propuestos por la División 12 de Psicología Clínica de la Asociación Americana de Psicología para la validación empírica

de los tratamientos psicológicos (Chambless y cols., 1998; véase el capítulo 2) y los resultados de los estudios empíricos publicados hasta 2007, David-Ferdon y Kaslow (2008) revisaron e identificaron qué tipos de tratamientos generales y qué modalidades y tratamientos específicos dentro de esos tipos generales podrían considerarse bien establecidos en cuanto a su eficacia para la depresión en niños o adolescentes y cuáles podrían considerarse probablemente eficaces. Los tipos de tratamientos generales revisados agrupaban terapias que compartían la misma orientación teórica (por ejemplo, terapia cognitivo-conductual, terapia conductual, terapia interpersonal, terapia sistémica familiar, terapia no directiva) y, dentro esos tipos generales, los estudios se agruparon en función de la modalidad investigada (por ejemplo, individual, grupal, con un componente para padres) y del tipo de terapia específica utilizada (terapias que seguían el mismo protocolo terapéutico específico).

TABLA 5.1
Resultados de la investigación empírica sobre la eficacia en el postratamiento de las terapias psicológicas para la depresión en la infancia y adolescencia en función del metaanálisis de Watanabe y cols. (2007)

Terapias	Número de estudios experimentales controlados	Tamaño del efecto (RR)	Porcentaje de pacientes con mejoría en el tratamiento	Porcentaje de pacientes con mejoría en el grupo control
Cognitivo-conductual	24	1,38*	48,5	33,9
Cognitiva	2	1,12*	49,4	43,8
Conductual	2	6,76*	67,8	7,14
Interpersonal	2	1,68*	61,7	38,9
Solución de problemas	1	3,00*	60,0	20,0
De apoyo	1	1,43*	47,8	33,3
Otras	1	0,67*	26,7	40,0
Total	**33**	**1,39***	**49,6**	**34,8**

RR = Riesgo relativo.

* Diferencia estadísticamente significativa frente al grupo de control.

David-Ferdon y Kaslow (2008) consideraron que un tratamiento podía considerarse **bien establecido en relación con su eficacia** para la depresión si cumplía los criterios correspondientes de la División 12 de la APA (véase el capítulo 2), pero únicamente

teniendo en cuenta los estudios experimentales con diseños intergrupos, es decir, sin contar los estudios experimentales de caso único. Por otro lado, un tratamiento podía considerarse **probablemente eficaz** cuando cumplía los criterios correspondientes de la División 12 de la APA (véase el capítulo 2), pero, de nuevo, sin considerar los estudios experimentales de caso único, tan solo los estudios con diseños intergrupos. Finalmente, David-Ferdon y Kaslow (2008) establecieron que para que un tipo de tratamiento general o una de sus modalidades pudieran ser considerados bien establecidos en cuanto a su eficacia para la depresión, como mínimo uno de los tratamientos específicos que formaran parte de ese tipo general o de esa modalidad debería ser al menos probablemente eficaz.

Los resultados de la revisión de David-Ferdon y Kaslow (2008) se resumen en las tablas 5.2 y 5.3 y demuestran, en consonancia con los resultados del metaanálisis de Watanabe y cols. (2007), que actualmente existen varios tratamientos psicológicos eficaces para la depresión infantil y adolescente y que, entre ellos, los que muestran un aval empírico más sólido tanto en niños como en adolescentes son las terapias cognitivo-conductuales. En concreto, esa revisión identificó como tratamientos generales bien establecidos en cuanto a su eficacia a la terapia cognitivo-conductual y a la terapia conductual para la depresión en niños, y a la terapia cognitivo-conductual y a la terapia interpersonal para la depresión en adolescentes. Es más, tanto para niños como para adolescentes la revisión pudo identificar al menos dos tratamientos psicológicos cuyos protocolos terapéuticos específicos también gozaban de un mínimo aval empírico en cuanto a su eficacia en la depresión: en niños, el programa de prevención de la depresión (o de resiliencia ante la depresión) de la Universidad de Pensilvania, creado por Seligman, y la terapia de autocontrol, desarrollada por Stark, ambos de orientación cognitivo-conductual, y, en adolescentes, el curso de afrontamiento de la depresión para adolescentes, creado por Lewinsohn, y la terapia interpersonal para adolescentes, desarrollada por Mufson, de orientación cognitivo-conductual el primero y de orientación interpersonal el segundo.

La tercera conclusión es que no está totalmente demostrada la eficacia de ningún tratamiento farmacológico para la depresión infantil o adolescente, puesto que, incluso en aquellos medicamentos que manifiestan algunos indicios de eficacia (por ejemplo, la fluoxetina), no está claro que dicha eficacia se extienda a todos los grupos de edad (por ejemplo, en niños de entre 5 y 11 años de edad) o que en todos los grupos de edad los beneficios superen a los riesgos derivados de sus efectos secundarios (Jureidini y cols., 2004; Tsapakis y cols., 2008; Whittington y cols., 2004). En concreto, entre estos efectos secundarios varios metaanálisis han documentado la posibilidad de un aumento significativo del riesgo de ideas e intentos de suicidio en niños y adolescentes (Bridge y cols., 2007; Dubicka, Hadley, Roberts y Harrington, 2006; Hetrick, Merry, McKenzie, Sindahl y Proctor, 2008; Kaizar, Greenhouse, Seltman y Kelleher, 2006; Sparks y Duncan, 2013)[1].

Por ejemplo, tras revisar metaanalíticamente los resultados de los estudios realizados sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos, farmacológicos y físicos para la depresión infantil y adolescente, la guía de práctica clínica del NICE (Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido) hacía las siguientes recomendaciones:

— «Tras un período de hasta 4 semanas de vigilancia activa, a todos los niños y adolescentes con depresión leve continua y sin problemas comórbidos significativos o signos de ideación suicida se les debería ofrecer terapia de apoyo no directiva, TCC [terapia cognitivo-conductual] de grupo o autoayuda guiada por un período limitado (aproximadamente 2 a 3 meses)» (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005, p. 101).
— «La medicación antidepresiva no debería usarse como tratamiento inicial de los niños y adolescentes con depresión leve» (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005, p. 107).
— «A los niños y adolescentes con depresión moderada a grave se les debería ofrecer, como tratamiento de primera línea, una terapia psicológica específica (TCC [terapia cognitivo-conductual] individual, terapia interpersonal o terapia familiar a corto plazo); se sugiere que ésta debería ser de al menos 3 meses de duración» (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005, p. 101).
— «La medicación antidepresiva no debería ofrecerse a niños y adolescentes con depresión moderada a grave excepto en combinación con una terapia psicológica simultanea» (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005, p. 127).
— «Cuando se prescriba un antidepresivo a un niño o adolescente con depresión moderada a grave, éste debería ser fluoxetina, ya que es el único antidepresivo para el cual los datos de los ensayos clínicos muestran que los beneficios superan los riesgos» (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005, p. 127).

TABLA 5.2
Tratamientos psicológicos generales y modalidades de dichos tratamientos con validación empírica de su eficacia según los criterios de la División 12 (Sociedad de Psicología Clínica) de la Asociación Americana de Psicología

Población	Tratamientos generales (en cursiva) y modalidades	Número de criterios para considerarse bien establecido que cumple	Validación empírica de su eficacia	Número de estudios experimentales controlados con resultados positivos
Niños (<12 años)	*Terapia cognitivo-conductual.*	Todos.	Bien establecido.	10
	Terapia cognitivo-conductual grupal con niños.	Todos.	Bien establecido.	7

	Terapia cognitivo-conductual grupal con niños y padres.	Todos.	Bien establecido.	2
	Terapia conductual.	Todos, pero ninguno de sus tratamientos específicos es probablemente eficaz.	Probablemente eficaz.	2
Adolescentes (≥ 13 años)	*Terapia cognitivo-conductual.*	Todos.	Bien establecido.	15
	Terapia cognitivo-conductual grupal con adolescentes.	Todos.	Bien establecido.	6
	Terapia cognitivo-conductual grupal con adolescentes y padres.	Todos, menos validación por al menos 2 equipos de investigación.	Probablemente eficaz.	5
	Terapia cognitivo-conductual individual.	Todos, pero ninguno de sus tratamientos específicos es probablemente eficaz.	Probablemente eficaz.	2
	Terapia cognitivo-conductual individual con adolescentes y padres	Todos, pero ninguno de sus tratamientos específicos es probablemente eficaz	Probablemente eficaz	3
	Terapia interpersonal.	Todos.	Bien establecido.	4
	Terapia interpersonal individual.	Todos.	Bien establecido.	3

FUENTE: Basado en David-Ferdon y Kaslow, 2008.

TABLA 5.3
Tratamientos psicológicos específicos con validación empírica de su eficacia según los criterios de la División 12 de Psicología Clínica de la Asociación Americana de Psicología

Población	**Tratamientos específicos**	**Número de criterios para considerarse bien establecido que cumple**	**Validación empírica de su eficacia**	**Número de estudios experimentales controlados con resultados positivos**
Niños (<12	Programa de	Todos, menos superioridad	Probablemente	4

años)	prevención (o resiliencia) de la depresión de Penn (Seligman).	frente a placebo o tratamiento alternativo en al menos 2 estudios (solo 1).	eficaz.	
	Terapia de autocontrol (Stark).	Todos, menos validación por al menos 2 equipos de investigación independientes.	Probablemente eficaz.	2
Adolescentes (≥ 13 años)	Curso de afrontamiento de la depresión para adolescentes (Lewinsohn).	Todos, menos validación por al menos 2 equipos de investigación independientes.	Probablemente eficaz.	5
	Terapia interpersonal para adolescentes (Mufson).	Todos, menos validación por al menos 2 equipos de investigación independientes.	Probablemente eficaz.	2

FUENTE: Basado en David-Ferdon y Kaslow, 2008.

Es más, esta guía de práctica clínica recomienda que, si los menores con depresión moderada a grave no responden a una terapia psicológica específica en un plazo de 4 a 6 sesiones, se deberían revisar los factores relacionados con la depresión en particular de ese niño o adolescente (por ejemplo, la presencia de condiciones comórbidas, de problemas familiares o de trastornos mentales en los padres) y se deberían considerar las siguientes alternativas terapéuticas:

a) Terapias psicológicas alternativas o adicionales para la familia, los padres o el propio niño o adolescente, en el caso de que coexistan otros problemas.
b) Añadir fluoxetina en el caso de los adolescentes (entre 12 y 18 años de edad), mientras que en el caso de los niños (entre 5 y 11 años de edad) el añadir fluoxetina «debería considerarse **con cautela,** ya que los datos sobre su efectividad en este grupo de edad no están establecidos» (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005, p. 161, en negrita en el original).

En 2015, tras realizar nuevas revisiones de la literatura científica para incluir los estudios de tratamiento más recientes, el NICE publicó una adenda a su guía para actualizarla. Sin embargo, en esta adenda todas las recomendaciones anteriormente señaladas se mantuvieron iguales o prácticamente iguales[2] (National Institute for Health and Care Excellence, 2015).

Teniendo en cuenta los resultados de la investigación empírica sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos y farmacológicos y las recomendaciones de la guía de práctica clínica del NICE, resulta sorprendente y preocupante que en España la *Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia* del Ministerio de

Sanidad y Política Social (Grupo de Trabajo, 2009a) proponga alternativas terapéuticas tan distintas a las de la guía del NICE, máxime cuando prácticamente utiliza los mismos estudios empíricos para sustentar sus conclusiones y considera que, entre todas las guías internacionales revisadas, la del NICE es la de mayor calidad y, por tanto, la de referencia[3]. En concreto, sorprende y preocupa que la guía del Ministerio recomiende, como primera alternativa para el tratamiento de la depresión mayor grave en adolescentes, el tratamiento combinado de terapia cognitivo-conductual más fluoxetina y, en casos individualizados, únicamente el tratamiento farmacológico, cuando, según las recomendaciones del NICE y los resultados de los metaanálisis, lo lógico sería aconsejar como primera alternativa la terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal y únicamente añadir fluoxetina si tras 8-12 semanas de tratamiento psicológico no se ha conseguido una mejoría significativa y se ha confirmado que dicho tratamiento psicológico se ha estado aplicando con el número de sesiones y el tiempo adecuados (por ejemplo, un mínimo de una sesión de una hora semanal) y ha utilizado todos los componentes activos del mismo. Por su parte, para los niños menores de 12 años con depresión moderada o grave, la guía del Ministerio recomienda inicialmente la terapia cognitivo-conductual o la familiar y, si no se pueden aplicar o hay una mala evolución del trastorno, aconseja añadir fluoxetina. Sin embargo, finalmente, el algoritmo terapéutico de la guía del Ministerio prescinde de la distinción entre depresión infantil y depresión adolescente y para ambas poblaciones recomienda la misma estrategia terapéutica inicial para la depresión grave: terapia cognitivo-conductual más fluoxetina. Es más, en el caso de que esta estrategia no funcione, recomienda cambiar a otro fármaco antidepresivo (un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina: sertralina, citalopram o escitalopram) y combinarlo con la terapia cognitivo-conductual, cuando, en realidad, ni la investigación empírica ni el NICE ni, por ejemplo, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, recomiendan ningún otro fármaco antidepresivo (véase más adelante el epígrafe sobre el papel de los tratamientos farmacológicos) y, además, existe otro tratamiento psicológico (la terapia interpersonal) que, al menos en adolescentes, podría servir de estrategia alternativa cuando no funcionase la primera o de estrategia inicial.

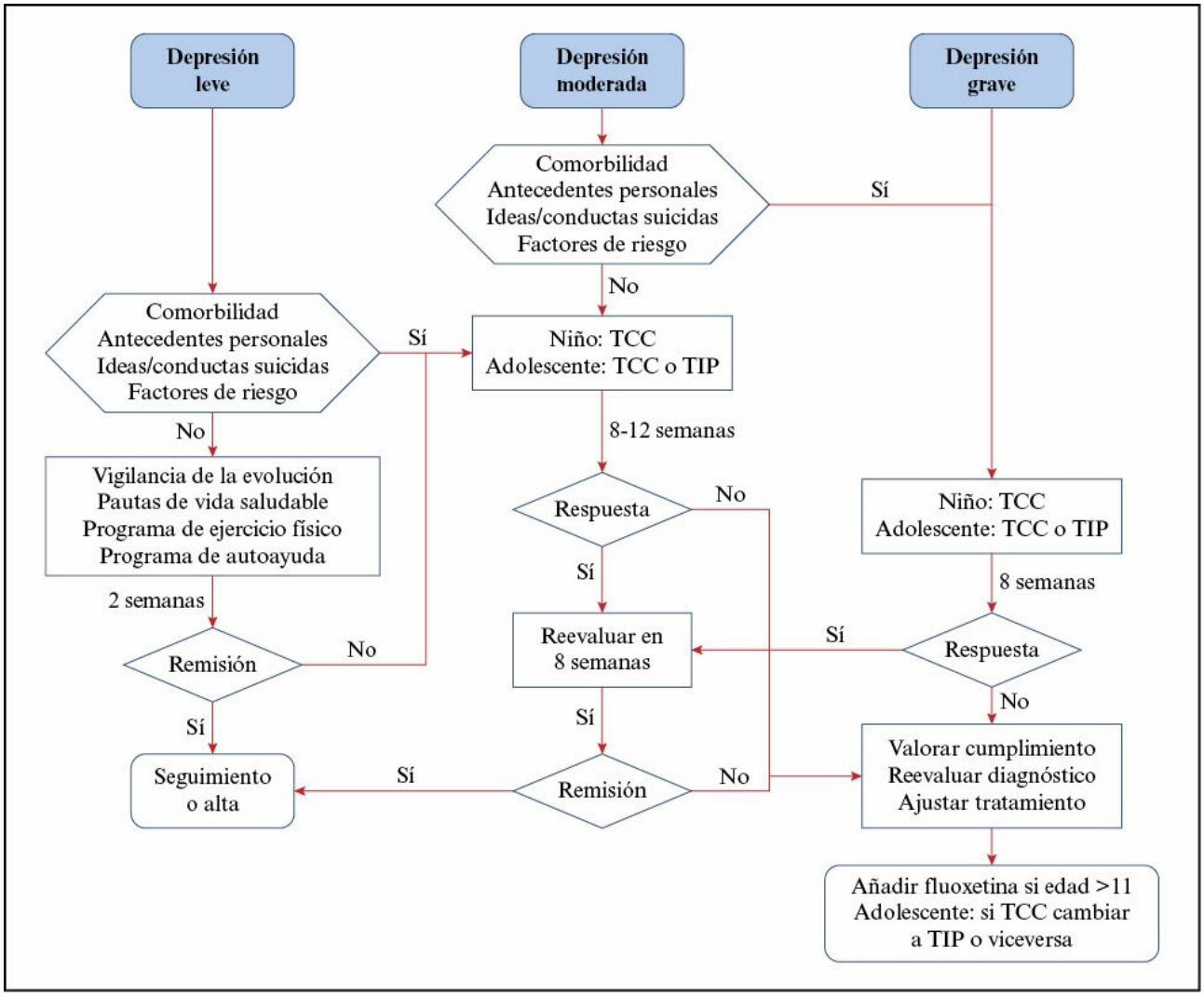
Las dos recomendaciones anteriores sobre la depresión grave de la guía del Ministerio son solamente dos ejemplos de un texto y un conjunto de recomendaciones que, lamentablemente, están muy sesgadas en favor de los tratamientos farmacológicos y desvirtúan una guía que en muchos otros aspectos es ejemplar. Curiosamente, la guía también tiene sesgos no justificables empíricamente en favor de un tratamiento psicológico: la terapia familiar. Esta terapia es una de las tres terapias psicológicas, junto a la terapia cognitivo-conductual y a la terapia interpersonal, que la guía recomienda como tratamiento de primera elección en niños y adolescentes con depresión leve, y, tal como se comentó antes, es una de las dos terapias psicológicas, junto a la terapia cognitivo-conductual, que recomienda como tratamiento de primera elección para niños

menores de 12 años con depresión moderada o grave. Sin embargo, para hacer esta recomendación la guía se basa en tan solo tres estudios experimentales con grupo de control: uno que demuestra que la terapia familiar es más eficaz que una condición de lista de espera, otro que demuestra que es menos eficaz que la terapia cognitivo-conductual y un tercero que encuentra que es igual de eficaz que la terapia psicodinámica individual (Grupo de Trabajo, 2009a, p. 68). Este número de estudios contrasta, por ejemplo, con el número de estudios experimentales controlados en los que se basa la propia guía para hacer sus recomendaciones sobre la terapia cognitivo-conductual individual y grupal y sobre la terapia interpersonal (7, 8 y 5 estudios, respectivamente) o con los 24 estudios experimentales controlados sobre la terapia cognitiva-conductual que recogía Watanabe y cols. (2007) en su revisión metaanalítica (véase la tabla 5.1), por lo que unas recomendaciones más ajustadas al grado actual de apoyo empírico de las terapias psicológicas debería relegar la terapia familiar a un escalón más bajo, como alternativa terapéutica de segunda opción cuando la terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal no funcionen.

En conclusión, dada su contrastada eficacia y la ausencia de efectos secundarios conocidos, las terapias psicológicas se erigen como la alternativa terapéutica de primera elección para la depresión infantil y adolescente. En concreto, para la depresión infantil, la terapia cognitivo-conductual es hoy en día la terapia psicológica de primera elección, dado que es la única forma de psicoterapia sobre la cual existen datos sólidos de eficacia en niños que aún no han llegado a la pubertad (David-Ferdon y Kaslow, 2008; Méndez Carrillo, Rosa Alcázar, Montoya Fernández, Espada Sánchez y Olivares Rodríguez, 2003; Watanabe y cols., 2007).

En cambio, para la depresión adolescente existen dos alternativas de primera elección: la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, ya que ambas son las únicas que actualmente cumplen todos los criterios propuestos por la División 12 de Psicología Clínica de la APA para la validación empírica de los tratamientos psicológicos y, por tanto, se pueden considerar tratamientos bien establecidos para la depresión adolescente (David-Ferdon y Kaslow, 2008; Méndez Carrillo, Rosa Alcázar, Montoya Fernández y cols., 2003), especialmente la primera, ya que cuenta con el aval de un mayor número de estudios empíricos (Watanabe y cols., 2007).

Tratando de ajustar a estas conclusiones y a los datos empíricos algunos de los sesgos que presenta la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia del Ministerio de Sanidad y Política Social, en la figura 5.1 se recoge una modificación de su algoritmo terapéutico que, además, tiene en cuenta que las decisiones terapéuticas, al menos actualmente, se deben hacer de forma separada para niños y adolescentes, ya que hay muchos datos, especialmente respecto a los tratamientos farmacológicos, pero también respecto a los psicológicos, que indican que las terapias no funcionan igual en ambos grupos de edad. Además, el número de estudios y, por tanto, la solidez del apoyo empírico, no son los mismos en un grupo de edad que en el otro.



TCC = Terapia cognitivo-conductual. TIP = Terapia interpersonal. Modificación del algoritmo terapéutico de la guía de práctica clínica del Ministerio de Sanidad y Política Social (Grupo de Trabajo, 2009a, p. 141), en la que se ha tenido en cuenta las recomendaciones de la guía del NICE y de las fichas técnicas de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y los resultados actuales de la investigación empírica sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos y farmacológicos (véase el texto).

Figura 5.1.—Algoritmo de tratamiento del trastorno depresivo mayor en la infancia y en la adolescencia en función de su nivel de gravedad (leve, moderado o grave).

2. TERAPIAS PSICOLÓGICAS

2.1. Terapia cognitivo-conductual

Establecida en niños y adolescentes con depresión la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en general, una cuestión más difícil de establecer es qué estrategias y técnicas concretas debe incluir un programa específico de terapia cognitivo-conductual. Los estudios son tan pocos, las diferencias entre tratamientos tan pequeñas y los tratamientos

incluyen a su vez tantas técnicas teóricamente activas, que es imposible dar una respuesta tajante en este sentido.

Una solución es optar por alguno de los tres tratamientos cognitivo-conductuales específicos que en la revisión de David-Ferdon y Kaslow (2008) resultaron probablemente eficaces para la depresión infantil y adolescente: en niños, el Programa de Prevención de la Depresión de la Universidad de Pensilvania (posteriormente conocido como Programa para la Resiliencia de Penn[4] o PRP) y la Terapia de Autocontrol de Stark (posteriormente conocida como programa ACCIÓN), y en adolescentes el Curso de Afrontamiento de la Depresión para Adolescentes de Lewinsohn (véase la tabla 5.3). Sin embargo, puesto que todos estos programas se han desarrollado en Estados Unidos, muchas veces es necesario realizar una profunda adaptación de los mismos a la hora de aplicarlos en España, más allá del ajuste a las características de cada caso que requiere la aplicación de todo tratamiento psicológico. Por otro lado, justamente las características particulares de un niño o adolescente y de su trastorno depresivo pueden indicar que la opción más recomendable es la elaboración de un programa individualizado de terapia cognitivo-conductual. Para elaborar este programa, una pauta que se deriva precisamente de las características de los tres tratamientos específicos anteriormente mencionados y que, además, es congruente con las aproximaciones teóricas multicausales a la depresión infantil y adolescente, es que cualquier programa terapéutico efectivo para este trastorno es probable que requiera la consideración de múltiples objetivos terapéuticos y, por ende, de múltiples estrategias y técnicas. De hecho, en un metaanálisis se ha encontrado una tendencia marginalmente significativa favorable al uso de los tratamientos multicomponentes en la depresión infantil y adolescente (Méndez y cols., 2002).

Tal y como se ha comentado, tres ejemplos de tratamientos multicomponentes y que, además son considerados eficaces para la depresión infantil o adolescente, son: el programa ACCIÓN *(ACTION)* de Stark (Stark y cols., 1994, 1996, 2010; Stark y Kendall, 1996), desarrollado específicamente para el tratamiento de la depresión infantil; el Curso de Afrontamiento de la Depresión, Versión para Adolescentes, de Lewinsohn (Clarke y Lewinshon, 1986; Lewinsohn y Clarke, 1986), una adaptación para el tratamiento de la depresión adolescente del programa del mismo nombre originalmente diseñado para la depresión adulta, y el Programa de Prevención de la Depresión (o de Resiliencia) de la Universidad de Pensilvania, un programa originalmente diseñado, tal y como indica su nombre, como una intervención para la prevención universal (dirigida a todos los niños y adolescentes de una población definida, por ejemplo un colegio o una zona geográfica) o para la prevención selectiva (dirigida a los niños y adolescentes que tienen un riesgo superior a la media de desarrollar un trastorno depresivo; por ejemplo, los hijos de padres que han sufrido o sufren un trastorno depresivo), pero que también se ha aplicado para la prevención indicada (dirigida a los niños y adolescentes que manifiestan niveles elevados de sintomatología depresiva). En Stark y cols. (2010) se puede encontrar una revisión de los estudios que avalan la eficacia del programa

ACCIÓN, mientras que la eficacia del Curso de Afrontamiento de la Depresión, Versión para Adolescentes, ha sido revisada en un metaanálisis de Cuijpers y cols. (2009) y la eficacia del Programa de Prevención de la Depresión (o Programa para la Resiliencia) de la Universidad de Pensilvania lo ha sido en la revisión de David-Ferdon y Kaslow (2008) y en el metaanálisis de Brunwasser, Gillham y Kim (2009).

En la tabla 5.4 se puede observar que los tres programas comparten algunas técnicas cognitivo-conductuales que es muy probable que sean las responsables de la eficacia de dichos programas y que, por tanto, debería tener en cuenta cualquier programa multicomponente que se diseñe para la depresión infantil y adolescente:

1. Entrenamiento en habilidades de autocontrol.
2. Entrenamiento en relajación.
3. Técnicas de reestructuración cognitiva.
4. Entrenamiento en asertividad o en habilidades sociales o de negociación.
5. Entrenamiento en habilidades de solución de problemas.
6. Programación de actividades agradables (esta última compartida únicamente por dos de los tres programas).

De hecho, según la revisión de Méndez Carrillo, Rosa Alcázar, Montoya Fernández y cols. (2003), dos de esas seis técnicas terapéuticas cumplen por sí mismas los criterios anteriormente citados para la validación empírica de los tratamientos psicológicos (Chambless y cols., 1998) y, por consiguiente, también se pueden considerar en su aplicación individual tratamientos eficaces: entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de reestructuración cognitiva. Es más, en la medida que los datos de eficacia para la depresión del Programa de Prevención de la Depresión (o Programa para la Resiliencia) de la Universidad de Pensilvania son más débiles que los de los otros dos programas[5], ya que, entre otras limitaciones, ha demostrado su eficacia fundamentalmente en niños y adolescentes con elevada sintomatología depresiva, pero no en niños y adolescentes con trastornos depresivos diagnosticados, cabría especular que la utilización de la programación de actividades agradables, el componente terapéutico que no incluye el programa de la Universidad de Pensilvania pero sí los otros dos, podría ser también, junto con el entrenamiento en habilidades sociales y las técnicas de reestructuración cognitiva, una técnica esencial para el tratamiento de los trastornos depresivos en niños y adolescentes, como, por otro lado, también parece ser en el tratamiento de los trastornos depresivos en adultos (Cuijpers, van Straten y Warmerdam, 2007; Jacobson y cols., 1996; Mazzucchelli, Kane y Rees, 2009).

En resumen, teniendo en cuenta las técnicas aisladas que se han mostrado eficaces y los componentes terapéuticos de los programas que también se han mostrado eficaces, el tratamiento cognitivo-conductual de la depresión infantil y adolescente debería abordar, a partir de esas técnicas, los factores de riesgo y las conductas problemáticas que la literatura empírica ha señalado como elementos clave asociados a dicho trastorno y que

el proceso de evaluación psicológica haya revelado en el niño o adolescente en concreto que estamos tratando. Por otro lado, en la mayoría de los casos, e incluso en su totalidad, parte de esos factores de riesgo y conductas problemáticas aparecerán vinculados a los comportamientos de los padres y al ambiente familiar, por lo que es muy importante tenerlos en cuenta como objetivos terapéuticos y añadir al tratamiento técnicas dirigidas a su modificación. Más adelante se presentará con más detalle un ejemplo de programa multicomponente de tratamiento cognitivo-conductual basado en estas consideraciones (véase el epígrafe 5).

TABLA 5.4
Características básicas de tres programas multicomponentes cognitivo-conductuales eficaces para la depresión infantil y adolescente

Características	**ACCIÓN (Stark)**	**Curso de afrontamiento de la depresión, versión adolescente (Lewinsohn)**	**Programa de prevención de la depresión (o para la resiliencia) de la Universidad de Pensilvania (Seligman)**
Población diana	Niños (8-13 años).	Adolescentes (13-18 años).	Niños y adolescentes (10-14 años).
Formato	Grupal.	Grupal.	Grupal.
Duración	30 semanas.	8 semanas.	12 o 18-24 semanas.
Sesiones	30 (45-50 minutos).	16 (120 minutos).	12 (90 minutos) o 18-24 (60 minutos).
Técnicas principales	Educación emocional.	Psicoeducación.	Educación emocional.
	Actividades agradables.	Actividades agradables.	
	Autocontrol.	Autocontrol.	Autocontrol (por ejemplo, gradación de tareas).
	Relajación.	Relajación.	Relajación.
	Reestructuración cognitiva.	Reestructuración cognitiva.	Reestructuración cognitiva.
	Entrenamiento en asertividad.	Entrenamiento en habilidades sociales.	Entrenamiento en asertividad y negociación.
	Solución de problemas y de problemas interpersonales.	Solución de conflictos.	Solución de problemas sociales.

Autoinstrucciones.

Habilidades de comunicación.

Mantenimiento de logros y prevención de recaídas

2.2. Terapia interpersonal

Mufson y cols. (2004) adaptaron la terapia interpersonal de Klerman y cols. (1984) para el tratamiento ambulatorio individual de la depresión clínica en adolescentes con edades entre 12 y 18 años, aunque posteriormente esta adaptación ha sido modificada para su aplicación grupal en esa población (Mufson, Gallagher, Dorta y Young, 2004) y para su utilización como una estrategia de prevención grupal para adolescentes que están en riesgo de depresión al presentar niveles subclínicos de síntomas depresivos (Young, Mufson y Davies, 2006).

Respecto a la terapia original para adultos, la adaptación para adolescentes se diferencia en que es más corta, ya que, habitualmente, se aplica en el transcurso de 12 semanas, con un total de 12-15 sesiones, dependiendo de si se incluyen sesiones adicionales con los padres o no, mientras que la terapia para adultos suele ocupar entre 16 y 24 sesiones. Sin embargo, la estructura de la terapia es similar e incluye también las tres fases de la terapia original y que se describieron en el capítulo 2, aunque ajustadas a su menor duración: fase inicial (semanas 1 a 4), intermedia (semanas 5 a 9) y final (semanas 10 a 12). Lógicamente, otra diferencia tiene que ver con la participación de los padres en la terapia para adolescentes, la cual se puede producir en cualquiera de esas fases terapéuticas. Además, tal y como se comentaba en el capítulo 2, la adaptación para adolescentes tiene un enfoque más directivo tanto en la forma de aplicar las técnicas (por ejemplo, en el uso de la escenificación de papeles o del modelado; véase el capítulo 2) como en la inclusión de algunas técnicas como, por ejemplo, las tareas para casa. Estas, que en este contexto prefieren llamarse «trabajo en casa» o «experimentos interpersonales»[6], sobre todo en su presentación ante los pacientes, se realizan sistemáticamente en la terapia para adolescentes.

En todos los demás aspectos (estrategias, objetivos, tareas, técnicas, etc.) la terapia interpersonal para adolescentes es similar a la de los adultos (véase el capítulo 2), incluyendo la definición de las cuatro áreas interpersonales problemáticas (duelo, disputas interpersonales de rol, transiciones de roles y déficits interpersonales) sobre las cuales (una o, a lo sumo, dos) se centrará la terapia.

3. EL PAPEL DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

En contraste con lo que ocurre en el campo de la depresión adulta, los resultados de diversos metaanálisis y revisiones narrativas (Jureidini y cols., 2004; Michael y Crowley, 2002; Tsapakis y cols., 2008; Usala y cols., 2008; Whittington y cols., 2004) indican que la eficacia de los tratamientos farmacológicos para la depresión en niños o adolescentes aún no ha sido establecida, bien porque los datos demuestran que sus beneficios no son superiores respecto a un fármaco placebo o bien porque los datos son escasos, contradictorios y limitados. En el primer caso se hallan los antidepresivos tricíclicos, para los cuales más de una docena de estudios experimentales controlados no han confirmado, en conjunto, su superioridad respecto a un placebo (Hazell y Mirzaie, 2013; Michael y Crowley, 2002). En el segundo caso están los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), sobre cuya eficacia considerados individualmente apenas hay estudios y, salvo en el caso de la fluoxetina, sus resultados son negativos (Usala y cols., 2008; véase la tabla 5.5).

TABLA 5.5

Resultados de la investigación empírica sobre la eficacia en el postratamiento de los fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) para la depresión en la infancia y adolescencia en función del metaanálisis de Usala y cols. (2008)

ISRS	Número de estudios experimentales controlados	Tamaño del efecto (OR)	Porcentaje de pacientes con mejoría en el grupo ISRS	Porcentaje de pacientes con mejoría en el grupo placebo
Fluoxetina	3	2,39*	61,6	40,4
Paroxetina	3	1,21*	56,2	51,0
Sertralina	2	1,63*	67,2	56,1
Citalopram	2	1,38*	48,8	41,9
Escitalopram	1	1,39*	44,7	36,7
Total	**11**	**1,57***	**56,6**	**45,8**

OR = *Odds ratio* o razón de posibilidades.

*Diferencia estadísticamente significativa del grupo que recibió el ISRS frente al grupo que recibió un placebo farmacológico.

Por ejemplo, según la revisión de estudios que realizó la guía de práctica clínica sobre la depresión infantil y adolescente del Ministerio de Sanidad y Política Social (Grupo de Trabajo, 2009a), de los cinco ISRS evaluados (fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram y escitalopram) tan solo existen datos consistentes de eficacia para la fluoxetina, en concreto los datos de los tres estudios metaanalizados por Usala y cols.

(2008) y cuyos resultados combinados se recogen en la tabla 5.5. En el caso de la paroxetina, ninguno de los estudios que revisó la guía había encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la respuesta a ese fármaco y la respuesta al placebo, resultados que coinciden con los de la revisión metaanalítica de Usala y cols. (2008) y que se recogen en la tabla 5.5. En relación con el citalopram, la guía revisó dos estudios, uno que había obtenido resultados favorables al fármaco y otro que no había encontrado diferencias significativas entre el fármaco y el placebo; cuando los resultados contradictorios de ambos estudios fueron analizados conjuntamente en el metaanálisis de Usala y cols. (2008) no se encontró que el citalopram fuera más eficaz que el placebo (véase la tabla 5.5). Respecto a la sertralina, la guía sólo encontró un estudio y en él no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la respuesta al fármaco y la respuesta al placebo, si bien, cuando sus resultados fueron analizados por subgrupos de edad, sí se mostró eficaz en adolescentes, aunque no en niños (este estudio aparece como dos distintos en el metaanálisis de Usala y cols., 2008; véase la tabla 5.5). Por último, sobre el escitalopram, la guía también encontró un único estudio (que coincide con el revisado en su metaanálisis por Usala y cols., 2008). Al igual que ocurría con la sertralina, en este estudio no se habían encontrado inicialmente diferencias estadísticamente significativas entre la respuesta al fármaco y la respuesta al placebo (véase la tabla 5.5); sin embargo, cuando sus resultados fueron analizados por subgrupos de edad, el escitalopram también se mostró eficaz solo en los adolescentes (12-17 años), pero no en los niños (6-11 años).

En resumen, de los cinco fármacos ISRS evaluados por la guía, en dos no hay datos de su eficacia, en otros dos los datos son poco concluyentes y, en el mejor de los casos, apoyarían su eficacia tan solo en adolescentes, aunque sobre la base de un único estudio, y solo en uno (fluoxetina) los datos son consistentes. Por tanto, a partir de los resultados revisados en la guía del Ministerio de Sanidad y Política Social (Grupo de Trabajo, 2009a) y de los resultados del metaanálisis de Usala y cols. (2008), no se puede concluir que los ISRS, como grupo, sean fármacos antidepresivos eficaces, sino todo lo contrario.

Aunque se podría argumentar que los resultados totales del metaanálisis de Usala y cols. (2008) combinando todos los fármacos indican que el porcentaje de niños y adolescentes con depresión que había mejorado en el postratamiento tras recibir ISRS era significativamente mayor que tras recibir el placebo, no hay que olvidar que esto se debe fundamentalmente a los resultados positivos de la fluoxetina, puesto que el resto de fármacos en ese mismo metaanálisis no se mostraron individualmente más eficaces que el placebo (véase la tabla 5.5). Por comparación, cuando al hablar de los tratamientos psicológicos se afirmaba que estos, como grupo, sí eran eficaces para la depresión infantil y adolescente y, para apoyar tal afirmación, se presentaban en la tabla 5.1 los resultados del metaanálisis de Watanabe y cols. (2007), dichos resultados indicaban que 3 de los 7 tratamientos psicológicos analizados eran eficaces: la terapia cognitivo-conductual, la terapia conductual y la terapia interpersonal, no únicamente uno.

En este contexto, de nuevo sorprende e inquieta que la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia del Ministerio de Sanidad y Política Social (Grupo de Trabajo, 2009a), que, supuestamente, es la guía terapéutica de referencia de los pediatras, médicos de atención primaria y psiquiatras del Sistema Nacional de Salud en España, realice algunas recomendaciones de utilizar genéricamente los ISRS o lo haga sin especificar qué ISRS y en qué grupo de edad, ya que, dejando al margen la fluoxetina, los ISRS como grupo no son eficaces y, en todo caso, la sertralina y el escitalopram podrían ser también eficaces en el tratamiento de la depresión mayor en adolescentes, pero no en niños. Por eso, son preocupantes recomendaciones como: «Los únicos fármacos antidepresivos recomendables en el tratamiento de la depresión moderada o grave de niños o adolescentes son los ISRS. La fluoxetina es el fármaco con más ensayos que apoyen su uso en estos grupos de edad, Según el perfil clínico del paciente (características clínicas de la depresión, historia familiar e historia de respuesta previa en familiares), se podría elegir otro ISRS (sertralina, citalopram o escitalopram)» (Grupo de Trabajo, 2009a, p. 24).

Es llamativo, además, que estas recomendaciones contradigan las indicaciones sobre el uso de antidepresivos en niños y adolescentes que han publicado los organismos oficiales sanitarios de evaluación y control de los medicamentos de países como Estados Unidos, Reino Unido o incluso España (Grupo de Trabajo, 2009a, p. 71-72). Estas indicaciones desaconsejan el uso de cualquier antidepresivo en niños y adolescentes, salvo la fluoxetina. De hecho, en España, actualmente, de entre todos los antidepresivos ISRS comercializados, el único que está aprobado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) para su uso en el tratamiento de la depresión infantil o adolescente es la fluoxetina (véase la tabla 5.6). Es más, en consonancia con las recomendaciones del NICE y con el algoritmo terapéutico presentado en la figura 5.1, la ficha técnica[7] de la fluoxetina aprobada por la AEMPS solo recomienda su utilización en niños mayores de 8 años y adolescentes que tengan un episodio depresivo moderado o grave y en los cuales no se haya producido una mejoría tras recibir terapia psicológica. Además, la ficha establece que este uso solo debe hacerse en combinación con una terapia psicológica concurrente (véase la tabla 5.6).

TABLA 5.6
Antidepresivos ISRS aprobados y comercializados en España para el tratamiento de la depresión e indicaciones para su utilización en niños y adolescentes

Principio activo	Nombre comercial en España	Uso en el tratamiento de la depresión infantil o adolescente (ficha técnica)
Citalopram	Citalopram, Citalvir, Prisdal, Relapaz, Seregra,	No debe utilizarse en menores de 18 años.

	Seropram.	
Escitalopram	Cipralex, Escitalopram, Esertia, Heipram.	No debe utilizarse en menores de 18 años.
Fluoxetina	Adofen, Fluoxetina, Luramon, Prozac, Reneuron.	Para episodios depresivos de moderados a graves en niños a partir de 8 años y adolescentes si no hay respuesta a la terapia psicológica después de 4 a 6 sesiones. Debe administrarse solo en combinación con una terapia psicológica concurrente.
Fluvoxamina	Dumirox, Fluvoxamina.	No debe utilizarse en menores de 18 años.
Paroxetina	Arapaxel, Daparox, Frosinor, Motivan, Paroxetina, Seroxat, Xetin.	No debe utilizarse en menores de 18 años.
Sertralina	Altisben, Aremis, Aserin, Besitran, Sertralina.	No debe utilizarse en menores de 18 años.

FUENTE: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2016.

Cuando se consultan las fichas técnicas del resto de antidepresivos comercializados en España en la base de datos de la AEMPS (véase la tabla 5.7), prácticamente todos siguen la indicación general de que no deben utilizarse en niños y adolescentes menores de 18 años, pero, curiosamente, hay dos que están aprobados para su uso en mayores de 5 años (nortriptilina) o en mayores de 11 años (trimipramina). Ambos fármacos son antidepresivos tricíclicos y, tal y como se comentó al principio de este epígrafe, la literatura empírica sobre la eficacia de los antidepresivos tricíclicos es muy consistente en señalar que este tipo de fármacos no es eficaz para la depresión infantil o adolescente (Hazell y cols., 2005; Hazell y Mirzaie, 2013; Michael y Crowley, 2002). Por ejemplo, en el metaanálisis más reciente de Hazell y Mirzaie (2013) se encontró, tras revisar nueve estudios experimentales controlados, que el porcentaje de niños y adolescentes con depresión que mejoraban en el postratamiento tras recibir un antidepresivo tricíclico era prácticamente el mismo que tras recibir un fármaco placebo (49,1 % frente a 43,8 %; riesgo relativo = 1,07, no significativo). Es más, los dos estudios de ese metaanálisis que específicamente evaluaron la eficacia de la nortriptilina tampoco encontraron que el porcentaje de niños y adolescentes que mostraban mejoría fuera significativamente mayor en el grupo que recibió el fármaco que en el grupo que recibió el placebo; de hecho, globalmente, fue de tan solo 24,3 % en el grupo que recibió nortriptilina frente a 18,6 % en el grupo que recibió el placebo. Teniendo en cuenta estos datos, es difícil

explicar por qué en las fichas técnicas de la AEMPS sobre la nortriptilina y la trimipramina se admite su prescripción a niños mayores de 5-11 años y adolescentes. Puesto que estos fármacos empezaron a utilizarse a finales de los años 50 del siglo pasado y, por tanto, llevan mucho más tiempo comercializados que los ISRS (desarrollados a finales de los años 80), cabría la posibilidad de que sus fichas técnicas no estén convenientemente actualizadas y, en cambio, reflejen la situación de la psicofarmacología infantil y adolescente de hace varias décadas, cuando se asumía acríticamente que los fármacos que funcionaban en la depresión de los adultos también debían funcionar en los niños y adolescentes.

TABLA 5.7
Otros antidepresivos aprobados y comercializados en España para el tratamiento de la depresión e indicaciones para su utilización en niños y adolescentes

Tipo de antidepresivo	Principio activo	Uso en el tratamiento de la depresión infantil o adolescente (ficha técnica)
Tricíclicos (inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas).	Amitriptilina, clomipramina, imipramina.	No debe utilizarse en menores de 18 años.
	Nortriptilina.	No debe utilizarse en menores de 6 años.
	Trimipramina.	No debe utilizarse en menores de 12 años.
	Doxepina.	No está disponible la ficha técnica.
Tetracíclicos (inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas).	Mianserina.	No debe utilizarse en menores de 18 años.
	Maprotilina.	No está disponible la ficha técnica.
Inhibidores de la monoaminooxidasa.	Moclobemida.	No debe utilizarse en niños.
	Tranilcipromina.	No está disponible la ficha técnica.
Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina.	Venlafaxina, duloxetina, desvenlafaxina.	No debe utilizarse en menores de 18 años.
Inhibidores no selectivos de la recaptación de noradrenalina y dopamina.	Bupropión.	No debe utilizarse en menores de 18 años.
Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina.	Reboxetina.	No debe utilizarse en menores de 18 años.
Inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas (otros).	Trazodona.	No debe utilizarse en menores de 18 años.

Noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos.	Mirtazapina.	No debe utilizarse en menores de 18 años.
Otros.	Agomelatina, hipérico.	No debe utilizarse en menores de 18 años.

FUENTE: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2016.

En cualquier caso, este tipo de anomalías en las fichas técnicas, junto a las recomendaciones sesgadas de guías de práctica clínica como la del Ministerio de Sanidad y Política Social (Grupo de Trabajo, 2009a), podrían explicar que, a pesar de las indicaciones de los organismos oficiales sanitarios de control de los medicamentos, la prescripción de todo tipo de antidepresivos en niños y adolescentes esté muy extendida entre los psiquiatras, pero también entre pediatras y médicos de atención primaria. Aunque esta práctica es menos frecuente cuando los niños con depresión son más pequeños de edad, está muy generalizada con niños más mayores o adolescentes, y, puesto que los ISRS presentan menos efectos secundarios y de menor relevancia que los antidepresivos tricíclicos (Qin y cols., 2014), la prescripción de los primeros es mucho más frecuente. De hecho, varios estudios realizados en Europa y Estados Unidos han constatado un incremento importante en el número de antidepresivos recetados a niños y adolescentes desde que se popularizaron los ISRS a finales de los años ochenta y primeros de los noventa del siglo pasado (por ejemplo, Murray, de Vries y Wong, 2004; Zito y cols., 2002, 2003). Es más, un estudio realizado en Reino Unido indicaba que, tras un descenso en la prescripción de antidepresivos en el período 2002-2005, descenso que podría estar relacionado con la publicación entre 2003 y 2005 de las advertencias de varios organismos oficiales europeos, británicos y estadounidenses de control de los medicamentos sobre los efectos secundarios de los antidepresivos en la infancia y adolescencia, especialmente de un posible aumento de la conducta o ideación suicida [Food and Drug Administration (FDA), 2004, 2007; Committee on Safety of Medicines (CSM), 2003; Committee on Human Medicinal Products of the European Medicines Agency (EMA), 2005; citados en Grupo de Trabajo, 2009a], en el período 2005-2009 se había producido un aumento significativo de la prescripción de antidepresivos, especialmente de los ISRS (entre los que destacan los aumentos de la fluoxetina y del citalopram), pero también de un antidepresivo tricíclico: la amitriptilina (Wijlaars, Nazareth y Petersen, 2012). En la misma línea apuntan los resultados de un reciente estudio de Bachmann y cols. (2016), el cual encontró un incremento en el período 2005-2012 en la prescripción de fármacos antidepresivos en niños y adolescentes en Estados Unidos, Reino Unido, Dinamarca, Países Bajos y Alemania, incremento que oscilaba entre el aumento del 17,6 % hallado en Países Bajos hasta el aumento del 54,4 % observado en Reino Unido o del 60,5 % en Dinamarca. Aunque los ISRS fueron los antidepresivos más prescritos en esos cinco países, particularmente en Dinamarca (81,8

% de todos los antidepresivos prescritos), en Alemania y en Reino Unido se encontró que todavía se prescribían antidepresivos tricíclicos en un porcentaje muy importante (23 % y 19,5 % de todos los antidepresivos prescritos, respectivamente). En resumen, los datos de Bachmann y cols. (2016) también concluyen que, tras una reducción en la prescripción de antidepresivos a niños y adolescentes coincidente con la publicación de las advertencias oficiales internacionales sobre sus efectos secundarios, dicha tendencia no ha persistido, sino que, al contrario, en los últimos años se ha producido un incremento sustancial en la administración de fármacos antidepresivos a niños y adolescentes.

En España no hay estudios específicos sobre la prescripción de antidepresivos en niños y adolescentes, pero un estudio que analizaba conjuntamente la prescripción de antidepresivos, estimulantes, antipsicóticos, benzodiacepinas y otros ansiolíticos encontró un aumento estadísticamente significativo y muy grande (de casi el 50 %) en el número de prescripciones de psicofármacos realizadas en 2002 en comparación al 2000, de manera que de los nueves países estudiados en dicho estudio (Alemania, Argentina, Brasil, Canadá, España, Estados Unidos, Francia, México y Reino Unido), España ocupaba la tercera posición, después de Canadá y Estados Unidos, en el número de recetas de psicofármacos realizadas a niños y adolescentes en 2002, con alrededor de 1.500.000. Además, este aumento en las prescripciones para niños y adolescentes sería coherente con el aumento tan espectacular que se ha producido en España en la prescripción de antidepresivos para todo tipo de población. En concreto, durante el período 2000-2013 el consumo de antidepresivos en España ha aumentado en un 200 %, siendo los ISRS los fármacos más consumidos durante todo el período hasta alcanzar el 70,4 % del consumo total de antidepresivos en 2013 (AEMPS, 2015). Es más, la evolución de este consumo es coherente con el observado en las prescripciones de antidepresivos para niños y adolescentes en Reino Unido, Estados Unidos, Dinamarca, Países Bajos y Alemania: los ISRS, en general, han mostrado en España una tendencia creciente en su consumo hasta 2004, un ligero descenso en el 2005, coincidiendo con las advertencias de los organismos internacionales anteriormente mencionadas, un período de pequeñas fluctuaciones hasta 2010 y, a partir de 2011, de nuevo una tendencia creciente (AEMPS, 2015).

Las razones de este incremento son múltiples y complejas, y es probable que difieran en los distintos países debido a sus propias características, pero algunos expertos de la Organización Mundial de la Salud, Reino Unido o Estados Unidos consideran que los problemas para acceder a las terapias psicológicas es una de esas razones (Griffith, 2016; Correll, Gerhard y Olfson, 2013). Al igual que ocurre en España (García-Vera y cols., 2013), en muchos países europeos con sistemas nacionales públicos de salud las terapias psicológicas no se ofrecen en atención primaria, entre otros motivos porque no hay psicólogos en ese nivel de atención, y es en este nivel donde se atiende a la mayoría de los niños y adolescentes con depresión, ya que, debido a la presión asistencial y a los

pocos recursos especializados, muchos casos no son remitidos a las unidades y centros especializados de salud mental, donde sí se ofrecen terapias psicológicas. Es más, los pocos pacientes que finalmente acceden a esas terapias psicológicas han tenido a veces que esperar durante meses, y mientras tanto la única terapia que se les proporciona en atención primaria es la farmacológica, dado que, además, los pediatras y los médicos de familia de atención primaria, aunque sean reacios a prescribir antidepresivos a niños y adolescentes, se encuentran con la presión de las dificultades para derivarlos a un nivel más especializado y la necesidad de ofrecer algún remedio a los menores y sus familias y no demorar en exceso el tratamiento de la depresión (Griffith, 2016).

Este aumento en la prescripción de fármacos antidepresivos que se está produciendo en los últimos años es preocupante por varias razones. Primero, porque, como ya se ha señalado, para prácticamente todos los fármacos antidepresivos, excepto la fluoxetina, no existe apoyo empírico sólido sobre su eficacia en los trastornos depresivos en niños y adolescentes. Segundo, porque, a pesar de que algunos metaanálisis recientes parecían demostrar que los fármacos antidepresivos no estaban asociados a un aumento de la ideación y conducta suicida (por ejemplo, Bridge y cols., 2007; Gibbons, Brown, Hur, Davis y Mann, 2012), el grueso de los datos empíricos actuales y un análisis crítico de esos otros metaanálisis indican que ese riesgo, aunque pequeño, existe (Hetrick y cols., 2008; Sparks y Duncan, 2013). Tercero porque, más allá del posible aumento de la ideación y conducta suicida que, aunque muy grave, podría afectar a un porcentaje muy pequeño de niños y adolescentes (casi 4 %, el doble que en los niños y adolescentes que reciben un placebo: 2 %; Hammad, Laughren y Racoosin, 2006)[8], todos los fármacos antidepresivos producen efectos secundarios en un 10-20 % de los niños y adolescentes y apenas hay datos sobre su correcta aplicación o su seguridad en este tipo de población. Por ejemplo, en un reciente metaanálisis se encontró que el porcentaje de niños y adolescentes con depresión que abandonaban el tratamiento debido a sus efectos secundarios era del 27 % para los antidepresivos tricíclicos y del 14 % para los ISRS (Quin y cols., 2014). Estos efectos adversos, además, son muy variados. Con la fluoxetina, por ejemplo, los efectos adversos que se han observado más frecuentemente son cefalea, diarrea, pérdida de apetito, fiebre y erupciones cutáneas, mientras que con el citalopram, el otro ISRS cuya prescripción parece en aumento en los últimos años, los efectos adversos más frecuentes son cefalea, náuseas, insomnio, rinitis y dolor abdominal.

3.1. ¿Es beneficioso añadir un fármaco antidepresivo a la terapia cognitivo-conductual?

Puesto que la fluoxetina ha demostrado ser eficaz para la depresión infantil y adolescente, cabría preguntarse si añadir ese fármaco o cualquier otro tipo de fármaco antidepresivo a la terapia cognitivo-conductual supondría un beneficio adicional sobre la

aplicación de esta última terapia en solitario. En la tabla 5.8 se recogen los resultados de los estudios experimentales que han comparado directamente terapias cognitivo-conductuales en solitario frente a su combinación con un fármaco antidepresivo ISRS en cuanto al porcentaje de niños y adolescentes con depresión que habían mejorado en el postratamiento o en el seguimiento. Como se puede observar en dicha tabla, los resultados, en el caso de la sertralina, indican claramente que su combinación con una terapia cognitivo-conductual no es más eficaz que la aplicación de esta en solitario.

Respecto a la fluoxetina, los resultados son contradictorios. En el postratamiento, en el estudio de Riggs y cols. (2007) no se encontró ningún beneficio adicional de añadir fluoxetina a la terapia cognitivo-conductual (aunque sí se encontró ese beneficio adicional en otra medida de depresión que no permitía obtener el porcentaje de pacientes que mostraban mejoría), mientras que en el estudio del Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team (2004) se encontró que la combinación de terapia cognitivo-conductual con fluoxetina era más eficaz que la terapia cognitivo-conductual en solitario. Los resultados de este último estudio son especialmente relevantes, ya que el estudio TADS (2004) fue financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, se realizó con una muestra de 439 adolescentes de entre 12 y 17 años de edad con trastorno depresivo mayor moderado o grave y es, hasta la fecha, el estudio más amplio publicado sobre esta cuestión. De hecho, sus resultados han tenido un gran impacto y a menudo se citan como prueba de que combinar fluoxetina y tratamiento psicológico es más eficaz que la medicación o el tratamiento psicológico en solitario (Iruela Cuadrado, Picazo Zappino y Peláez Fernández, 2009; San Sebastián Cabasés y Manzanero Estopiñán, 2012), siendo probable que también sean responsables de que algunas guías de práctica clínica como la de Ministerio de Sanidad y Política Social (Grupo de Trabajo, 2009a) recomienden como tratamiento de primera elección para la depresión grave la combinación de fluoxetina y terapia cognitivo-conductual. Sin embargo, en este mismo estudio (TADS, 2007), en un seguimiento realizado a las 36 semanas, las diferencias en eficacia entre la terapia cognitivo-conductual y su combinación con fluoxetina habían desaparecido, lo que pone en cuestión las recomendaciones que dan prioridad al tratamiento combinado sobre la aplicación de la terapia cognitivo-conductual en solitario.

En resumen, pues, los estudios recogidos en la tabla 5.8 no sustentan la idea de que añadir un fármaco antidepresivo a la terapia de conducta incremente los beneficios de esta en el tratamiento de la depresión infantil o adolescente. Otros estudios sobre el tema que no se han recogido en la tabla 5.8 porque no presentaban datos del número de pacientes mejorados, sino tan solo datos de las reducciones en los niveles de sintomatología depresiva, también corroborarían que la combinación de un fármaco antidepresivo con terapia cognitivo-conductual no es más eficaz que la terapia cognitivo-conductual en solitario. Así, por ejemplo, dos estudios con adolescentes que además de trastorno depresivo mayor sufrían simultáneamente o bien alcoholismo en un estudio

(Cornelius y cols., 2009) o bien trastornos de abuso o dependencia del cannabis en el otro (Cornelius y cols., 2010), no encontraron diferencias significativas en la reducción de sintomatología depresiva entre el tratamiento combinado de fluoxetina con terapia cognitiva-conductual y el tratamiento combinado de placebo con terapia cognitivo-conductual. En la misma línea, pero con un fármaco antidepresivo que no era un ISRS, Mandoki y cols. (1997) no observaron diferencias en la reducción de la sintomatología depresiva entre los niños y adolescentes (8 a 17 años) con trastorno depresivo mayor que recibieron venlafaxina más terapia cognitivo-conductual y los que recibieron terapia cognitivo-conductual más placebo. Es más, un metaanálisis muy reciente en el que se revisaron once estudios experimentales específicamente diseñados para evaluar distintas combinaciones de fármacos y terapia cognitivo-conductual, tampoco encontró datos que indicaran que la combinación de un fármaco antidepresivo con terapia psicológica es más eficaz en el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes que la terapia psicológica en solitario (Cox y cols., 2014).

TABLA 5.8

Resultados de los estudios experimentales que comparan la eficacia para la depresión infantil o adolescente de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en solitario frente a su combinación con un fármaco inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS)

Estudio	Población/ISRS	Medida de resultado	Tratamiento		
			TCC (%)	ISRS (%)	TCC + ISRS (%)
Melvin y cols. (2006)	Adolescentes/ sertralina	Mejoría en depresión (postratamiento).	86[a]	46[b]	50[a, b]
		Mejoría en depresión (seguimiento)*.	90[a]	60[a]	70[a, b]
TADS (2004, 2007)	Adolescentes/ fluoxetina	Mejoría en depresión (postratamiento).	43[a]	61[b]	71[b, b]
		Mejoría en depresión (seguimiento).	81[a]	81[a]	86[a, b]
		Intencionalidad suicida (postratamiento).	4[a]	11[a]	5[a, b]
		Intencionalidad suicida (seguimiento).	6[a]	15[b]	8[a, b]
Riggs y cols. (2007)**	Adolescentes/ fluoxetina	Mejoría en depresión (postratamiento).	67[a]	—	76[a, b]
		Hospitalización por intencionalidad suicida (postratamiento).	2[a]	—	6[a, b]

Los valores representan o bien porcentajes de pacientes que habían mejorado en las medidas primarias de depresión o bien porcentajes de pacientes que presentaban intencionalidad suicida u hospitalizaciones por

intencionalidad suicida. Para cada medida, los porcentajes con diferentes letras difieren de forma estadísticamente significativa con $p > 0,05$.

* Los valores son estimaciones de los representados gráficamente en el estudio original.

** En este estudio la TCC se aplicó en combinación con un placebo farmacológico y no hubo condición de ISRS en solitario; los cálculos sobre las hospitalizaciones por intencionalidad suicida son propios.

En definitiva, puesto que en el tratamiento de la depresión infantil o adolescente la terapia de conducta no parece beneficiarse de su combinación con fármacos antidepresivos y, en cambio, el añadir un fármaco antidepresivo aumentaría la probabilidad de que los niños o adolescentes sufrieran efectos secundarios, parece que, actualmente, el tratamiento de primera elección para la depresión grave en niños y adolescentes no es la combinación de terapia psicológica y fluoxetina (o cualquier otro fármaco antidepresivo), como sugieren algunas guías y pautas de práctica clínica (por ejemplo, Grupo de Trabajo, 2009a; San Sebastián Cabasés y Manzanero Estopiñán, 2012), sino la terapia psicológica en solitario, especialmente las terapias cognitivo-conductuales, tal y como se recoge en el algoritmo terapéutico de la figura 5.1.

Dicho esto, el papel de los tratamientos farmacológicos, en particular de la fluoxetina, parece importante como tratamiento de segunda elección en combinación con la terapia psicológica en el caso de que la terapia psicológica en solitario no haya funcionado en un tiempo razonable o, incluso, como primera opción cuando otras circunstancias lo hagan inevitable (por ejemplo, cuando los padres o el propio niño o adolescente se nieguen a seguir una terapia psicológica, cuando la terapia psicológica no esté disponible y no haya posibilidad alguna de remitir al paciente a un recurso apropiado para recibirla o cuando haya un trastorno comórbido que responda al fármaco y no a la terapia psicológica). Sin embargo, es de esperar que la extensión y el detalle con el que en este capítulo se han expuesto los datos de eficacia de los tratamientos psicológicos y farmacológicos y sus limitaciones animen a los profesionales de la salud con capacidad legal para prescribir fármacos (pediatras, médicos de atención primaria, psiquiatras) a considerar muy seriamente las terapias psicológicas en el tratamiento de la depresión infantil y adolescente y a no descartarlas fácilmente en favor del fármaco, una alternativa terapéutica más accesible y cómoda, sin haber hecho un intento genuino de ponerlas en marcha, si se encuentra capacitado, o sin haber hecho un esfuerzo sincero de remitir al paciente al recurso más apropiado para que se las proporcione. Por supuesto, la misma seriedad hay que exigir a los profesionales de la salud especialistas en psicoterapia (psicólogos, psiquiatras), en el sentido de que, a la hora de decidir qué tratamiento psicológico se debe utilizar con un niño o adolescente con depresión, deberían tener muy en cuenta el tipo concreto de terapias psicológicas que hasta ahora se han mostrado eficaces y para qué poblaciones, y, en el caso de que no se encuentren lo suficientemente preparados para ponerlas en marcha, deberían intentar formarse en ellas o remitir al

paciente a un recurso más apropiado para que se las proporcione. Por otro lado, a unos y otros profesionales se les debería poder exigir que informen y valoren con los padres y con el propio menor, en el caso de los adolescentes y los niños más mayores, las opciones terapéuticas disponibles para la depresión y, si el menor ya estuviera tomando algún fármaco antidepresivo y fuera aconsejable su retirada por falta de respuesta terapéutica, deberían remitir el paciente a un profesional médico capacitado que supervise su retirada progresiva, ya que la suspensión de un fármaco antidepresivo siempre debe hacerse bajo estricto control médico para evitar posibles efectos secundarios y, además, es recomendable que se realice de forma gradual (Grupo de Trabajo, 2009a).

4. INTERVENCIÓN EN SUICIDIO

Al contrario de lo que ocurre en el campo de los adultos, la investigación sobre la prevención y el tratamiento de las conductas relacionadas con el suicidio en niños y adolescentes es escasa, y aún más escasa la dedicada a la prevención y tratamiento de esas conductas en niños y adolescentes con depresión. Las razones que explican esta falta de investigaciones radican, en parte, en las tasas tan bajas de suicidio que se encuentran entre los menores en comparación a los adultos, y en que la depresión, con ser un factor de riesgo importante para el suicidio, no es el único trastorno mental que está asociado con el suicidio y las conductas relacionadas con el suicidio en niños y adolescentes. Por ejemplo, el abuso de sustancias, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el trastorno límite de personalidad también son factores de riesgo para el suicidio y las conductas autolesivas en la población infanto-juvenil. Es más, el suicidio y las conductas de suicidio también pueden aparecer en niños y adolescentes sin trastornos mentales que sufren ciertos acontecimientos vitales estresantes como, por ejemplo, maltrato físico, abusos sexuales o acoso escolar (Fliege y cols., 2009; Grupo de Trabajo, 2009a; Shaffer y cols., 1996; Steele y Doey, 2007).

Con todo, recientemente Glenn, Franklin y Nock (2015) revisaron sistemáticamente la literatura científica sobre los tratamientos psicosociales específicamente dirigidos a las conductas suicidas en niños y adolescentes, incluyendo entre estas tanto los intentos de suicidio como las amenazas de suicidio, los pensamientos suicidas y las conductas autolesivas no suicidas (véase el capítulo 1), e identificaron al menos 29 estudios sobre el tema, de los cuales 18 eran ensayos clínicos controlados (con grupo de control y asignación aleatoria de los pacientes a los grupos), seis eran estudios controlados, pero no aleatorizados, y seis eran estudios piloto con un solo grupo y diseño pretratamiento-postratamiento. Puesto que el suicidio y las conductas suicidas son mucho menos frecuentes en niños que en adolescentes (véase el capítulo 1), solo un estudio estaba centrado en niños, en concreto en niños de 8 a 11 años (Perepletchikova y cols., 2011), y tan solo tres incluían, en sus muestras de adolescentes, niños de 11 o 10 años, estando,

por tanto, la mayoría de estudios dirigidos a adolescentes de 12 años y más.

Utilizando los criterios para evaluar la eficacia de los tratamientos establecidos por la revista *Journal of Child and Adolescente Psychology* y que, prácticamente, son los mismos que los establecidos por la División 12 de psicología clínica de la Asociación Americana de Psicología y que se describieron en el capítulo 2[9], Glenn y cols. (2015) concluyeron, tras su revisión, que, actualmente, no hay ningún tratamiento «bien establecido» respecto a su eficacia para cualquiera de la conductas relacionadas con el suicidio en niños y adolescentes, ya que la mayoría de los tratamientos revisados tan solo contaban con datos procedentes de un único estudio que hubiese demostrado que dicho tratamiento era más beneficioso que un placebo psicológico, que un tratamiento farmacológico o que otro tratamiento psicológico. Sin embargo, sí encontraron que cinco tratamientos cumplían los criterios para considerarse «probablemente eficaces» para algunas de las conductas suicidas en niños y adolescentes:

a) Terapia cognitivo-conductual integral (que combina terapia individual, familiar y entrenamiento para padres; Esposito-Smythers, Spirito, Kahler, Hunt y Monti, 2011).
b) Entrenamiento para padres basado en terapia familiar (Pineda y Dadds, 2013).
c) Terapia familiar basada en el apego (Diamond y cols., 2010).
d) Terapia interpersonal individual para adolescentes (Tang, Jou, Ko, Huang y Yen, 2009).
e) Tratamiento basado en la metalización para adolescentes (que combina terapia psicodinámica individual y familiar; Rossouw y Fonagy, 2012).

Sin embargo, de estos cinco tratamientos, tan solo la terapia cognitivo-conductual integral se mostró eficaz para reducir los intentos de suicidio, de manera que, en los seguimientos a los 18 meses, tan solo el 5 % de adolescentes que recibieron dicha terapia volvieron a intentar suicidarse, mientras que entre los adolescentes que recibieron el tratamiento habitual el 35 % volvieron a realizar un intento de suicidio (Esposito-Smythers y cols., 2011). Los otros cuatro tratamientos, no obstante, sí fueron eficaces, en comparación a las intervenciones de control, para reducir las conductas autolesivas o la ideación suicida (Glenn y cols., 2015).

Por otro lado, los resultados de otra reciente revisión metaanalítica (Ougrin, Tranah, Stahl, Moran y Asarnow, 2015) también apoyarían la idea de que al menos dos de esos cinco tratamientos (a los que se añadiría un sexto: la terapia dialéctico-comportamental) son «probablemente eficaces» para la prevención de las conductas autolesivas, aunque no para prevenir los intentos de suicidio. Ougrin y cols. (2015) examinaron los ensayos clínicos con grupos de control publicados hasta mayo de 2014 sobre todo tipo de intervenciones (farmacológicas, psicológicas y psicosociales) para el suicidio y las conductas autolesivas en adolescentes, encontrando 19 estudios que les permitieron llegar a estas conclusiones:

1. No existen actualmente ensayos clínicos controlados sobre la eficacia de ningún fármaco para el suicidio o las conductas autolesivas en adolescentes, ni tampoco sobre su eficacia en combinación con un tratamiento psicológico o psicosocial.
2. Las intervenciones psicológicas y psicosociales que se han aplicado para reducir el número de intentos de suicidio o de conductas autolesivas son numerosas y muy heterogéneas.
3. Las intervenciones psicológicas y psicosociales dirigidas específicamente al suicidio adolescente son, en comparación al tratamiento habitual, eficaces para reducir las conductas autolesivas tomadas en su conjunto (incluyendo los intentos de suicidio), de manera que el porcentaje de adolescentes que volvieron a realizar dichas conductas en los seguimientos fue significativamente menor entre los adolescentes que recibieron esas intervenciones que entre los adolescentes que recibieron el tratamiento habitual (28 % frente a 33 %).
4. Centrándose solo en los intentos de suicidio, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las reducciones en los intentos de suicidio logradas por las intervenciones psicológicas y psicosociales dirigidas específicamente al suicidio adolescente y las logradas por el tratamiento habitual[10].
5. Las intervenciones que consiguieron las mayores reducciones en las conductas autolesivas, en comparación a las logradas por el tratamiento habitual, fueron los tratamientos cognitivo-conductuales, el tratamiento basado en la mentalización y la terapia dialéctico-comportamenta.

Esa última intervención, la terapia dialéctico-comportamental (o terapia dialéctico-conductual), es en realidad un tipo de tratamiento cognitivo-conductual, pero de los denominados de tercera generación en comparación a los más tradicionales (primera generación: conductuales y cognitivos; segunda generación: cognitivo-conductuales; véase la tabla 2.1). La terapia dialéctico-comportamental fue creada por Marsha Linehan (1993/2003) para el tratamiento específico del trastorno límite de la personalidad, incluido el tratamiento del suicidio, las conductas suicidas y los problemas de regulación emocional que caracterizan dicho trastorno. Sin embargo, en los últimos años, tras demostrar su eficacia en ese trastorno, llegando a ser la terapia de referencia para el mismo en adultos (Kliem, Kröger y Kosfelder, 2010), su utilización se ha extendido al tratamiento de otros trastornos también caracterizados por un riesgo elevado de suicidio o por problemas de regulación emocional (por ejemplo, trastorno depresivo mayor en ancianos, trastorno por atracón) o al tratamiento directo del suicidio y de las conductas autolesivas en distintas poblaciones, entre ellas los adolescentes. De hecho, Linehan y sus colaboradores han publicado un manual específico para el tratamiento de los adolescentes suicidas (Miller, Rathus y Linehan, 2007). Basada en los principios de la terapia de conducta, pero también en la filosofía dialéctica y en la práctica zen, la terapia

dialéctico-conductual usa técnicas muy habituales en los tratamientos cognitivo-conductuales más tradicionales como, por ejemplo, las técnicas de entrenamiento en solución de problemas, exposición, entrenamiento en habilidades sociales, manejo de contingencias y modificación cognitiva, pero, frente a esos tratamientos más tradicionales, hace especial hincapié en cinco componentes terapéuticos:

1. La aceptación y validación de la conducta de los pacientes tal como se presenta en el momento, a través, por ejemplo, del uso de técnicas para la toma de conciencia (por ejemplo, técnicas de atención plena o *mindfulness*) y la tolerancia al malestar (por ejemplo, tácticas de distracción, confortarse a sí mismo).
2. El entrenamiento en habilidades de regulación emocional (por ejemplo, identificación y etiquetamiento de emociones, identificar obstáculos para el cambio emocional).
3. El tratamiento de las conductas que interfieren en la terapia tanto por parte del paciente como del terapeuta.
4. La relación terapéutica como parte esencial del tratamiento.
5. Los procesos dialécticos o de relación entre opuestos (por ejemplo, entre la necesidad que tiene un paciente de aceptarse a sí mismo tal como es en el momento actual y la necesidad de cambio; entre mejorar aprendiendo nuevas habilidades y aceptar, entonces, que el problema era personal, no de los demás).

Recientemente, un metaanálisis ha analizado la eficacia de la terapia dialéctico-comportamental para el tratamiento de la depresión y de las conductas autolesivas no suicidas en adolescentes (Cook y Gorriaz, 2016). Sus resultados, basados en el análisis de las diferencias entre el pretratamiento y el postratamiento de 12 estudios, apoyan la idea de que la terapia dialéctico-comportamental es eficaz para reducir las conductas autolesivas no suicidas, pero mucho menos para reducir la sintomatología depresiva, alcanzando dicha diferencia un tamaño del efecto grande (g = 0,81) para las primeras, pero un tamaño pequeño (g = 0,36) para la segunda. Sin embargo, en la medida que tales diferencias no se refieren a comparaciones con grupos de control (por ejemplo, tratamiento habitual, lista de espera, placebo psicológico), esos resultados no permiten, de acuerdo con los criterios de la División 12 de la Asociación Americana de Psicología y en línea con los resultados de Glenn y cols. (2015), considerarla una terapia probablemente eficaz para la depresión o para las conductas autolesivas no suicidas.

Por tanto, y teniendo en cuenta la escasez de la investigación al respecto y su heterogeneidad y, por consiguiente, teniendo en cuenta el carácter tentativo de las conclusiones que se pueden extraer de la misma, la terapia cognitivo-conductual integral podría ser, por ahora, la terapia de primera elección para el tratamiento del suicidio en niños y adolescentes con depresión, ya que, como se vio antes, es la única que se ha mostrado probablemente eficaz para reducir los intentos de suicidio. A ello apuntan, además, tanto el hecho de que los tratamientos cognitivo-conductuales, como grupo,

cuentan con un mayor número de investigaciones con diseños con grupo de control en niños y adolescentes (14 estudios en la revisión metaanalítica de Labelle, Pouliot y Janelle, 2015) como que en tales investigaciones el resultado promedio, en comparación a las condiciones de control (por ejemplo, tratamiento habitual, medicación, lista de espera, otro tratamiento supuestamente activo), ha sido una reducción significativamente mayor en ideación suicida y en conductas autolesivas (con diferencias estandarizadas entre el tratamiento y la condición control entre pequeñas y casi moderadas: $g = -0{,}27$ para las conductas autolesivas y $g = -0{,}40$ para la ideación suicida; Labelle y cols., 2015)[11].

La terapia cognitivo-conductual integral está basada en la teoría del aprendizaje cognitivo social de Bandura (véase la tabla 2.1) y fue creada para el tratamiento de adolescentes que han realizado intentos de suicido y de adolescentes que además de las conductas suicidas presentan problemas de abuso de alcohol o drogas (Esposito-Smythers y cols., 2011). La terapia tiene como objetivo principal modificar los patrones de conductas sociales y de creencias básicas que subyacen tras esos problemas, para lo cual los adolescentes deben reaprender formas más adaptativas de relacionarse con uno mismo y con los demás y desarrollar la autoeficacia en el uso de esas nuevas habilidades (la autoeficacia se refiere a las creencias y expectativas sobre si se poseen las capacidades para realizar las conductas necesarias para obtener los resultados deseados). Para conseguir estos objetivos, la terapia incluye un buen número de técnicas cognitivo-conductuales que se presentan en forma de un menú de módulos de formación de habilidades para su aplicación individual con el adolescente, su aplicación familiar y su aplicación en el entrenamiento de padres, de manera que el clínico puede seleccionar, implementar y practicar los módulos que crea conveniente en función de las necesidades de cada caso (véase la tabla 5.9). La aplicación de la terapia suele durar seis meses, en sesiones semanales con los adolescentes y en sesiones bisemanales con los padres, de manera que el número total de sesiones del tratamiento es de aproximadamente 24 sesiones individuales con los adolescentes y 12 sesiones con los padres, de las cuales algunas se realizan conjuntamente con el adolescente y sus padres (sesiones de familia), y en su aplicación suelen intervenir dos terapeutas, uno de los cuales se encarga de las sesiones individuales con el adolescente y otro de las sesiones de familia y de entrenamiento de padres. En Esposito-Smythers y cols. (2012) se puede encontrar una descripción más detallada de la terapia cognitivo-conductual integral y de cómo se aplicó, sesión por sesión, en el caso de una adolescente de 16 años hospitalizada por intento de suicidio y que sufría un trastorno depresivo mayor desde hacía un año y también presentaba, desde los 14 años, un trastorno negativista desafiante y abuso de alcohol.

Independientemente de que la investigación futura confirme el papel de la terapia cognitivo-conductual como tratamiento de primera elección, es probable que alguno o algunos de los elementos terapéuticos que tienen en común los cinco tratamientos que

hasta ahora se pueden considerar probablemente eficaces en la prevención del suicidio adolescente y en el tratamiento de las conductas de suicidio en adolescentes, sean responsables en parte de sus beneficios terapéuticos y, por tanto, sería aconsejable tenerlos en cuenta en cualquier programa de intervención que se ponga en marcha al respecto. Tales elementos son (Glenn y cols., 2015):

a) Centrarse en las relaciones y el funcionamiento interpersonal, particularmente en la familia, ya que, de hecho, prácticamente todos los tratamiento incluyen a los padres en el tratamiento a través de sesiones conjuntas con el adolescente (sesiones de familia) o de sesiones solamente con ellos.

TABLA 5.9
Menú de tratamiento para la terapia cognitivo-conductual integral

Tipos de módulos	Módulos
Módulos básicos de habilidades para su aplicación individual.	— Introducción al tratamiento/establecimiento de objetivos. — Solución de problemas. — Reestructuración cognitiva. — Incremento de acontecimientos agradables saludables. — Formación de redes de apoyo social saludables. — Regulación del afecto: reconocer y controlar las emociones negativas. — Regulación del afecto: respiración profunda/entrenamiento en relajación muscular progresiva. — Comunicación: entrenamiento en asertividad. — Práctica de habilidades/revisión.
Módulos suplementarios de regulación del afecto para su aplicación individual.	— Análisis funcional de la conducta peligrosa. — Imaginación guiada. — Control de la agresión (parte I). — Control de la agresión (parte II).
Módulos específicos de sustancias para su aplicación individual.	— Entrevista motivacional para el uso de alcohol/droga. — Afrontamiento del deseo o ansia por el alcohol/droga *(craving).* — Habilidades para rechazar el alcohol/droga. — Planificación para emergencias. — Prevención de recaídas.
Módulos para la familia.	— Solución de problemas familiares. — Comunicación familiar. — Aumento de interacciones familiares positivas. — Manejo de contingencias/contrato conductual.
Módulos de entrenamiento parental.	— Entrevista motivacional para el enganche terapéutico. — Monitorización parental. — Reestructuración cognitiva para los padres.

	— Regulación emocional para los padres. — Solución de problemas para los padres. — Asistencia positiva.
Módulos de mantenimiento/refuerzo.	— Revisión de habilidades y de progresos durante el tratamiento. — Prevención de recaídas.

FUENTE: adaptado de Esposito-Smythers y cols., 2012, p. 249.

b) Incluir el entrenamiento en habilidades, en especial el entrenamiento en habilidades de regulación de las emociones, de solución de problemas y de habilidades sociales o de comunicación, y extender este entrenamiento a los padres, ya que los programas más eficaces incluyen todos ellos entrenamientos en habilidades parentales.

c) Ser intensivos, lo que implica un número mayor de sesiones semanales y una mayor duración de las sesiones, especialmente al inicio del tratamiento, así como una mayor duración del tratamiento de lo que es habitual para otros trastornos infanto-juveniles. Esta mayor duración tiene también que ver, en parte, con la inclusión de sesiones adicionales para la educación y el entrenamiento de habilidades de los padres.

d) Incluir como objetivo terapéutico otros factores de riesgo para el suicidio y las conductas suicidas, como por ejemplo el abuso de alcohol y drogas.

5. UN EJEMPLO DE PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

A continuación se describe un programa de tratamiento psicológico para la depresión infantil basado en el programa ACCIÓN (Stark y cols., 1994, 1996, 2010; Stark y Kendall, 1996). El programa ACCIÓN se basa, a su vez, en diversas técnicas y procedimientos diseñados para el tratamiento de la depresión adulta, a saber, la terapia de autocontrol de Rehm (Rehm, Kaslow y Rabin, 1987), la terapia cognitiva de Beck (Beck y cols., 1979/1983) y la terapia conductual de Lewinsohn (1974), y, como ya se ha comentado, su eficacia ha sido validada en al menos tres estudios intergrupos con grupo de control (Stark y cols., 2010). La lógica del programa de tratamiento propuesto es abordar los factores de riesgo y las conductas problemáticas que la literatura empírica ha señalado como elementos clave asociados a la depresión infantil.

5.1. Tratamiento con los niños

Una primera parte del programa está dirigida específicamente a modificar ciertas

conductas problemáticas en el niño deprimido. En concreto, los objetivos de esta primera parte son: que el niño adquiera una serie de habilidades de afrontamiento que le permita controlar y reducir los síntomas depresivos más importantes, particularmente los síntomas clave relacionados con el estado de ánimo (la tristeza, la irritabilidad y la ansiedad); que aprenda una serie de habilidades de solución de problemas que le permita afrontar las dificultades cotidianas relacionadas con su depresión, y que aprenda una forma más adaptativa de procesar la información sobre él mismo y sobre su entorno. Estos objetivos quedan bien resumidos en las afirmaciones que incluyen las tarjetas del «kit de afrontamiento» del programa ACCIÓN y que, con un lenguaje pensado para niños de entre 9 y 13 años, dicen (Stark y cols., 2010, p. 94):

1. «Si te sientes mal y no sabes por qué, utiliza las habilidades de afrontamiento.
2. Si te sientes mal y no puedes cambiar la situación, utiliza la solución de problemas.
3. Si te sientes mal y es debido a pensamientos negativos, cambia los pensamientos».

5.1.1. Adquirir un conjunto de habilidades de afrontamiento para modificar los síntomas depresivos

Modificar el estado de ánimo deprimido a través de la planificación de actividades agradables

La planificación de actividades supone la incorporación deliberada en la vida del niño de actividades placenteras dirigidas a objetivos. La realización de estas actividades no solo eleva el estado de ánimo debido a su carácter de reforzadores positivos, sino también porque distraen al niño de sus rumiaciones cognitivas negativas y combaten directamente el retraimiento, la pasividad y el sedentarismo asociados con los episodios depresivos.

El entrenamiento procede enseñando al niño, en primer lugar, la relación entre realizar actividades placenteras y mejora del estado de ánimo. A continuación hay que identificar en cada niño concreto esas actividades placenteras. Para ello se puede entrevistar al niño y a sus padres, pedir al niño que haga registros de conducta en los que anote las actividades que le gustaría hacer en los próximos días o utilizar una escala estandarizada de reforzadores. En cualquier caso, la identificación y elaboración del plan de actividades debe tener en cuenta la edad del niño, los recursos económicos de la familia y su tiempo disponible, las ofertas del entorno social y escolar, y las oportunidades aprovechables en el grupo de compañeros y amigos que constituyen el mundo social del niño. Una vez identificadas las actividades placenteras, se instruye al niño para que las practique regularmente.

También es importante incluir la planificación de actividades de dominio, es decir, actividades que tienen algún tipo de valor instrumental y que tras su realización el niño

tiene un sentimiento de logro o dominio. En los niños estas actividades son, por ejemplo, completar alguna tarea escolar o realizar algún tipo de afición. Puesto que los niños con depresión suelen sentirse desbordados por el pensamiento de tratar de completar totalmente esas tareas desde el principio, el terapeuta, en colaboración con el niño, debe dividir la tarea en componentes manejables y planificar la realización de esos componentes a lo largo de la semana, de forma que puedan ser realizados con éxito.

Tanto para la realización de las actividades placenteras como de las actividades de dominio, el terapeuta se puede ayudar de técnicas como los contratos conductuales o la práctica cognitiva para aumentar la probabilidad de que tales actividades se lleven a cabo. Además, en ambos casos es muy importante el papel de los padres, puesto que estos no solo ofrecen el apoyo necesario para su realización (por ejemplo, a través de su participación, de la provisión de transporte y medios económicos, de su supervisión), sino que también sirven como elementos para recordar a los niños cómo realizar las actividades y para reforzar su consecución.

Reducir los niveles excesivos de ansiedad

Ya se ha comentado que en la depresión infantil es muy frecuente la aparición de problemas de ansiedad. Por tanto, en la mayoría de los casos es necesario enseñar al niño alguna técnica que le sirva como estrategia de afrontamiento frente a la ansiedad y los demás síntomas relacionados que suelen aparecer simultáneamente en la depresión. En concreto, se pueden utilizar los procedimientos de relajación muscular progresiva que Cautela y Groden (1985) adaptaron para la enseñanza de la relajación a niños mayores y pequeños, y que vienen acompañados de abundante material pictórico, que es de mucha utilidad en el entrenamiento con este tipo de población. Una vez que el niño ha aprendido a relajarse profundamente en la consulta, se le da una cinta de casete con un procedimiento abreviado y se le instruye para que utilice la relajación cada vez que se sienta ansioso o preocupado, es decir, se le dan instrucciones para que en esas ocasiones vaya a algún sitio tranquilo y escuche la cinta.

Un aspecto clave para que el niño aprenda a utilizar la relajación como una habilidad para afrontar ciertas situaciones, es que sea capaz de identificar los primeros signos de ansiedad y preocupación. Stark y cols. (1994) han propuesto una serie de juegos de «educación afectiva» para desarrollar esta capacidad de identificar estados emocionales, y para que los niños con depresión aprendan la relación existente entre pensamientos, conducta y sentimientos. Por ejemplo, en el juego de las Charadas Emocionales los niños van cogiendo por turnos una carta de un mazo que contiene cartas con nombres de emociones escritas, y deben representar la expresión de esa emoción mientras los otros jugadores tratan de identificar la emoción. Una vez que la emoción ha sido correctamente identificada, el jugador que ha adivinado la emoción expone las pistas que le llevaron a la identificación de la emoción, lo que sintió la última vez que él notó esa emoción, y lo que pensaba en ese momento.

Reducir los niveles excesivos de ira, hostilidad e irritabilidad

Como ya se ha señalado, la irritabilidad y la hostilidad son dos síntomas muy frecuentes en la depresión infantil. Para enseñar al niño cómo afrontar los sentimientos de ira, hostilidad o rabia, lo primero es ayudarle a reconocer las sensaciones que definen esa emoción. De nuevo, los juegos de educación afectiva de Stark y cols. (1994) pueden ser de gran utilidad. Posteriormente se enseña al niño que la ira es una señal de que se necesita resolver un problema y que, por tanto, puede optar por realizar una respuesta que solucione la situación o por una estrategia para controlar la ira. Como estrategias se puede enseñar al niño la relajación y, además, las siguientes: abandonar la situación; irse y hacer algo agradable; usar palabras en lugar de acciones para expresar la ira; realizar una actividad física intensa como, por ejemplo, montar en bicicleta o jugar al baloncesto, y expresar la ira por medio de la escritura o el dibujo. Es muy difícil conseguir que un niño adopte alguna de estas estrategias cuando se encuentra enfadado, por lo que es importante el apoyo de los padres en forma de programas de reforzamiento que puedan administrar cuando el niño controle con éxito su ira. Un recurso terapéutico útil para enseñar, reforzar y motivar en los niños la adquisición de las estrategias y habilidades cognitivo-conductuales anteriormente citadas para controlar los niveles excesivos de ira, hostilidad e irritabilidad, es el libro de Huebner (2008), que incluye ejemplos atractivos, ilustraciones animadas e instrucciones paso a paso para el aprendizaje de dichas estrategias y habilidades.

5.1.2. Adquirir un conjunto de habilidades de solución de problemas para afrontar las dificultades cotidianas

Habilidades sociales

Antes de iniciar un entrenamiento en habilidades sociales es importante hacer una evaluación completa del niño, que incluya informes de los maestros, de los padres y del propio niño y, a ser posible, realizar una observación en vivo de las conductas sociales del niño. Esta evaluación dictará qué conductas específicas se deberán entrenar, bien de tipo molecular, como, por ejemplo, el contacto ocular y la expresión facial, o bien de tipo intermedio o más molar, como, por ejemplo, dar y recibir cumplidos, pedir a otras personas que dejen de hacer conductas que molestan, o habilidades de conversación y habilidades de resolución de conflictos. El paquete básico de técnicas para realizar este entrenamiento es similar al que se utiliza en los entrenamientos de habilidades sociales con adultos y está compuesto por: instrucciones, modelado, ensayo conductual, retroalimentación, reforzamiento y autoobservación (véase García-Vera, Gil y Sanz, 1998). La principal diferencia es que, en el caso de los niños, se deben utilizar procedimientos y materiales más motivantes, amenos y sencillos. Por ejemplo, para

explicar la diferencia entre comportamiento asertivo, agresivo y pasivo se pueden utilizar dibujos o cómics, o para modelar y realizar los ensayos conductuales se pueden diseñar juegos que representan situaciones sociales estructuradas. En este sentido, se han elaborado en España varios programas de tratamiento para la ansiedad social en adolescentes que incluyen procedimientos y materiales terapéuticos específicamente diseñados para el desarrollo de las habilidades sociales de los adolescentes (por ejemplo, la Intervención en Adolescentes con Fobia Social, o IAFS; Olivares Rodríguez, 2005; véase el capítulo 9).

Además de enseñar habilidades sociales específicas, el entrenamiento debería utilizar procedimientos de reestructuración cognitiva para ayudar a los niños a percibir las situaciones sociales de una forma menos amenazante y más realista. Asimismo, se pueden incluir técnicas de reducción de ansiedad como el entrenamiento en relajación para ayudar a aquellos niños que se sientan muy incómodos en las situaciones sociales o que tengan una alta aprensión al intentar nuevas situaciones interpersonales.

Habilidades para obtener reforzadores

Para conseguir que el niño deprimido tenga un mayor número de reforzadores positivos existen varios procedimientos. Por supuesto, la planificación de actividades placenteras y el entrenamiento en habilidades sociales ya abordan directamente este objetivo terapéutico. Sin embargo, parece importante enseñar también al niño habilidades para obtener reforzadores que no dependan del exterior, es decir, enseñarle habilidades de autorreforzamiento (administrarse uno mismo reforzadores positivos cuando realiza con éxito una conducta deseada). El aprendizaje de estas habilidades suele requerir técnicas de reestructuración cognitiva y de aprendizaje de habilidades de autoevaluación, puesto que la baja tasa de autorreforzamiento que presentan los niños deprimidos a veces depende de su tendencia a ponerse metas muy altas o a autoevaluarse negativamente.

El primer paso en el entrenamiento en autorreforzamiento consistiría en identificar las posibles recompensas y asegurarse el apoyo paterno, en cuanto permitan que los niños accedan a esas recompensas en determinadas circunstancias. Una vez hecho esto, se enseñarían al niño los procesos de reforzamiento y castigo mediante ejemplos concretos, haciéndose hincapié en la necesidad de que los reforzadores sean inmediatos, contingentes y continuos. Además, es importante hacer ver al niño que las autoafirmaciones positivas pueden ser recompensantes y conducir a un estado de ánimo positivo, mientras que las autoafirmaciones negativas pueden ser castigos que conducen a un estado de ánimo negativo. Luego se le debe enseñar que los reforzadores varían a lo largo de un continuo de valor o potencia y que debe autoadministrarse recompensas con mayor valor cuando realiza tareas más difíciles y recompensas de menor valor para tareas más simples.

Una vez que el niño comprende todos estos conceptos, el terapeuta puede hacer una

demostración del uso del autorreforzamiento, pedir al niño que describa lo que haría en situaciones hipotéticas, realizar con él una representación *(role-playing)* y diseñar tareas para casa para que vaya poniendo en práctica las habilidades de autorreforzamiento.

Habilidades de solución de problemas

Se pueden utilizar diversas técnicas de entrenamiento en solución de problemas para conseguir que el niño abandone el pensamiento negativo, propio de la depresión, y forzarlo a ver soluciones alternativas a los problemas con los que se enfrenta, para aumentar su sensación de control sobre el ambiente y, por tanto, reducir su nivel de desesperanza y, en última instancia, para ayudarle a resolver los problemas cotidianos que puedan estar incidiendo en su depresión. El entrenamiento se puede llevar a cabo con alguno de los procedimientos utilizados con adultos, por ejemplo la terapia de solución de problemas sociales de D'Zurilla (1993). En cualquier caso, debería incluir un primer paso donde se enseñe al niño a identificar y definir los problemas, un segundo paso de aprendizaje de procesos de generación de alternativas, un tercero de aprendizaje de procesos de predicción de posibles consecuencias a corto y a largo plazo para cada una de las soluciones propuestas, un cuarto paso de revisión, toma de decisión y puesta en marcha de una de las soluciones y, por último, un quinto paso de evaluación de los efectos reales de la solución realizada. Por supuesto, el terapeuta puede utilizar las técnicas de educación, modelado, ensayo conductual, práctica reforzada y retroalimentación para entrenar cada uno de esos cinco pasos y, además, deberá presentar el entrenamiento en términos adecuados para la edad del niño. En este sentido, el empleo de juegos y cuentos es la estrategia más utilizada tal y como, por ejemplo, lo emplea Kendall (1981, 2009, 2010).

5.1.3. Conseguir una forma más adaptativa de procesar la información

Cambiar pensamientos automáticos negativos

Para cambiar los pensamientos automáticos negativos, tan frecuentes en los niños deprimidos, se pueden utilizar técnicas de modelado cognitivo y de entrenamiento en autoinstrucciones positivas. El primer paso sería identificar esos pensamientos negativos, lo cual no es fácil en el caso de los niños. Para ello, se pueden presentar al niño diversos juegos que favorezcan sus autoverbalizaciones (por ejemplo, realizar rompecabezas, laberintos) o modelar el propio terapeuta esa conducta mientras ambos juegan con ese tipo de tareas. También es muy útil observar los cambios de humor del niño durante la terapia y pedirle que verbalice lo que está pensando en ese momento. A partir de esta información, el modelado cognitivo consistiría en que el terapeuta verbaliza pensamientos más adaptativos que el niño puede utilizar para reemplazar los pensamientos negativos que suele presentar en determinadas situaciones, y en pedir a

este que los verbalice con sus propias palabras y los repita. Al mismo tiempo, el terapeuta verbaliza pensamientos positivos cada vez que se encuentra ante un problema y así trata de modelar esa misma conducta en el niño. Si el niño presenta problemas especiales en esta área, se puede utilizar el entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum (1977) para conseguir que internalice autoafirmaciones positivas que guíen su pensamiento y conducta (véase en García-Vera y cols., 2014, cómo aplicar el entrenamiento en autoinstrucciones en niños y adolescentes).

Para identificar pensamientos negativos y cambiarlos por positivos, también se pueden utilizar juegos como *El planeta de los PSIMON* (Vogel, 2009). Este es un juego de mesa, con tablero y cartas, diseñado para enseñar a niños y adolescentes de entre 8 y 14 años a reconocer los pensamientos negativos y sus efectos dañinos y a identificar y generar pensamientos más positivos. El término PSIMON hace referencia a los «**mon**struos **psi**cológicos» que protagonizan el juego, los cuales pueden ser malos, representando pensamientos y distorsiones cognitivas negativas frecuentes (por ejemplo, «Obligator», un monstruo experto en poner trampas relacionadas con la culpa, o «Magnificator», un monstruo que tiende a exagerar todo), o pueden ser buenos, reflejando habilidades cognitivo-conductuales positivas (por ejemplo, «Pez deseo», un monstruo que recuerda que es mejor decir «me gustaría» en lugar de «debería», o «La sombra», un monstruo que recuerda que las cosas no son completamente malas ni completamente buenas). Durante el juego, los jugadores recorren el tablero tomando y leyendo en voz alta tarjetas que describen situaciones y experiencias que pueden darse en la vida habitual de los menores y ante las que los personajes reaccionan aplicando pensamientos automáticos negativos (por ejemplo, «Elena y Laura son íntimas amigas pero un día tienen una pelea. Elena entonces piensa: “Laura ya no va a querer ser amiga mía nunca más”»). El jugador debe identificar el PSIMON malo responsable del tipo de pensamiento o distorsión negativa que muestra el personaje o elegir el PSIMON bueno que facilita la lucha contra el malo, lo que en ambos casos permite «cazar» al PSIMON malo; el objetivo del juego es recorrer el tablero tratando de capturar el mayor número posible de monstruos psicológicos malos.

Cambiar esquemas cognitivos disfuncionales

Uno de los objetivos finales del programa de tratamiento es cambiar las actitudes disfuncionales que dan lugar a los pensamientos negativos que están asociados a la depresión infantil. Los procedimientos de reestructuración cognitiva que utilizan Beck y cols. (1979, 1983) pueden ser adaptados a los niños. Estos procedimientos, que se pueden presentar al niño como un juego en el que él será un «detective del pensamiento», incluyen técnicas para la identificación de los pensamientos y para:

a) Evaluar los datos a favor y en contra de tales pensamientos.
b) Considerar interpretaciones o formas alternativas de ver la situación negativa.

c) Plantearse qué pasaría si la situación negativa ocurriese.
d) Realizar experimentos conductuales que pongan a prueba los pensamientos negativos y las interpretaciones alternativas.

5.2. Tratamiento con los padres

Un parte muy importante de la intervención en la depresión infantil se dirige a los padres, puesto que de su comportamiento dependen mucho los niños hasta los 12 años. Los objetivos concretos de estas intervenciones se centran en enseñar a los padres:

a) Métodos positivos para disciplinar y manejar la conducta de sus hijos.
b) Habilidades personales para el control de sus propias emociones de ira y hostilidad.
c) Procedimientos para aumentar la autoestima de los niños.
d) Habilidades para escuchar empáticamente a sus hijos.
e) Habilidades para planificar actividades recreativas para la familia que estén pensadas para el niño y que se realicen con ellos, de manera que así se incremente el nivel de actividad del niño y se refuercen las conductas no depresivas del niño.

Para no alargar la exposición, y dado que existen en español excelentes textos que abordan este tipo de objetivos terapéuticos, remitimos al lector a los trabajos de Del Barrio (1997) y Stark y cols. (1994) para una exposición más extensa de las técnicas disponibles para lograr dichos objetivos. Por ejemplo, en McKay y Fanning (1991) se puede encontrar un desarrollo más extenso de las estrategias y procedimientos que pueden utilizar los padres para aumentar la autoestima de los niños. Es más, la claridad, amenidad y sencillez del texto permite poder utilizarlo como material bibliográfico terapéutico y recomendar su lectura a los padres. Igualmente, se puede recomendar a los padres el libro de Larroy (2007) o el de Peine y Howarth (1992) para la exposición de las técnicas operantes que permiten un control menos coercitivo y más eficaz de las conductas de desobediencia de los niños.

5.3. Tratamiento con la familia

Si hay alguna disfunción familiar, se puede iniciar algún tipo de terapia familiar que tenga como objetivo enseñar a sus miembros las siguientes habilidades:

a) Cómo comunicarse de forma más efectiva.
b) Cómo solucionar los problemas familiares más o menos cotidianos (por ejemplo, qué ver en la televisión o cómo afrontar el hecho de que el padre haya perdido su trabajo).
c) Cómo solucionar conflictos entre los miembros de la familia.

d) Cómo comunicar mensajes y sentimientos positivos.
d) Cómo cambiar las interacciones que confirman los esquemas cognitivos desadaptativos de los niños.

De nuevo remitimos al lector a los trabajos de Del Barrio (1997) y Stark y cols. (1994) para una explicación más detallada de las técnicas disponibles para conseguir estos objetivos terapéuticos.

NOTAS

1 En el metaanálisis de Bridge y cols. (2007) no se observó un mayor riesgo de ideación y conducta suicida entre los niños y adolescentes con depresión mayor tratados con antidepresivos de nueva generación frente a los niños y adolescentes con depresión mayor tratados con placebo en uno de los dos indicadores del efecto que utilizaron los autores del estudio (la diferencia de riesgo), pero sí respecto al segundo indicador del efecto que utilizaron (el riesgo relativo; véase la tabla 5 de dicho metaanálisis), resultado este último que es consistente con los hallazgos de los otros metaanálisis que se mencionan, alguno de los cuales también utilizaron como indicador del efecto el riesgo relativo, mientras que otros utilizaron otros indicadores del efecto como la *odds ratio* (razón de posibilidades).

2 Las únicas modificaciones consistieron en: *a*) añadir la terapia psicodinámica a la lista de terapias psicológicas que como tratamiento de primera línea se deben ofrecer a los niños y adolescentes con depresión de moderada a grave, y *b*) recomendar que se considere la terapia combinada (fluoxetina y terapia psicológica) como una alternativa a los tratamientos de primera línea para los adolescentes (entre 12 y 18 años) con depresión de moderada o grave (National Institute for Health and Care Excellence, 2015).

3 En la guía publicada del Ministerio de Sanidad y Política Social (Grupo de Trabajo, 2009a) se afirma que «se procedió a evaluar la calidad metodológica de las GPC [guías de práctica clínica] previas, mediante el documento AGREE, y se seleccionó la de mayor puntuación, que se consideró de referencia», y cita como guía de referencia un informe del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (National Advisory Mental Health Council Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention Development and Deployment, 2001). Sin embargo, dicho informe no aparece entre las guías que se revisaron con el instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation; http://www.agreetrust.org) en el anexo 9 del borrador de la guía del Ministerio [Grupo de Trabajo sobre la Depresión Mayor en el Niño y en el Adolescente (Grupo de Trabajo), 2009b]. En dicho anexo, según los autores de la guía: «La guía de práctica clínica que mayor puntuación obtuvo en todas las áreas evaluadas fue la realizada por el National Institute for Clinical Excellence (NICE) en el año 2005, siendo por tanto la de mayor calidad metodológica recuperada y valorándose como muy recomendada» (Grupo de Trabajo, 2009b, p. 180).

4 Penn es uno de los nombres con que se conoce popularmente a la Universidad de Pensilvania, la universidad situada en Filadelfia (Estados Unidos) de la que es catedrático Martin E. Seligman, creador del programa, y donde está ubicado el Centro de Psicología Positiva que dirige el propio Seligman y que, entre otros proyectos de investigación, ha evaluado la eficacia y utilidad clínica del programa. Curiosamente, es también la universidad de la que es catedrático emérito Aaron T. Beck, padre de la terapia cognitiva, y que fue mentor del propio Seligman durante sus primeros años posdoctorales en dicha universidad (Seligman, 2006). La influencia de Beck y de su terapia cognitiva en el programa de prevención y tratamiento de la depresión de Seligman es notable, de manera que 5 de sus 12 sesiones están dedicadas al aprendizaje de habilidades cognitivas siguiendo la lógica, estrategias y técnicas de la terapia cognitiva de Beck (por ejemplo, psicoeducación sobre la relación entre pensamientos y emociones, identificación de pensamientos automáticos negativos, generación de pensamientos alternativos más optimistas y evaluación de las alternativas en función de los datos).

5 Por ejemplo, en comparación a las condiciones de control (por ejemplo, lista de espera, tratamiento habitual), el metaanálisis de Brunwasser y cols. (2009) encontró, para el programa de la Universidad de Pensilvania aplicado en niños y adolescentes con sintomatología depresiva elevada, una reducción significativa de síntomas depresivos de un tamaño del efecto (*d*) de entre 0,14 (en el postratamiento) y 0,22 (en el seguimiento a los doce meses),

tamaños del efecto ambos menores que el que encontró el metaanálisis de Cuijpers y cols. (2009) para el Curso de Afrontamiento de la Depresión en su aplicación con adolescentes con trastornos depresivos diagnosticados o con sintomatología depresiva elevada, el cual halló una reducción significativa de síntomas depresivos de un tamaño del efecto (*d*) de 0,35.

6 El cambio de nombre tiene más sentido en inglés, puesto que el término original en inglés *homework*, que en España, en el ámbito terapéutico, se suele traducir como «tareas para casa», también significa «deberes escolares» y, por tanto, para evitar la connotación negativa que tienen los deberes, sobre todo entre los adolescentes, Mufson y cols. (2004) prefieren denominarlas *work at home* (trabajo en casa), como una ampliación del trabajo terapéutico durante las sesiones, o *interpersonal experiments* (experimentos interpersonales).

7 La ficha técnica es el documento oficial del medicamento que contiene un resumen de sus características, incluidas las condiciones de uso autorizadas, y que está dirigido al profesional sanitario, mientras que el prospecto es un documento elaborado a partir de la ficha técnica, pero dirigido al paciente. En España, el tipo de información que deben incluir ambos documentos (por ejemplo, principio activo, indicaciones terapéuticas, contraindicaciones, efectos adversos, interacciones, instrucciones para su administración, precauciones a observar en su empleo, etc.) está regulado por la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (*BOE* 178, de 27 de julio de 2006) que además exige que su contenido concreto esté aprobado previamente por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS).

8 No obstante, el porcentaje de niños y adolescentes con ideación y conducta suicida y el aumento en dicho porcentaje podrían ser mayores, ya que las estimaciones de Hammad y cols. (2006) se basan en los datos de 24 ensayos clínicos controlados con grupo placebo, incluido el famoso estudio del Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team (2004; véase el siguiente epígrafe), y en este tipo de estudios es habitual excluir a los niños y adolescentes deprimidos con conductas o ideación suicida graves, así como a los menores que presentan otros trastornos comórbidos como, por ejemplo, abuso o dependencia de sustancias, los cuales aumentan también el riesgo de suicidio (véase, por ejemplo, los criterios de exclusión de participantes en el estudio TADS, 2004, p. 808).

9 Respecto a los tratamientos bien establecidos y los probablemente eficaces, las únicas diferencias entre los criterios de la División 12 de la Asociación Americana de Psicología y los criterios de la revista *Journal of Child and Adolescente Psychology* son que estos últimos: *a*) no tienen en cuenta los estudios experimentales de caso único, y *b*) subrayan de manera explícita la necesidad de que los estudios hayan utilizado medidas fiables y válidas del trastorno en cuestión y la necesidad de que los análisis estadísticos realizados hayan sido adecuados y basados en una muestra de participantes de un tamaño suficiente para detectar los efectos terapéuticos esperados. No obstante, estas dos necesidades eran recogidas de manera implícita por los criterios de la División 12 cuando establecían que los estudios debían estar bien realizados y, en el caso del tamaño muestral, también lo era de manera explícita en relación con los estudios de equivalencia con tratamientos ya bien establecidos.

10 Este resultado no sería contradictorio con el obtenido en la revisión de Glenn y cols. (2015). En el metaanálisis de Ougrin y cols. (2015) se examinó la eficacia en su conjunto de las intervenciones psicológicas y psicosociales, mientras que la revisión de Glenn y cols. (2015) se centraba en la eficacia de cada tratamiento en concreto dentro de ese grupo más general. Por tanto, puesto que bajo la etiqueta «intervenciones psicológicas y psicosociales» se incluyen terapias muy heterogéneas, no hay contradicción entre encontrar que como grupo tales intervenciones no reducen significativamente los intentos de suicidio y encontrar que una terapia o tratamiento en particular (la terapia cognitivo-conductual integral) sí es capaz de reducirlos.

11 Sin embargo, Labelle y cols. (2015) no encontraron una diferencia estadísticamente significativa entre los tratamientos cognitivo-conductuales y las condiciones de control en cuanto a la reducción del número de intentos de suicidio ($g = -0{,}01$), resultado que es coherente con los resultados del metaanálisis ya comentado de Ougrin y cols. (2015). De nuevo, dada la heterogeneidad de los tratamientos que se incluyen bajo la etiqueta de tratamientos cognitivo-conductuales o terapia de conducta, el hecho de que como grupo tales tratamientos no hayan mostrado significativamente una mayor reducción en el número de intentos de suicidio que el tratamiento habitual, no es contradictorio con el hecho de que una terapia o tratamiento en particular perteneciente a ese grupo, esto es, la terapia cognitivo-conductual integral, sí lo haya hecho. En este sentido, es importante señalar que Labelle y cols. (2015) analizaron conjuntamente tratamientos cognitivo-conductuales más tradicionales y tratamientos más focalizados en la regulación emocional como, por ejemplo, la terapia dialéctico-comportamental, no encontrando ninguna relación significativa entre el uso de una de estas dos modalidades de tratamiento (tradicional frente a focalizado en la regulación emocional) y sus efectos en la reducción de los intentos de suicidio, de la ideación

suicida o de las conductas autolesivas.

6

Casos clínicos de tratamiento de trastornos depresivos

En este capítulo se expondrá la aplicación de un programa de tratamiento psicológico en un caso de depresión infantil y en un caso de depresión adolescente. El primer caso ilustra, entre otros aspectos, la importancia que tiene el contexto familiar en el mantenimiento o intensificación de la sintomatología depresiva y, por ende, también en su solución, mientras que el segundo ejemplifica, entre otras cuestiones, la importancia que tienen los factores cognitivos en el origen y mantenimiento o intensificación de la depresión y, en consecuencia, en su tratamiento.

1. UN NIÑO CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

1.1. Descripción del caso

Juan (nombre figurado) es un niño de diez años que acude a consulta derivado por su médico de familia, ya que lleva cuatro meses con pérdidas de apetito, dificultades para dormir, cansancio, incapacidad para concentrarse en las tareas escolares, falta de interés en jugar con otros niños y cambios bruscos de humor (por ejemplo, llora sin razón aparente y de pronto tiene un arranque de mal genio). Además, los padres de Juan estaban muy preocupados porque Juan había perdido muchos días de colegio y su profesora se había quejado de su bajo rendimiento y de sus problemas de falta de atención durante las clases.

Juan es hijo único. Hace seis meses que él y sus padres se han trasladado a Madrid. Anteriormente siempre vivieron en una pequeña ciudad de provincia, muy cerca de donde vivía su abuela materna y otros miembros de la familia de la madre. De hecho, los padres de Juan se consideran muy orientados hacia la familia, y coinciden en señalar que antes de su traslado forzoso a Madrid la mayor parte de sus actividades sociales y de ocio las realizaban con miembros de su familia.

1.2. Evaluación, diagnóstico y formulación clínica del caso

Durante las cuatro primeras sesiones de tratamiento la psicóloga mantuvo cinco entrevistas con la familia y les administró algunas pruebas psicométricas. En concreto, realizó una entrevista a toda la familia conjuntamente, dos al niño, una a la madre y otra al padre. Durante esas entrevistas, ambos padres describieron a Juan como un niño feliz antes del traslado y, aunque bastante tranquilo, nunca especialmente tímido o poco sociable. De hecho, tenía varios amigos íntimos en su anterior colegio con los que se encontraba todos los días para jugar.

Con respecto al problema de faltar al colegio, la terapeuta les pidió que intentaran narrar con el máximo detalle la última vez que había ocurrido, lo cual había sido, precisamente, aquella misma mañana. En resumen, la situación de tensión familiar había comenzado en el momento en que Juan se levantó y su madre expresó alarmada que estaba muy pálido, sugiriendo que tal vez no se sentía bien y preguntándose si estaría enfermo con frases como: «¡Ay Dios mío, qué mala carita tiene mi niño!, ¿tú seguro que estás bien, hijo?». En el transcurso de esa situación el padre de Juan acusó a la madre de mimar excesivamente a Juan, ya que él no le veía enfermo. Comenzó entonces una discusión con gritos que terminó con el padre abandonando la escena y gritando a la madre «que hiciera lo que le diera la gana, como siempre» y con la madre decidiendo que Juan no fuera a clase. Aquella secuencia de comportamientos se había repetido con una frecuencia de al menos dos veces a la semana durante el último mes, según informaron ambos padres. Por esta razón, el padre hacía hincapié en que le preocupaban las faltas de asistencia a clase, cada vez más frecuentes, a lo que la madre asintió, pero aclarando que a ella le preocupaba mucho más ver a su hijo mal. Cuando se le preguntó a qué se refería con mal, contestó que a verle triste y enfermizo, y a que últimamente le costaba mucho dormirse, cuando esto nunca antes le había pasado, y a que ya no comía con el apetito con el que antes lo hacía. Para ella estaba claro: su hijo estaba enfermo, aunque los médicos no supieran decir por qué. Ambos padres estaban de acuerdo en que su médico no había encontrado ningún problema físico en el niño.

Durante la entrevista con los padres, tanto uno como otro informaron de que antes del traslado tenían una relación que ambos consideraban adecuada, estable, con discusiones, pero no tanto como ahora. Ella siempre andaba liada con su familia o con las cosas de la parroquia y él disfrutaba de su trabajo. Su hijo Juan tenía amigos y nunca habían tenido quejas de él en el colegio.

Durante la entrevista con el niño, este confesó estar muy triste por haber dejado a todos sus amigos. Afirmaba que ya no tenía amigos y que en este colegio no le quería nadie, ni nunca le iban a querer. Cuando se le preguntó si eso podía tener algo que ver con su dificultad para prestar atención en clase dijo que sí, que cuando estaba allí no dejaba de pensar en huir y en que los otros niños no lo querían. Además, ahora le había dado a su profesora por decir que no atendía en clase, y parecía que todos en el colegio le querían hacer la vida imposible. No le apetecía ni ir a las excursiones del colegio, ni a los cumpleaños, ni salir al recreo. Por la noche, cuando se acostaba, pensaba en todo esto

y en que al día siguiente tendría que ir al colegio, y no se podía dormir. A la mañana siguiente, cuando era la hora de ir al colegio, volvía a sentirse muy mal: no quería ir con esos niños del nuevo colegio que no eran sus amigos. También dijo que era horrible cuando sus padres comenzaban a discutir y tenía ganas de desaparecer, de no estar allí, y al final terminaba llorando. Cuando se le preguntó por qué pensaba que discutían sus padres, confesó que porque él estaba siempre malo, que siempre por su culpa, que sus padres no discutían cuando él no estaba enfermo.

Al finalizar la entrevista con Juan se le administró el CDI, obteniendo una puntuación directa de 25 (percentil = 96), lo cual indicaba un nivel de sintomatología depresiva grave. En la segunda entrevista con el niño se le preguntó si había intentado hablar o jugar con algún niño de clase. Juan confesó que al principio de curso había intentado varias veces hablar y jugar con alguno de sus compañeros, pero que no le habían hecho ni caso. La psicóloga pidió a Juan que representara con ella cómo se lo había pedido y cómo habían reaccionado los niños, observando, tras varios ejercicios de representación de papeles (*role-playing*), que Juan presentaba un déficit de habilidades de sociales en todas aquellas situaciones en las que era él quién debía iniciar las conversaciones, tanto a nivel de conductas moleculares (uso de un tono monótono, falta de contacto visual) como molares (elegir el momento y lugar oportuno, saludar, encontrar un tema de conversación).

Durante la entrevista con la madre, esta insistió en que «una madre sabe perfectamente cuándo su hijo no está bien y le pasa algo, digan los médicos lo que digan». Cuando se le preguntó si pensaba que tal vez todo lo que le pasaba a su hijo no tuviese que ver con que estuviera físicamente enfermo, contestó que eso sería creíble si no presentase síntomas, pero su hijo estaba pálido, no comía ni dormía bien, ya no era el mismo en el colegio y estaba siempre cansado. Respecto a las discusiones de pareja, culpó al padre por su falta de comprensión, aunque admitió que también podía influir en las mismas lo mal e irritable que se sentía desde que vinieron a Madrid. Aunque antes de vivir en la nueva ciudad ella se había sentido también en ocasiones incomprendida por su marido, nunca se había sentido tan sola y decaída como ahora, porque antes tenía a su madre y a sus hermanos cerca y podía hablar con ellos, mientras que ahora solo tenía a su hijo y gracias a él tenía fuerzas para seguir adelante. Como no trabajaba y no conocía a nadie en la ciudad, apenas salía de casa si no era para recoger a su hijo del colegio o para hacer la compra. Además, su marido volvía muy cansado del trabajo y tampoco a él le apetecía salir o hacer actividades fuera de casa, con lo que se quedaban casi todos los fines de semana viendo la tele en el sofá. Al final de la entrevista se le administró a la madre el Inventario para la Depresión de Beck, en su versión de 1978 o BDI-IA (Beck y cols., 1979/1983; véase Sanz, 2013), obteniendo una puntuación de 18, que se situaba en el rango de sintomatología depresiva moderada.

1.2.1. Resultados de la evaluación inicial

El conjunto de síntomas recogido durante las entrevistas con el niño y los padres permitía caracterizar a los problemas de Juan como un trastorno depresivo mayor. Efectivamente, durante al menos cuatro meses Juan había presentado un estado de ánimo deprimido, con cambios bruscos de humor, irritabilidad y accesos de llanto incontrolado, y una pérdida del interés por el colegio y por jugar y estar con otros niños durante o después del colegio. Además de estos dos síntomas claves del trastorno depresivo mayor, se podía apreciar durante los últimos cuatro meses la existencia de otros cinco síntomas depresivos: fatiga o pérdida de energía, disminución del apetito, insomnio, dificultades de concentración y sentimientos de inutilidad y culpa, por lo que el umbral de cinco síntomas que establece el DSM-IV para hablar de un episodio depresivo mayor se superaba con creces. Puesto que los síntomas estaban provocando un desajuste importante del menor en el área académica (faltas de asistencia al colegio, bajo rendimiento escolar), en el área social (incapacidad de hacer nuevos amigos) y en el área familiar (discusiones de los padres respecto a sus problemas), y puesto que no eran debidos a ninguna enfermedad física, fármaco o droga, ni a la presencia de un trastorno psicótico, ni tampoco se había producido en los últimos meses el fallecimiento de ningún ser querido (duelo), tales síntomas reflejaban la existencia de un trastorno depresivo mayor. Aunque se consideró la posibilidad de la existencia de un trastorno distímico, el hecho de que los síntomas llevaran presentes tan solo cuatro meses (no más de un año), y además fueran tan numerosos, confirmaba la presencia de un trastorno depresivo mayor.

A partir de la información de las entrevistas, también se identificaron un conjunto de conductas problemáticas tanto en el niño como en sus padres. En concreto, en el niño las conductas problemáticas más sobresalientes eran:

— Cognitivas:

- Autovaloraciones negativas sobre su capacidad para hacer nuevos amigos.
- Dificultades de concentración en las actividades escolares.
- Atribuciones negativas sobre discusiones parentales (autoculpación).

— Fisiológicas/emocionales:

- Tristeza y cambios de humor.
- Fatiga.
- Falta de apetito.
- Falta de interés en jugar con otros niños y por el colegio (anhedonia).
- Dificultades para dormirse por las noches.
- Palidez y malestar.

— Motoras:

- Exceso de faltas de asistencia al colegio.
- Déficit de realización de actividades gratificantes.
- Déficit de interacciones con sus iguales.
- Déficit de conductas socialmente hábiles.

En cuanto a los padres, se identificaron las siguientes conductas problemáticas, que parecían contribuir al trastorno depresivo de su hijo conformando una ambiente facilitador e intensificador del mismo:

— Conductas de la madre:

- Exceso de conductas de protección.
- Creencias inadecuadas sobre las necesidades de su hijo.
- Estado de ánimo deprimido e irritable.

— Conductas de ambos padres:

- Exceso de discusiones de pareja.
- Déficit de actividades gratificantes.

1.2.2. Formulación clínica del caso y objetivos terapéuticos

A partir del esquema clásico de la terapia de conducta antecedentes-organismo-respuestas-consecuencias, se formuló un modelo explicativo del trastorno depresivo del niño (véase la figura 6.1). Este modelo, de carácter tentativo, parte de una serie de sucesos estresantes negativos o antecedentes (por ejemplo, traslado, falta de amigos, discusiones de los padres), que, en presencia de ciertos elementos de vulnerabilidad del niño o variables del organismo (por ejemplo, facilidad para autoculpabilizarse debido al pensamiento egocéntrico característico de los niños, déficit de habilidades sociales), dan lugar a una serie de síntomas depresivos o respuestas (por ejemplo, autoculpa, tristeza, déficit de interacciones) que se refuerzan entre sí formando una especie de círculo vicioso depresivo, lo que explicaría en parte el mantenimiento y exacerbación de dichos síntomas. Por otro lado, esos síntomas producen una serie de consecuencias que, a su vez, contribuyen al mantenimiento e intensificación de los síntomas, bien mediante procesos de reforzamiento positivo (por ejemplo, la atención de la madre) o bien dando lugar a un incremento de los sucesos estresantes negativos (por ejemplo, aumento del aislamiento social y de las discusiones de pareja).

En función de la gravedad de las conductas problemáticas identificadas y de las relaciones funcionales entre ellas y sus antecedentes y consecuentes (véase el modelo de la figura 6.1), se establecieron los siguientes objetivos terapéuticos:

— En toda la familia:

- Aumentar el número de actividades gratificantes.

— En el niño:

- Modificar su estado de ánimo triste e irritable.
- Eliminar las anticipaciones negativas sobre el colegio.
- Normalizar la asistencia al colegio.
- Eliminar las culpabilizaciones sobre las discusiones de los padres.
- Mejorar sus habilidades sociales y de solución de problemas para afrontar las situaciones del nuevo colegio.

— En la madre:

- Modificar las creencias inadecuadas sobre las necesidades del niño.

— En ambos padres:

- Reducir el número de discusiones.

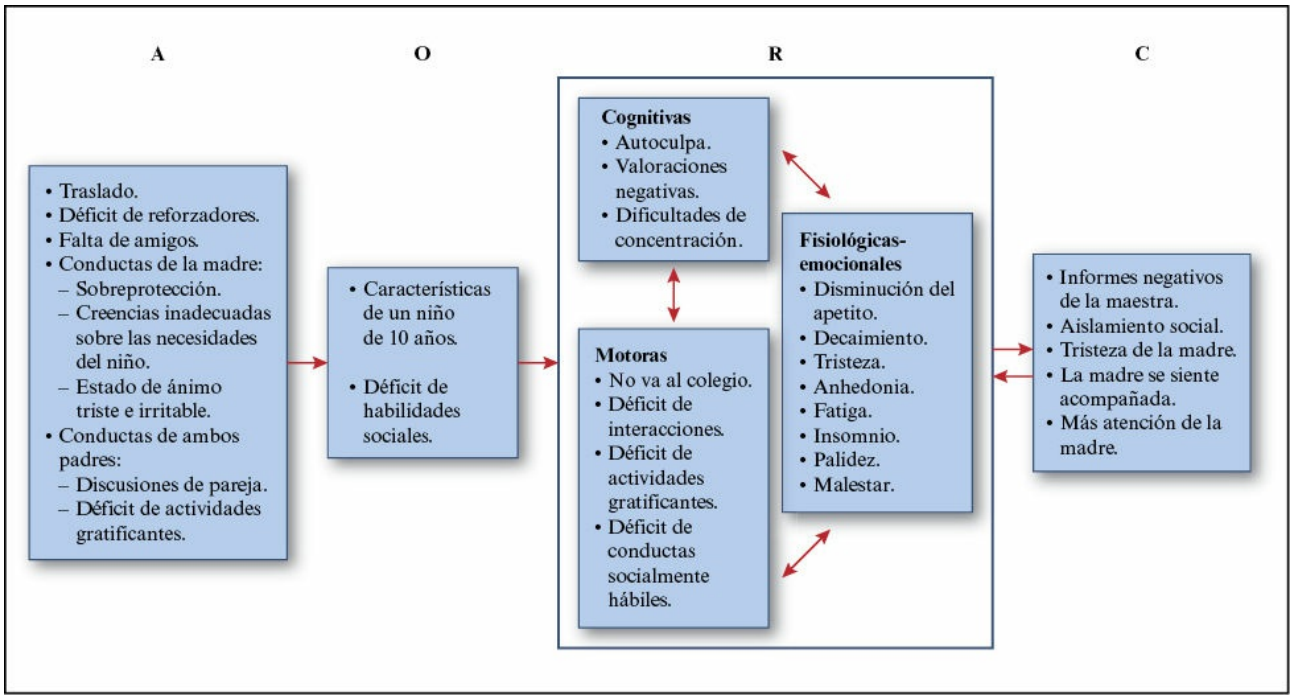


Figura 6.1.—Formulación clínica del caso del niño con trastorno depresivo mayor.

1.3. Tratamiento

Tras la evaluación inicial, el tratamiento se prolongó durante 16 sesiones de una hora de duración, a razón de una sesión semanal, y consistió en la aplicación de las siguientes técnicas dirigidas a conseguir los objetivos terapéuticos mencionados en el epígrafe anterior:

1. *Psicoeducación.* Se les explicó, tanto a los padres como al niño (aunque con este utilizando un lenguaje más sencillo y muchos ejemplos), la naturaleza del trastorno depresivo y los síntomas que presentaba el niño como parte de ese trastorno, incluyendo algunos síntomas, como los físicos (por ejemplo, insomnio, pérdida de apetito, fatiga), que a veces a los padres y a los niños y adolescentes les cuesta ver como síntomas de la depresión. Se explicaron además las causas del trastorno como la confluencia de varios factores: el traslado a la ciudad y la pérdida de situaciones gratificantes que supuso para el niño (falta de amigos y familiares, falta de actividades con los padres), así como la generación de situaciones estresantes que también acarreó el traslado (nuevos profesores, nuevos compañeros de colegio, discusiones de los padres), unido al déficit de habilidades sociales del niño para solventar algunas de esas situaciones estresantes. También se explicó la importancia del ambiente familiar en el mantenimiento y exacerbación de los problemas del niño: la sintomatología depresiva de la madre, sus conductas de sobreprotección o el reforzamiento de las conductas depresivas del niño, particularmente la falta de asistencia al colegio. En este sentido, se recordó a los padres la importancia de que el niño asistiera al colegio, pues es el escenario donde está una de las fuentes más importantes de reforzadores sociales de los niños, y, además, así se rompería el círculo vicioso de falta de asistencia al colegio-pensamientos negativos sobre la propia valía-estado de ánimo deprimido.

   En el caso de la madre, dado que la conducta de cuidar de su hijo era una de las pocas actividades reforzantes que tenía, y la que daba sentido a su vida, se decidió pedirle una especial colaboración y protagonismo. La psicoeduación en su caso era clave para conseguir que Juan acudiera a clase desde el primer día. Se sabía que la madre podría ser un obstáculo para la terapia si perdía ese protagonismo en el cuidado de su hijo, además de que podría empeorar al dejar de hacer lo más reforzante que hacía (cuidar de su hijo). Por tanto, se decidió hacerla la protagonista del plan para cuidar a su hijo, pero, eso sí, tendría que cambiar el modo de hacerlo. Hasta ahora había estado cuidando a Juan como se cuida de un niño de 4 años. Era preciso que comprendiera que Juan necesitaba sus cuidados, pero los cuidados de un niño de 10 años que implican la complicidad de su madre para manejarse en el mundo fuera de casa. Se le explicó lo importante que era que su hijo tuviera amigos para poder tener un desarrollo saludable. Los amigos a los 10 años no son como los amigos adultos, se le dijo. Si no va al colegio, no tiene amigos. Y se comentaron diversas estrategias que pudieran ayudarle. Lo primero

sería manejar las expectativas con su hijo. El primer día de colegio no se va con la idea de hacer amigos, se va a observar. El objetivo no era hacer amigos, sino fijarse en los niños de la clase, para ver cuáles le parecían mejores candidatos para acercarse a ellos y de quiénes era mejor mantenerse lejos. Por supuesto, si estos niños le hablaban, les contestaría. Incluso si le apetecía podía entablar conversación, pero sin demasiadas expectativas de hacer amigos pronto. Podría luego comentar con su madre qué niños eran más agradables o tenían más intereses comunes con él. Su madre le prepararía algún dónut de más en la mochila para que pudiera compartirlo con sus compañeros. El fin de semana invitarían a casa para hacer algo divertido a alguno de los niños que hubiera sido más agradable con Juan. Ella sería su apoyo y le ajustaría las expectativas para que incluso bromeando le dijera que «el primer día de cole se va a sobrevivir, los amigos vendrán después, no hay que precipitarse» y juntos prepararían las palomitas o la excursión. Al haber hecho a la madre la protagonista de todo este plan para ayudar a su hijo, ella no puso pegas cuando se le comentó que era mejor que fuese su marido quien se ocupara por las mañanas de que el niño fuera al colegio, y de valorar si estaba o no enfermo cuando se diese esa circunstancia: «Cuesta mucho romper los hábitos y a tu marido no le importará ocuparse él de estos momentos. Así también él pondrá su granito de arena para solucionar esto como un equipo. Nos interesa hacer equipo. A ti te necesitamos en el frente, de compinche con tu hijo para ayudarle a hacer amigos».

2. *Entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas*. Se administró al niño un entrenamiento en habilidades sociales centrado en aumentar las habilidades de interacción con los niños de su clase. Este entrenamiento se inició con una fase educativa, en la que la psicóloga explicó al niño las diferentes conductas sociales, sus consecuencias en el entorno, puso ejemplos y dialogó con el niño hasta asegurarse que había comprendido tanto la importancia de las conductas sociales hábiles como el objetivo del entrenamiento. A continuación, y de forma graduada de menor a mayor dificultad, la psicóloga presentaba situaciones sociales y proporcionaba las instrucciones precisas para comportarse adecuadamente. Las situaciones sociales que se plantearon tenían que ver con los comportamientos de inicio y mantenimiento de conversaciones individuales, de unirse a la conversación de otros, de unirse a conversaciones de grupos, de unirse al juego con otros, de pedir cosas y de compartir cosas. Luego, a través del *role-playing*, la propia psicóloga llevaba a cabo la conducta social hábil, variando de ensayo a ensayo para evitar que el niño lo copiara al pie de la letra. Posteriormente, la psicóloga animaba al niño para que realizara las conductas mostradas invirtiendo los papeles en el *role-playing*, y, finalmente, la terapeuta destacaba los logros de Juan y corregía de forma no punitiva los errores en la ejecución. Cuando las situaciones eran superadas con éxito en la consulta, se pedía

a Juan que las pusiera en marcha en el colegio, a modo de experimentos, para ver sus resultados, incentivándole con un programa de economía de fichas que le permitía acumular pegatinas que podía convertir cada semana por golosinas, juguetes y por ir al cine y cenar fuera con sus padres.

Por otro lado, se llevó a cabo un entrenamiento en solución de problemas, planteando a Juan posibles situaciones difíciles en sus relaciones interpersonales (por ejemplo, un niño no te hace caso, te insulta, amenaza con pegarte, te quita un bolígrafo) y enseñándole a generar soluciones alternativas a esas situaciones, a sopesar los pros y los contras de cada una, y a elegir la solución más adecuada y llevarla a cabo. De nuevo, la psicóloga actuó como modelo en algunas situaciones de ejemplo, para luego pedirle a Juan que resolviera otros ejemplos más, al final de los cuales la terapeuta destacaba los logros conseguidos en su resolución.

3. *Planificación de actividades agradables.* Se explicó tanto al niño como a los padres la lógica de la planificación de actividades agradables y sus consecuencias positivas en la depresión de Juan y en la dinámica familiar. Mediante entrevista, se preguntó a Juan qué le gustaba hacer antes de que se trasladara a esta ciudad y a qué dedicaba el tiempo libre. La misma pregunta se hizo a los padres tanto en relación con las actividades de ocio y aficiones de Juan, como a las suyas propias. Posteriormente se confeccionó un plan para que practicaran periódicamente las actividades que había escogido Juan en primer lugar, algunas diarias (por ejemplo, jugar a la videoconsola, jugar al fútbol con su padre o montar en bicicleta con su madre) y otras semanales (por ejemplo, ir al cine o cenar fuera con sus padres). Se empezó con aquellas actividades que dependían de la ayuda de los padres, hasta esperar que el entrenamiento en habilidades sociales permitiera a Juan iniciar algunas interacciones con compañeros de su clase. Cuando Juan indicó el nombre de algunos compañeros con los cuales había iniciado y mantenido conversaciones, se pidió a los padres que organizaran salidas con Juan (por ejemplo, al cine, al zoo, al parque de atracciones, a jugar a los bolos) en las que pudiera invitar a esos compañeros. Posteriormente, se planificó que Juan se apuntara al equipo de fútbol de su clase y asistiera a los entrenamientos, ya que además esta era una de las actividades favoritas de Juan y una de las que más hacían los compañeros de su clase durante el recreo. Finalmente, se amplió el tipo de actividades que se planificaron, incluyendo algunas en familia que respondían en mayor medida a los gustos de los padres (por ejemplo, ir a la montaña).

   Además, se pidió a Juan que llevara a cabo un autorregistro de las actividades agradables que hacía cada día y del tiempo que dedicaba a ellas, y que utilizara un termómetro emocional gráfico de caras (del tipo que se recoge en Méndez, 1998, 2001, p. 157) para valorar cómo se sentía tras realizar la actividad y cómo se sentía al acabar el día. Basándose en estos autorregistros, la psicóloga resaltaba cada semana la relación entre las actividades gratificantes y el estado de ánimo,

pidiendo a Juan que completara con ella un gráfico en el que se representaban las actividades realizadas y los valores del termómetro emocional.

4. *Contrato de contingencias.* Se estableció un contrato conductual con los padres que establecía clara y específicamente qué haría cada padre cuando el niño se sintiera mal o cuando la madre detectara algún síntoma en el niño, para así evitar la discusiones de pareja relacionadas con los problemas depresivos de Juan.
5. *Reestructuración cognitiva.* Se utilizaron distintas técnicas cognitivas para la modificación de los pensamientos negativos del niño, en especial las anticipaciones negativas, las autoculpabilizaciones y los pensamientos de inutilidad e inferioridad. Para ello, la psicóloga explicó a Juan las relaciones que existen entre pensamientos y emociones, mediante el modelo cognitivo situación-pensamiento-emoción/conducta y algunas fichas de trabajo derivadas de las diseñadas por Méndez (1998, 2001): «el interrogatorio de la inspectora Pesquisas», «un Picasso de sentimientos» y «pienso, luego siento». Luego se le pidió que llevara un autorregistro de tres columnas para detectar pensamientos negativos (situación-pensamiento-emoción/conducta) y se le explicó cómo completarlo. Con los datos de los autorregistros, se trabajó con Juan en la capacidad para dudar de los pensamientos negativos y sustituirlos por otros alternativos positivos o más adaptativos. Para ello se preguntaba al niño qué datos había a favor y en contra de los pensamientos negativos que había recogido, y se le animaba a que dijera qué otras formas había de ver la situación.

1.4. Resultados

Después de 16 sesiones de tratamiento, la vida de Juan había cambiado radicalmente desde que acudió a consulta por primera vez. Se le veía animado e interesado en las actividades del colegio. Se había apuntado al equipo de fútbol de su colegio, y gracias a eso y a las actividades que había ido realizando durante la terapia (sus padres habían organizado varias salidas al cine, al zoo y al parque de atracciones, a las que habían invitado a algunos compañeros de clase a través de sus madres), Juan se había hecho varios amigos tanto en el equipo como en clase y con ellos jugaba en los recreos. Su rendimiento escolar había mejorado. Toda la sintomatología depresiva que mostraba antes del tratamiento (fatiga, disminución del apetito, insomnio, dificultades de concentración, etcétera) había desaparecido, y se veía a sí mismo con capacidad para hacer nuevos amigos y resolver los problemas del día a día en el colegio. Aunque algunas veces, como por ejemplo cuando no jugaba bien al fútbol o le salía algo mal en el colegio, los autorregistros indicaban que Juan seguía teniendo algunos pensamientos negativos de inutilidad e inferioridad, estos eran mucho menos frecuentes y, en la mayoría de las ocasiones, era capaz de ser un buen «inspector Pesquisas» y desecharlos por otros más neutros o positivos.

Durante la última sesión de tratamiento se aplicó de nuevo a Juan el CDI, obteniendo una puntuación directa de 6 (percentil = 15), lo cual indicaba un nivel mínimo o normal de sintomatología depresiva y corroboraba la información que se había ido obteniendo durante las últimas sesiones de tratamiento. A la semana siguiente de dar por terminado el tratamiento, se citó a la madre para valorar los progresos de Juan y sus propios avances y confirmar que al niño se le podía dar de alta.

La madre de Juan confirmó, en líneas generales, los cambios que se habían observado en el niño durante la terapia. Ella también veía a Juan mucho más animado en casa, y durante algunas de las actividades y salidas que habían hecho (por ejemplo, montar en bicicleta, ir al cine), muy feliz y sonriente. Sus accesos de llanto y sus arranques de mal genio habían desaparecido totalmente. Los problemas para dormir y los dolores y las quejas también habían desaparecido, y Juan no había vuelto a poner ninguna pega para ir al colegio; por el contrario, su madre lo veía con mucho interés en sus nuevos amigos del colegio, a los que el propio niño había invitado en varias ocasiones a casa a jugar, y más centrado en sus estudios. De hecho, la madre había hablado con su profesora hacía unas semanas y ésta le había comentado que también había notado un cambio positivo muy importante en el rendimiento académico de Juan y en sus relaciones con el resto de compañeros de clase: «Era uno más».

Las actividades de ocio de la familia también habían aumentado considerablemente, lo cual parecía que no solo había repercutido en el buen humor de Juan, sino también en el de sus padres. Las discusiones entre ellos habían disminuido drásticamente. La madre también comentó que planificar todas las actividades agradables del programa de tratamiento y realizarlas y hablar con las madres para invitar a sus hijos la habían mantenido muy ocupada, y eso, creía, le había ayudado a no sentirse tan sola y decaída. Se sentía muy satisfecha consigo mismo por haber ayudado a que su hijo «se pusiera bien y volviera a ser el de antes». Además, ella también se había hecho amiga de la madre de unos de los amigos de Juan y de vez en cuando quedaba con ella para tomarse un café o ir de compras, lo cual también veía como un cambio muy positivo en su vida. Finalmente, se aplicó de nuevo a la madre el BDI-IA, obteniendo una puntuación de 4, que se situaba en el rango de sintomatología depresiva mínima o normal.

2. UNA ADOLESCENTE CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

2.1. Descripción del caso

Marisa (nombre figurado) es una adolescente de 16 años que acude a consulta acompañada de su madre porque se encuentra muy triste, desencantada de todo y de todos. No tiene apetito y ha perdido más de 6 kg en los últimos 6 meses. No duerme bien y se muestra bastante irritable, especialmente con su madre, con la que se pasa el día

discutiendo. Dice que no tiene fuerzas, que es como si le hubieran robado la energía. Incluso actividades que antes le apasionaban, como tocar el piano e ir a conciertos con los compañeros del conservatorio, ahora ya no le apetecen. No ha acudido a los ensayos del conservatorio desde hace más de dos meses y ha renunciado a presentarse a los exámenes, lo que ha desencadenado la alarma entre sus padres, y muy especialmente en su madre, pues siempre se tomó muy en serio sus estudios de piano y eran su principal actividad gratificante. No sale con nadie desde hace más de 5 meses, ni amigos ni amigas. Nunca comparte sus sentimientos con sus padres, y menos aún con su hermano, un año más pequeño que ella. Esta dificultad para compartir sus sentimientos es algo que recientemente ha empezado a preocuparle a ella misma, pues se da cuenta de que le hace sentirse muy sola.

2.2. Evaluación, diagnóstico y formulación clínica del caso

Durante cada una de las dos primeras sesiones, la psicóloga mantuvo dos entrevistas de una hora de duración, una con la adolescente y otra con su madre. Además, para complementar la información, en las sesiones cuarta y quinta se mantuvieron dos conversaciones telefónicas más breves con el padre, que estaba de viaje de negocios, y con la tutora, respectivamente. La paciente no tuvo ningún inconveniente en que se entrevistase a su madre a solas, pero se negó a que la psicóloga hablase con las dos a la vez, previendo que acabarían discutiendo delante de ella. El padre se encontraba de viaje durante varios meses, pero la adolescente accedió a que se pudiera hablar con él por teléfono. También accedieron tanto ella como su madre a que se pudiera tener una breve entrevista telefónica con la tutora de Marisa.

En la primera entrevista, la psicóloga pidió a la madre que esperase en la sala mientras comenzaba hablando con su hija. Es una práctica habitual durante la primera evaluación hacer que los hijos adolescentes entren primero solos a la consulta, mientras sus padres esperan en la sala. De este modo se trataba de conseguir que Marisa interpretara que la psicóloga estaba allí para ayudarle a ella, no solo por las demandas de su madre, ya que, como es habitual, la psicóloga suponía que ambos intereses, el de ella y el de su madre, no tendrían por qué coincidir plenamente. Solemos plantear de este modo las evaluaciones porque cuando existe una relación conflictiva o de poca confianza entre padres e hijos es necesario que cada parte tenga un espacio terapéutico diferenciado que considere de total confianza. Por esta razón, cuando hay sospecha de relaciones conflictivas, recomendamos, siempre que sea posible, que el psicólogo que atiende al hijo y trabajará con él durante el tratamiento no sea el mismo que quien atiende a los padres, aunque lógicamente ambos profesionales trabajen en equipo y elaboren la formulación del caso de forma conjunta. Además, cuando hay dos psicólogos, uno que trabaja con el hijo y otro con los padres, el adolescente tiene más sensación de confidencialidad y complicidad con el psicólogo.

En el caso de Marisa no era posible contar con dos psicólogos, pero se quería que Marisa confiara en la psicóloga y no interpretase que podía ser una «espía» de sus padres. Además, en esa primera consulta siempre se informa a los adolescentes que tienen derecho a la confidencialidad y se explican bien los límites de esta. Por ejemplo, los padres de Marisa no tienen por qué saber si ella sale con algún chico, o si ya le han dado las notas y no les ha dicho nada. Esa información es confidencial y la adolescente tiene derecho a mantenerla en secreto, como toda la información que no ponga en peligro su integridad física o la de otras personas. Sin embargo, si alguna información que cuente al psicólogo supone un peligro para ella o para otras personas, en esos casos el psicólogo está obligado a informar a sus padres, aunque lógicamente primero se lo avisaría a ella y sería preferible que ella misma fuera quien hablase con sus padres. En tal caso, el psicólogo actuaría de facilitador de la comunicación y estaría para ayudar a ambos, a la adolescente y a sus padres.

Marisa rompió a llorar nada más informarle sobre su derecho a la confidencialidad. La psicóloga se sentó a su lado sin agobiarla, dejando que llorase con una actitud de absoluta normalidad. Tras un momento de silencio, Marisa pidió perdón por llorar. Esto abrió una posibilidad de hablarle: «Nada que perdonar, si lloras tendrás tus razones, no te sientas incómoda por ello». Al momento, mirando hacia abajo donde tenía las manos sujetando el pañuelo que la psicóloga le había dado para secarse las lágrimas, dijo que ella era una de esas personas que nunca lloraban, pero que, al decirle lo de la confidencialidad, de pronto no había podido contener las lágrimas, porque ahora tenía grandes secretos. Al notarla algo más tranquila, la psicóloga le explicó que con frecuencia resulta más fácil hablar o llorar con personas menos cercanas, ya que no se tiene que estar midiendo los efectos de lo que se dice o se hace. Como levantó la cabeza y había dejado de llorar, la psicóloga compartió con ella una anécdota para romper un poco el hielo: «En un viaje de Nueva York a Madrid, una joven que se sentó a mi lado se puso a llorar nada más despegar el avión. La joven me contó que había estado estudiando tres meses en Boston y que se había enamorado de un americano con el que había "puesto los cuernos" a su novio español, que, por cierto, estaría ahora en el aeropuerto con sus padres esperándola para casarse con ella el mes que viene. Supongo que le resultaba más fácil contármelo a mí». Ante esta anécdota Marisa miró a la psicóloga y le dijo con tranquilidad y dando a sus palabras un tono trascendental: «Eso nunca me ocurriría a mí. Desprecio a la gente que traiciona».

Tras anotar mentalmente esa importante afirmación, y una vez que se había roto el hielo, la psicóloga siguió el proceso de evaluación preguntándole por qué había acudido a consulta. Durante toda la explicación de sus problemas la paciente se describe a sí misma como una persona muy madura para su edad, con las ideas muy claras, orgullosa de no ser como los demás y, en concreto, «como esos fracasados que no saben esforzarse». Aunque según lo dice se le va cambiando la cara y se va mostrando visiblemente afectada, al recordar que ahora ella es también una fracasada, ya que ha

perdido toda su energía: «Ahora me estoy comportando como los mediocres y los pringados del instituto, sin esforzarme. Soy una decepción, soy lo peor, no valgo nada, necesito recuperar mi energía y volver a ser yo otra vez». También reconoce que le da pena no tener amigos y siente un poco de envidia de la gente que los tiene, pero no encuentra amigos que la gusten, lo cual le ha ocurrido siempre. Diferencia entre los compañeros del instituto y los del conservatorio. Los primeros «están todo el día perdiendo el tiempo con sus chorradas. Cuando tenemos que hacer un trabajo juntos me toca a mí repasarlo todo para evitar fallos que luego nos bajen la nota a todos o, lo que es peor, que los profesores piensen que soy tan mediocre como ellos (...). Me irrita verles tan contentos, porque me parece injusto que yo no pueda estarlo (...). Los compañeros del conservatorio merecen algo más la pena. Al menos en el conservatorio, en mi nivel, todos los que han llegado han sufrido y saben lo que es esforzarse. Solía quedar con ellos para ir a conciertos y lo pasaba bien, pero no sé si son amigos. Aunque me llamaron la primera semana cuando dejé de ir a clase, luego han pasado de mí, y no me siento con ganas de verles desde que dejé de ir a clase (...). Me he convertido en uno de esos mediocres a los que siempre criticábamos. Ya no me merezco nada (...). Este mundo no me gusta y, como dice la canción, si pudiera bajarme del mundo, lo haría». Aunque esta última frase alertó a la psicóloga sobre la posibilidad de algún tipo de idea suicida, ni en los instrumentos que posteriormente se aplicaron ni en las preguntas directas que posteriormente se le hicieron sobre si en algún momento había pensado en la muerte o en suicidarse se encontró ningún indicador positivo de riesgo de suicidio.

La adolescente sitúa el desencadenante de su estado de ánimo bajo e irritable hacía aproximadamente siete meses, cuando se enteró, escuchando las discusiones entre sus padres, de la infidelidad de su padre. Dice que fue «un antes y un después» en su vida. Nunca lo había hablado con nadie y está segura de que sus padres no sospechan que lo sepa. Su hermano tampoco se enteró de nada, pero ella, a través de las paredes de su habitación, lo escuchó todo y lo tiene todo «guardado» para siempre. Define como asco y rabia lo que sintió hacia sus padres: «Ya me cuesta pensar que mis padres hacen cosas juntos en la cama, como para imaginar a mi padre con una guarra». Desde entonces es como si el mundo se le hubiera caído encima y lo que siente por sus padres ya no es igual. A su padre dice que ya no le quiere. Le adoraba antes de que se enterara de su infidelidad, pero después se ha ido distanciando de él completamente. Le desprecia, pero trata de que nadie lo note y afirma que reprime esos sentimientos para no generar aún más problemas en la familia. Su padre viaja mucho, pero ella reconoce que, incluso estando de viaje, la llama con mucha frecuencia y le cuenta anécdotas de los lugares por donde viaja o le pregunta por los estudios. Pero ella piensa que si la quisiera de verdad no habría engañado a su madre. Por eso, cuando se pone al teléfono y su padre, como dice Marisa, se pone «en modo sentimental», ella busca alguna excusa para terminar la conversación, porque «ya no me creo nada de él». En cuanto a su madre, le da pena, pero se siente muy decepcionada por ella. Piensa que al enterarse de la infidelidad de su

marido debía haber cortado con él para siempre. Piensa que su madre, que le había enseñado a ser fuerte, ahora es la más débil y mediocre de todos, y «sus palabras están vacías».

Cuando la psicóloga pide a Marisa que describa alguna situación reciente en la que ha sentido esa sensación de irritabilidad hacia los demás, comenta que ayer mismo tuvo una situación en la que estuvo a punto de pelearse en el metro con «un supuesto músico que andaba maltratando los oídos de todos los viajeros y, además, tuvo la poca vergüenza de insistir en que le diera unas monedas. Me fui corriendo, pero le habría roto el violín en la cabeza (...). Esa es la gente que desprestigia la música, los que no se la toman en serio. Si vas a ir a pedir a la calle tocando, porque eres pobre y no tienes otro modo de vivir, lo menos que se te puede pedir es que lo hagas bien. Pero no, este era un negado. Le da igual fastidiar a los que le escuchan, solo piensa en sus monedas. La gente así no merece tener un instrumento. Y encima los otros viajeros le daban monedas, los muy idiotas, para que siga tocando. Y luego para ir a ver un buen concierto nadie tiene dinero, ahí todos a racanear, una vergüenza. Habría que prohibir tocar a todos los que no saben, para que aprendan a hacerlo, aunque estos no aguantarían ni un ensayo. Me sentí decepcionada del mundo y de la gente, no solo del pobre sino de los que le daban dinero, y de los que le consienten estar allí».

Al pedirle que contase la situación durante la cual se había sentido peor durante las últimas semanas, relata que fue cuando se encontró a la salida del instituto al único chico con el que ha salido. Su primer y último novio durante más de dos meses hace casi dos años. «Me lo encontré en la calle y me crucé para no hablarle» y «creía que me moría». Relata que el chico también va al conservatorio y que le pidió salir hace dos años en un concierto. Fue muy romántico todo y pasaban las horas escuchando música juntos. Pero un día le pilló en Facebook unas fotos que se había hecho cuando pasaba unas vacaciones en el extranjero con unos amigos americanos y en esas fotos estaba agarrando a una chica por la cintura. Al verlo, se sintió tan traicionada que le dejó. No quiso ni escucharle; lo consideró una traición, dio por sentado que no la quería y cortó la relación. De pronto le vienen a la cabeza todos los pensamientos sobre la gente que traiciona a otros y piensa que no vale la pena confiar en los demás y que en la gente «o confías o no confías, no hay término medio». Esos días, al irse a la cama, continuó pensando en todo eso durante horas y no consiguió dormirse.

Al finalizar la primera entrevista, y dada su edad, se administró a Marisa el Inventario para la Depresión de Beck, en la adaptación española de su versión de 1978 o BDI-IA (Beck y cols., 1979/1983; Sanz y Vázquez, 1998; Vázquez y Sanz, 1999; sobre su utilización con adolescentes españoles véase Rodríguez-Naranjo y Caño, 2010), obteniendo una puntuación directa de 34, lo que indicaba un nivel grave de sintomatología depresiva. Al final de la entrevista también se administró a la madre el BDI-IA, obteniendo una puntuación de 7, que se situaba en el rango de ausencia de sintomatología depresiva.

En la segunda sesión, durante la entrevista con la madre, esta relata que siempre le han dado a su hija una educación exigente y autoritaria, especialmente «para los tiempos que corren». Se muestra muy preocupada por el desconsuelo de su hija, que le parece incomprensible, ya que se trata de una niña fantástica que si quiere consigue todo lo que se propone. En cierto modo, ella se atribuye el mérito de haberla hecho tan exigente, pues sigue sus pasos, también en lo de dedicarse a la música, y esta profesión es muy sacrificada y llena de «fracasados sin fuerza de voluntad» que nunca llegan a nada. La madre se muestra muy reacia a hablar de ella misma, describe su situación familiar «como la de todas las familias» y deja claro, de forma inflexible, que no está allí para hablar de ella misma, sino de su hija, que es la que les tiene muy preocupados desde hace ya varios meses; relata que ya no sabe qué más puede hacer por ayudarla. Al principio, cuando comenzó a notar extraña a su hija y a ver que no quería comer, lo atribuyó todo a los cambios hormonales de la adolescencia. Pero el hecho de que ya no esté motivada ni con la música le ha hecho pensar en algo más grave. También reconoce que le resulta muy difícil venir al psicólogo, porque a ella no le gusta ni expresar sus sentimientos más que a través de la música ni que la gente se meta en su vida. Cuando se le pregunta si se será posible hablar con su marido y padre de Marisa, se muestra contrariada y afirma que no hay necesidad de ello. Pero, ante la insistencia de la psicóloga, explica que está de viaje de negocios y que se lo comentará para que se pueda hablar con él por teléfono. Confiesa que le han llamado del instituto para decirle que su hija está como ausente todo el día, que no se concentra en lo que hace, aunque confían en que, como es una niña muy trabajadora, pueda recuperar su rendimiento habitual. La madre no pone pegas a que se hable con la tutora del instituto.

La entrevista telefónica con el padre de Marisa sirvió para corroborar la preocupación de los padres por su hija desde hace más de seis meses. El padre comenta que Marisa nunca había sido muy cariñosa, pero que ahora se muestra mucho más fría y distante con él, y que se siente apartado de ella sin motivo. También informa de que su empresa está pasando por un momento de expansión e internacionalización y que no puede reunirse con la psicóloga en meses, pero se ofrece a ayudar a su hija en todo lo que pueda a su vuelta o incluso desde el extranjero, ya que está en contacto diario con su familia a través de videoconferencia (Skype).

Cuando la psicóloga se pone en contacto telefónicamente con la tutora de Marisa, esta le informa de que le viene muy mal atenderla en el centro, ya que tiene a su padre en el hospital y esto le está suponiendo muchas complicaciones en sus tareas docentes, y que prefiere hablar por teléfono si se necesita cualquier información sobre Marisa. La tutora comenta que hace aproximadamente dos años que conoce a Marisa, pero que sus padres no suelen ir a las reuniones del instituto, salvo en una ocasión en que su madre fue a una tutoría para pedirles que la dejaran salir antes para que pudiera ir a unas clases en el conservatorio. Dice que Marisa es una niña con fama de «rara» entre sus compañeros, quienes la consideran altiva y con aires de superioridad. Les dice frases como «yo no

tendría que estar en este centro» o «no podéis comprenderme, no es culpa vuestra», con las que genera relaciones distantes y a veces hostiles con sus compañeros de clase. En un sociograma que la orientadora del instituto hizo en su clase el año pasado no salió elegida por ningún compañero de clase y era una de las alumnas con más rechazos. Entre los profesores han comentado muchas veces que es una niña que «se cree mejor que los demás», que acusa a sus compañeros de todo lo malo que le ocurre y que no habla bien de ellos, pero que con los profesores es respetuosa y su rendimiento era excelente hasta hace unos meses, cuando «se hundió» y empezó a sacar muy malas notas, a pasarse las clases distraída y los recreos como ensimismada, sin hablar con nadie. La tutora dice que sus padres querían llevarla a un centro educativo «de más nivel», pero que tuvieron que conformarse con este porque les permitía seguir con sus clases en el conservatorio, que está al lado.

2.2.1. Resultados de la evaluación inicial

El conjunto de síntomas recogido durante las entrevistas con la paciente y su madre cumplía los criterios para referirse a los problemas de Marisa como un trastorno depresivo mayor. Durante los últimos meses, más de seis, había mostrado un estado de ánimo triste y extremadamente irritable casi todos los días, la mayor parte del día, con frecuentes discusiones con su madre y un alejamiento emocional generalizado hacia todas las personas de su entorno, incluidos sus amigos del conservatorio, sus padres y su hermano. Desde hace meses su vida social, que ya era muy reducida, había pasado a ser inexistente. Ya no salía a ninguna parte, ni siquiera con los compañeros del conservatorio. Además, parecía haber renunciado a sus ilusiones de estudiar música y había decidido no presentarse a los exámenes del conservatorio, mientras que en el instituto sus profesores decían que va de un lado a otro como distraída, desconcentrada, ensimismada en sus cosas y sin hablar con nadie. El descenso de su apetito en los últimos meses le había hecho perder 6 kg, no se sentía con fuerzas para hacer nada, se mostraba exageradamente autocrítica consigo misma y con los demás y tenía sentimientos excesivos de inutilidad, y la mayoría de los días tenía problemas para quedarse dormida pensando en sus problemas. Estos síntomas estaban afectando a su vida, provocando un elevado malestar y un deterioro de su funcionamiento a todos los niveles: académico, social y familiar. Puesto que no eran debidos a ninguna enfermedad física, fármaco o droga, ni a la presencia de un trastorno psicótico, ni tampoco se había producido en los últimos meses el fallecimiento de ningún ser querido (duelo), tales síntomas se podrían entender como un trastorno depresivo mayor, según los criterios que establece el DSM-IV, la CIE-10 o el DSM-5.

A partir de la información de las entrevistas se identificaron, pues, diversas conductas problemáticas tanto en la adolescente como en sus padres, aunque la información sobre estas últimas había sido poco accesible y era muy reducida. En concreto, las conductas

problemáticas más sobresalientes en la adolescente eran:

— Conductas fisiológicas y emocionales:

- Tristeza e irritabilidad.
- Pérdida de energía.
- Falta de interés.
- Pérdida de apetito y disminución del peso.
- Dificultades para dormir.

— Conductas motoras:

- Faltas de asistencia al conservatorio.
- Discusiones con su madre.
- Enfados frecuentes con la gente, tanto con las personas de su entorno (por ejemplo, sus padres) como con desconocidos (por ejemplo, el músico del metro).
- Negativa a presentarse a los exámenes del conservatorio.
- Verbalizaciones de superioridad con sus compañeros del instituto.
- Déficit en las interacciones con sus iguales.
- Déficit en la realización de actividades gratificantes.
- Déficit en la comunicación con sus padres.

— Conductas cognitivas:

- Dificultades de concentración.
- Pensamientos negativos que reflejan actitudes disfuncionales sobre la valía de las personas (por ejemplo, actitudes relacionadas con la idea de que unas personas valen más que otras según lo que se esfuerzan por conseguir lo que quieren, a qué dedican su tiempo o lo que hacen).

  – Pensamientos negativos sobre los demás: «son mediocres, fracasados, no tienen nivel, son débiles o son idiotas», «pierden el tiempo», «solo les preocupan las chorradas», «son idiotas por darle dinero al pobre», «mi padre no vale nada porque es un traidor», «los suicidas son cobardes», etc.
  – Pensamientos negativos sobre ella misma: «ahora no valgo nada», «me estoy comportando como los mediocres y los pringados, sin esforzarme», «soy una decepción», etc.

- Pensamientos negativos que reflejan actitudes disfuncionales sobre la justicia en el mundo, y en especial sobre quién merece cosas buenas o malas o quién es merecedor de amor y rechazo:

– Pensamientos negativos sobre los demás: «mi padre no se merece que le quiera», «mi novio no merecía que le quisiera», «mi padre no merece que mi madre le quiera», «es injusto que ellos, los mediocres, estén contentos, mientras yo estoy triste», «el músico del metro no merece poder tocar y que le den dinero», «si toca mal el instrumento en el metro no se merece que le ayuden», «la gente así no merece tener un instrumento», etc.
– Pensamientos negativos sobre ella misma: «ya no me merezco nada».

• Pensamientos negativos que reflejan actitudes disfuncionales sobre la confianza en los demás (por ejemplo, actitudes que suponen que si la gente no actúa como uno considera que deben hacerlo, eso significa que ya no puedes confiar en ellos).

– Pensamientos negativos absolutistas sobre los demás: «mi padre es un traidor», «mi novio me traicionó», «no vale la pena confiar en los demás», «o confías o no confías», «mis padres me han fallado», etc.

• Pensamientos negativos que reflejan actitudes disfuncionales sobre la inaceptable conducta de los demás:

– Pensamientos negativos sobre la intencionalidad de los demás y su manera de pensar o actuar (adivinaciones): «al músico del metro le da igual fastidiar a los que le escuchan», «solo piensa en sus monedas», etc.

En cuanto a los padres, pese a que no pudo llevarse a cabo una valoración adecuada, se identificaron las siguientes conductas problemáticas que parecían contribuir al trastorno depresivo de su hija, conformando un ambiente facilitador e intensificador del mismo:

— Conductas de la madre:

• Pensamientos que reflejaban creencias inadecuadas sobre la valía de las personas.
• Problemas de comunicación con su hija.
• Exceso de discusiones con su hija.
• Déficit de actividades gratificantes con su hija.

— Conductas del padre:

• Problemas de comunicación con su hija.
• Déficit de actividades gratificantes con su hija.

2.2.2. Formulación clínica del caso y objetivos terapéuticos

La formulación clínica del caso trataba de explicar cómo la vivencia de un acontecimiento estresante (la discusión de sus padres donde se habla de la infidelidad de su padre) había podido tener un impacto tan adverso y duradero en una adolescente de 16 años y, para ello, en este caso se centró en el modo en que ciertos factores de vulnerabilidad psicológica habían podido potenciar ese impacto. A partir del esquema clásico de la terapia de conducta de antecedentes-organismo-respuestas-consecuencias, se formuló un modelo explicativo del trastorno depresivo de la adolescente que gráficamente queda resumido en la figura 6.2.

Este modelo de diátesis-estrés considera en el origen de la sintomatología depresiva actual la existencia de una situación estresante, que en este caso sería la discusión de sus padres durante la cual se enteró que su padre había cometido una infidelidad conyugal. Cuando aparece este suceso estresante, lo hace en presencia de importantes factores de vulnerabilidad de la paciente como, por ejemplo, su déficit para comunicarse con los demás o para resolver problemas, así como en presencia de otros factores de vulnerabilidad relacionados con las características generales de la paciente como, por ejemplo, el hecho de que sea una adolescente de 16 años y que, por tanto, como la mayoría de los adolescentes, se caracterice por un pensamiento egocéntrico y por respuestas emocionales muy intensas. Sin embargo, entre las variables personales de vulnerabilidad de Marisa destacan su estilo de respuesta rumiativo y sus actitudes disfuncionales.

Su estilo de respuesta rumiativo hace alusión a la tendencia que tiene Marisa a permanecer mucho tiempo pensando de forma recurrente y contemplativa sobre lo que ocurre, sin utilizar estrategias de distracción que le ayuden a ignorar sus estados emocionales y elevar su estado de ánimo. Este estilo de pensamiento reduce además su capacidad para resolver problemas, ya que las situaciones que le generan estrés no son percibidas como situaciones a resolver, sino como situaciones a sufrir pasivamente, y por tanto esos pensamientos no se dirigen a poner en marcha conductas activas que contribuyan a solucionar el problema o al menos a reducir el sufrimiento.

También destacan sus actitudes disfuncionales como elemento de vulnerabilidad. Las creencias de la paciente establecen condiciones poco realistas, inflexibles e inadecuadas para determinar la valía de los demás y la suya propia (por ejemplo, para ser una persona de valía hay que esforzarse siempre al máximo). Este tipo de creencias irracionales son las que terminan, antes o después, por poner en duda su propia valía (por ejemplo, si solo los que se esfuerzan al máximo valen y yo ya no me esfuerzo como antes, entonces yo ya no valgo nada). Esto no es más que un ejemplo de la mala pasada que le han jugado a esta adolescente sus actitudes disfuncionales, que le han hecho interpretar la discusión de sus padres de forma catastrofista, llegar a juicios categóricos y negativos sobre ellos, sobre si se merecen ser queridos o sobre la pérdida de confianza, y que no le han

permitido abordar la situación como un problema a resolver o, al menos, haber tratado de recabar más información hablando con ellos. Como Marisa tenía esas actitudes disfuncionales, cuando escuchó la discusión entre sus padres vivió el suceso como muy estresante, no solo en aquel momento, sino rumiativamente de forma continuada. Todas sus interpretaciones pasaban por el filtro de sus actitudes disfuncionales (por ejemplo, «mi padre no me quiere», «es un traidor», «mi madre es débil», «mi padre ya no merece que le quiera»), contribuyendo a prolongar el malestar de la paciente. Convicciones cognitivas tales como decidir que no quieres a tu padre porque no se lo merece, puede generar emociones contradictorias y un gran sufrimiento para una adolescente que interpreta que todo en lo que creía se derrumba a su alrededor.

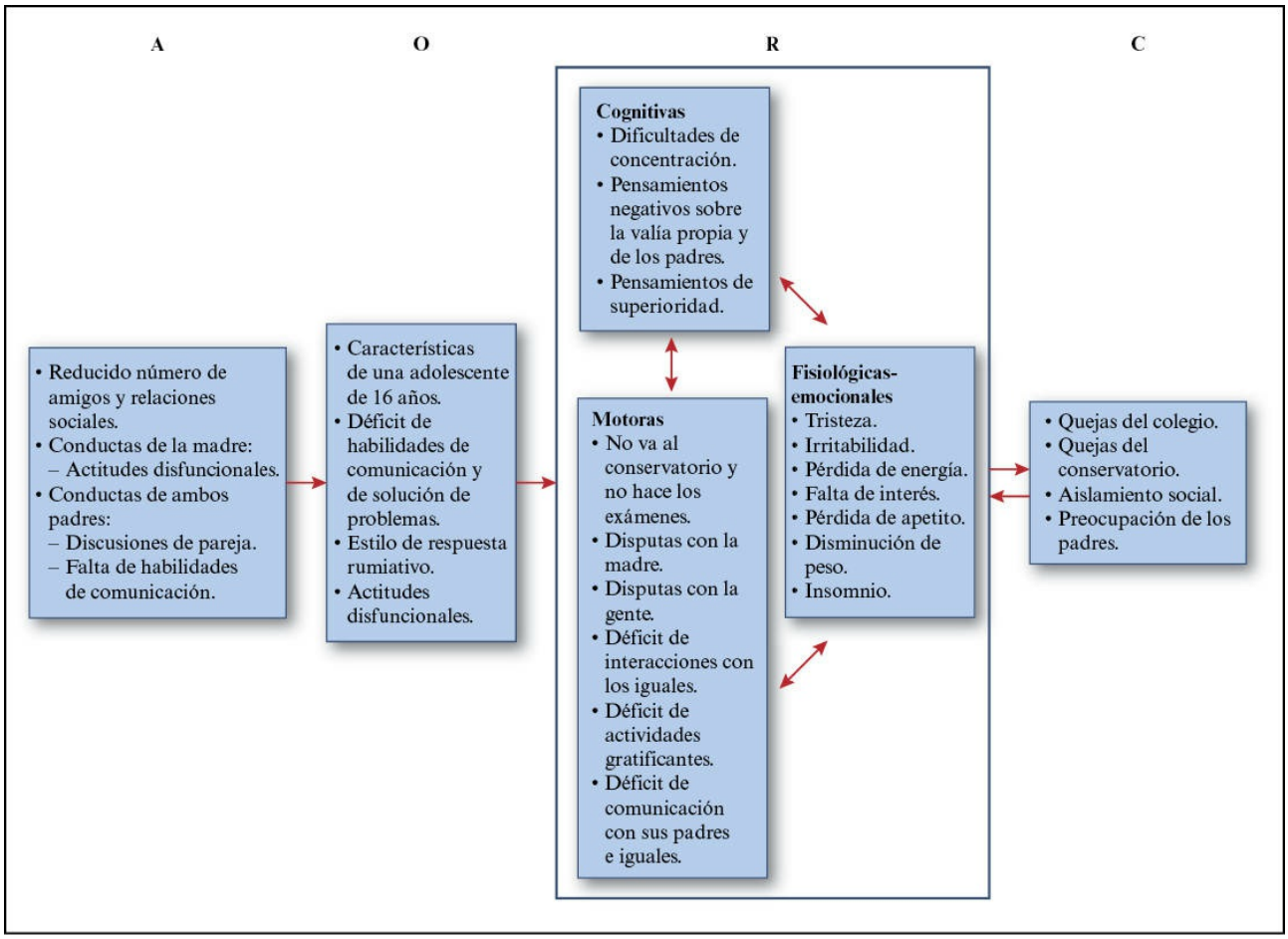


Figura 6.2.—Formulación clínica del caso de la adolescente con trastorno depresivo mayor

En la propia familia de la paciente había algunos antecedentes que aumentaron las probabilidades de que Marisa hubiera aprendido al menos algunas de esas creencias. No se pudo explorar en profundidad las creencias disfuncionales de la madre durante la evaluación inicial, pero la entrevista aportó datos suficientes para hipotetizar que sirvió de modelo en algunas de las actitudes disfuncionales sobre la valía personal, y que

reforzó los errores cognitivos derivados de estas creencias en un contexto familiar de exigencia y disciplina. Errores cognitivos tales como las inferencias arbitrarias, que hicieron que la paciente llegara a la conclusión de que su novio la traicionaba por un pequeño detalle en una foto. Errores cognitivos como los pensamientos absolutistas y dicotómicos que le condujeron tajantemente a la conclusión de que en algunas personas se puede confiar y en otras no, sin que puedan existir situaciones en las que se pueda confiar más o menos, parcelas diferenciadas de confianza o puntos intermedios. Y a veces incluso errores cognitivos múltiples y simultáneos, como la magnificación, el pensamiento absolutista y la abstracción selectiva, que se confabularon mientras ella escuchaba la discusión entre sus padres y magnificaba lo que aquello podía significar, estableciendo que ya no se podía confiar en su padre y centrándose únicamente en todos los detalles de la conversación que tenían que ver con las acusaciones de su madre. A sus 16 años, sus pensamientos negativos ya le habían hecho renunciar a cosas importantes para ella (por ejemplo, su novio, querer a su padre, admirar a su madre), lo que reforzaba la importancia de estos pensamientos y le hacía sentirlos como «más suyos», ya que la mayoría de las personas tienden a valorar más y defender con más ahínco todo aquello que les cuesta más sacrificio. Sus pensamientos negativos también habrían tenido consecuencias en las relaciones sociales de la paciente. Parece que su modo de juzgar y valorar negativamente a sus iguales habría reducido, desde hacía mucho tiempo, sus posibilidades de disfrutar de ellos y de acceder a situaciones interpersonales reforzantes.

Estos factores de vulnerabilidad cognitiva, así como los otros factores relacionados con su falta de habilidades de comunicación y de solución de problemas, pudieron tener un papel importante en el origen y el mantenimiento del trastorno depresivo mayor que presenta Marisa. En cuanto a su déficit para comunicarse, no es difícil suponer que si todas esas interpretaciones negativas que realiza hubieran sido compartidas de forma natural, como hacen otros adolescentes, con otras personas, ya fuesen compañeros, amigos o con los propios padres, tal vez habría podido generar algunos cambios ante el hecho de que alguien hubiera cuestionado alguna vez alguna de esas interpretaciones. Por ejemplo, si hubiese comentado con alguno de sus padres la discusión que había escuchado, quizá su padre o su madre le podrían haber dado algún tipo de información que cuestionase su interpretación de la discusión o su interpretación de las razones de su madre para perdonar a su padre. Pero la falta de comunicación con sus padres facilita la consolidación de sus creencias y a la inversa, ya que pensar de ese modo no favorece precisamente que quiera comunicarse con ellos. También el haber tenido amigos o compañeros con los que hablar podría haber hecho que estos generasen algún tipo de cuestionamiento sobre su modo de interpretar las cosas y darse cuenta de que puede encontrar cosas positivas en compañeros que «no estaban a su nivel». Pero tampoco sucedió, porque tampoco se comunicaba con sus compañeros. Y como nunca planteó esto como un problema a solucionar, tampoco nunca generó alternativas que pudieran resolverlo o aminorar sus efectos.

Desde el punto de vista del mantenimiento del problema, podría decirse que se encuentra en un círculo vicioso depresivo, en el cual se siente mal por sus interpretaciones negativas sobre todo lo que ocurre (distorsiones cognitivas negativas), que le generan un montón de pensamientos negativos, y esto le hace evitar todas aquellas actividades que ahora percibe sin ganas y generadoras de malestar (estímulo negativo). Pero estas situaciones que evita, y que a corto plazo reducen su malestar y por tanto se pueden estar manteniendo por procesos de reforzamiento negativo, son precisamente las que podrían permitirle el acceso a algún tipo de reforzador positivo como los que antes tenía, aunque fueran escasos (por ejemplo, tocar en el conservatorio, asistir a conciertos, estar con gente), por lo que, al evitarlas, cada vez se va centrando más en el malestar, sin que existan distracciones, y cada vez más se va acrecentando su tendencia a explicar los sucesos negativos como internos y estables (por ejemplo, «no valgo»), reduciendo sus expectativas de que las cosas pueden mejorar. Sin embargo, parece que aún mantiene cierta esperanza, ya que ha venido a terapia con su madre, y esto debe considerarse como una fortaleza de la paciente que se debe fomentar en la terapia.

Como consecuencia directa de este círculo vicioso entre sus interpretaciones negativas (por ejemplo, «mi padre no se merece que le quiera») y el modo en que estas determinan cómo se siente (por ejemplo, triste, decepcionada, enfadada) y actúa (por ejemplo, evita hablar con su padre, corta enseguida sus conversaciones con su él), se han ido consolidando sus interpretaciones negativas (por ejemplo, «no se puede confiar en nadie, ni en mi padre») y se ha ido alejando de todo lo que antes le interesaba. Se ha apartado de la relación con sus padres y de sus actividades reforzantes. No sale de casa y la única relación que mantiene es con su madre, con la que discute y se muestra irritable, ya que todo lo que ella hace le recuerda su decepción sobre la debilidad de su comportamiento. Falta a las clases del conservatorio, que era lo que más le gustaba, y ya no acude a los conciertos, que era lo que la mantenía con un nivel mínimo de relaciones sociales con los iguales. Sus continuas rumiaciones ocupan la mayor parte de su tiempo, sin que sepa cómo pararlas ni vea siquiera la necesidad de hacerlo, generándole un estado de ánimo continuamente triste e irritable, con ningún interés por hacer algo o relacionarse, y distraída en su visión negativa del mundo, de sí misma y de los demás, sin apetito y con problemas para dormir.

En función de la gravedad de las conductas problemáticas identificadas y de las relaciones funcionales entre ellas y sus antecedentes y consecuentes (véase el modelo de la figura 6.2), se establecieron los siguientes objetivos terapéuticos:

— En la adolescente:

- Normalizar sus actividades tan pronto como sea posible (por ejemplo, asistencia al conservatorio, implicación en las tareas escolares del instituto, asistencia a conciertos).
- Que comprenda lo que le está pasando y lo que puede hacer para mejorar.

- Modificar sus actitudes disfuncionales y sus pensamientos distorsionados negativos (por ejemplo, sobre la valía personal, la confianza, etc.).
- Modificar su estado de ánimo triste y su falta de energía.
- Reducir sus niveles de irritabilidad y hostilidad.
- Mejorar sus habilidades de comunicación y de solución de problemas para relacionarse mejor con los demás (por ejemplo, con los compañeros, con sus padres).
- Aumentar el número de actividades gratificantes.

— En los padres:

- Como la madre manifestó su firme decisión de no acudir a terapia y el padre estaba de viaje durante meses, los objetivos con los padres se redujeron a que entendieran lo que le pasaba a su hija y a la necesidad de que ambos se implicasen en su mejoría, tratando de mejorar su comunicación con ella y de disfrutar juntos de más actividades gratificantes.

2.3. Tratamiento

Tras las dos sesiones de evaluación inicial con la paciente y su madre, el tratamiento se llevó a cabo durante 20 sesiones de terapia psicológica con Marisa a lo largo de cuatro meses y medio. Las sesiones fueron semanales, excepto durante las dos primeras semanas, durante las cuales se realizaron dos sesiones cada semana para acelerar los cambios ante la urgencia de la normalización de las actividades de la paciente. Además, se tuvo una sesión de psicoeducación con los padres (por videoconferencia con el padre, para que pudieran estar ambos) y una sesión con la madre realizada el mismo día de la sesión décima de tratamiento de Marisa, durante la cual se le dieron pautas para que mejorara la comunicación con su hija y planificaran juntas actividades agradables.

El tratamiento incluyó la aplicación de las siguientes técnicas:

1. Psicoeducación inicial y compromiso de regresar a las actividades inmediatamente.
2. Técnicas de reestructuración cognitiva y de detención de pensamientos.
3. Entrenamiento en habilidades sociales, de comunicación y de solución de problemas.
4. Planificación de actividades agradables.

A continuación se detallan las técnicas aplicadas y algunas sugerencias y reflexiones sobre cómo se suelen aplicar con adolescentes.

1. *Psicoeducación*

El primer objetivo de toda terapia suele ser que las personas que sufren el problema, en este caso la adolescente, pero también sus padres, entiendan qué es lo que les está ocurriendo y vean de qué modo ellos pueden implicarse en que las cosas mejoren. Por tanto, se trataba de ofrecer una explicación sencilla que tanto Marisa como sus padres *entendieran* y estuvieran *dispuestos a aceptar*. Para que las explicaciones que se dan a los pacientes sean comprensibles para ellos, no pueden ser demasiado extensas ni se pueden enseñar gráficos con formulaciones clínicas que tienen, por ejemplo, veinte cuadrados, cinco círculos y tres rombos, entre los que se cruzan treinta flechas unidireccionales o bidireccionales. Estos gráficos son útiles para que el propio psicólogo trabaje sobre la formulación clínica (o análisis funcional) del caso y para transmitir esa información a otros profesionales, pero a los pacientes, si se quiere que comprendan esa explicación y se vayan con una idea clara de lo que les pasa, se les debe ofrecer una información simplificada, contada de varios modos, repitiendo las ideas más importantes y poniendo muchos ejemplos.

En cuanto al segundo objetivo a conseguir en la psicoeducación, el que los pacientes y sus padres estén dispuestos a aceptar la explicación que les ofrezca el psicólogo, es mucho más complicado, y de no hacerlo adecuadamente puede suponer un gran obstáculo en la terapia. El que la devolución de información sea asumible por los pacientes es clave para hacer una psicoeducación que resulte útil, es decir, para que el paciente haga suya la explicación que le ofrece el psicólogo, que la comprenda y le convenza. Si es así, a partir de ese momento podrá centrarse en cómo solucionar lo que le pasa, dejando un poco aparcado el «porqué» que tienden a buscar los seres humanos a todo lo que les ocurre para dar una cierta lógica a sus vidas. Algunas veces, y especialmente cuando los pacientes tienen actitudes disfuncionales, conviene actuar con cautela a la hora de llevar a cabo esta psicoeducación inicial, para no avanzar más rápido y más allá de lo que el paciente puede asumir en las etapas iniciales de una terapia. Así, si en el deseo de ofrecer una explicación completa sobre sus problemas se entra en matices que el paciente no está dispuesto a hacer todavía suyos, porque, por ejemplo, chocan de lleno con sus actitudes disfuncionales, se pueden generar, por parte del paciente, reacciones de reactancia psicológica y argumentaciones que se rebelen y se opongan a la explicación del psicólogo, consiguiendo, en definitiva, que el paciente rechace esa explicación y no se vea reflejado en ella.

Por tanto, la psicoeducación no es solo «dar información», ni tampoco significa empezar con una reestructuración cognitiva en la primera sesión de terapia. Se podría pensar que en este caso es, de algún modo, una técnica intermedia que prepara para el cambio, ya que está basada en la información que facilita el cambio y, por esa razón, debe ser asimilada por el paciente y debe adaptarse a este. Es decir, el objetivo es conseguir que el paciente, con sus sesgos cognitivos y sus ideas preconcebidas, sienta la explicación que se le da como suya, para que pueda implicarse y comprometerse con el cambio.

Además, puesto que se consideró un objetivo terapéutico prioritario que Marisa normalizase lo antes posible su funcionamiento y regresase a las actividades que había abandonado, se incluyeron también esos aspectos al final de la psicoeducación, tanto con la adolescente como con sus padres.

Psicoeducación con la adolescente

En el caso de Marisa había que tener especial tacto con las explicaciones que se le ofrecían, ya que se sabía que, además de tener una gran cantidad de actitudes disfuncionales, había «pagado un alto precio» por ellas. Es decir, que para ser consecuente con su distorsionado modo de pensar Marisa había renunciado a su novio, a querer a su padre, a admirar a su madre y a percibirse con esa cierta permisividad con la que todas las personas suelen interpretar sus propios errores. Por coherencia con su distorsionada forma de pensar, Marisa había renunciado a tantas cosas importantes para ella que ahora presumiblemente le iba a resultar difícil aceptar que se le dijera que aquel modo de pensar había sido inadecuado. Eso significaría que renunció a su novio por unos errores cognitivos, que se había sentido sola todo este tiempo, distante de su madre o de su padre, porque no pensó del modo adecuado. No es difícil prever que ante esta situación habría reaccionado enfadándose y focalizando su atención en argumentos para convencer a la psicóloga de que dichos pensamientos no son errores, lo contrario a lo que precisamente se quería conseguir. Por eso se decidió realizar una psicoeducación sin hablar de errores cognitivos, ni mencionar la existencia de actitudes disfuncionales o inadecuadas. Era la primera sesión de terapia y, por el momento, el objetivo era que, además de volver a la segunda sesión, tuviera una explicación de lo que le ocurría que pudiera asumir. La devolución de información se centró, pues, en que comprendiera que lo que piensan las personas influye en cómo se sienten y en lo que hacen, y en explicarle el círculo vicioso de la depresión, ideas estas que retomarían posteriormente en la reestructuración cognitiva. Ponerse demasiados objetivos en la primera sesión podía ser el primer paso para no alcanzar ninguno. Los mensajes que se quería trasmitir a una adolescente de 16 años superada por sus emociones debían ser claros y repetitivos, asegurándonos en todo momento de que los comprendía y los hacía suyos.

Su buena disposición a la explicación que le daba la psicóloga sobre lo que le ocurría permitió incluso acercarse tangencialmente a algunas de sus creencias. Se le explicó que hay gente que, por su manera de pensar, es muy exigente consigo misma (por ejemplo, «hay que esforzarse siempre al máximo»), y que suelen ser personas que se ponen metas muy altas y se esfuerzan extremadamente por alcanzarlas. Marisa asentía cuando la psicóloga añadía que también estas personas pueden tener momentos difíciles y que, si alguna vez no están al máximo, esto puede hacerles sentirse fracasadas y olvidarse de todo el esfuerzo que hicieron antes e incluso creer que ya no valen nada. «Entonces», se le dijo, «estas personas pueden caer en un círculo vicioso como este» (y se le mostró el gráfico que aparece en la figura 6.3), «que es lo que creo que te pudo haber ocurrido a

ti». Se le explicó que en el círculo vicioso depresivo las personas se sienten mal porque interpretan las cosas, como ella, de forma muy negativa (por ejemplo, «no valgo nada»), lo que les hace además actuar de forma evitativa (por ejemplo, «no salgo») y no solucionar el problema. Este modo de comportarse y sentir hace que tengan aún más pensamientos negativos y aumente el malestar (por ejemplo, «nada va a cambiar», «estoy hundida»), y entonces todavía empeoran más su manera de comportarse, manteniéndose alejados de todo lo que la ayudaría a mejorar (por ejemplo, ir al conservatorio), pero sin fuerzas para alcanzarlo. Cuando la psicóloga le decía que esto le pasaba a muchas personas, y esperaba que ella se identificase con lo que le contaba, lo hacía con la intención de dar normalidad al problema, de que supiera que no es la única persona en el mundo que es víctima de los círculos viciosos de la depresión, ya que es un pensamiento muy frecuente en los adolescentes el creer que lo que les ocurre a ellos no le ocurre a nadie.

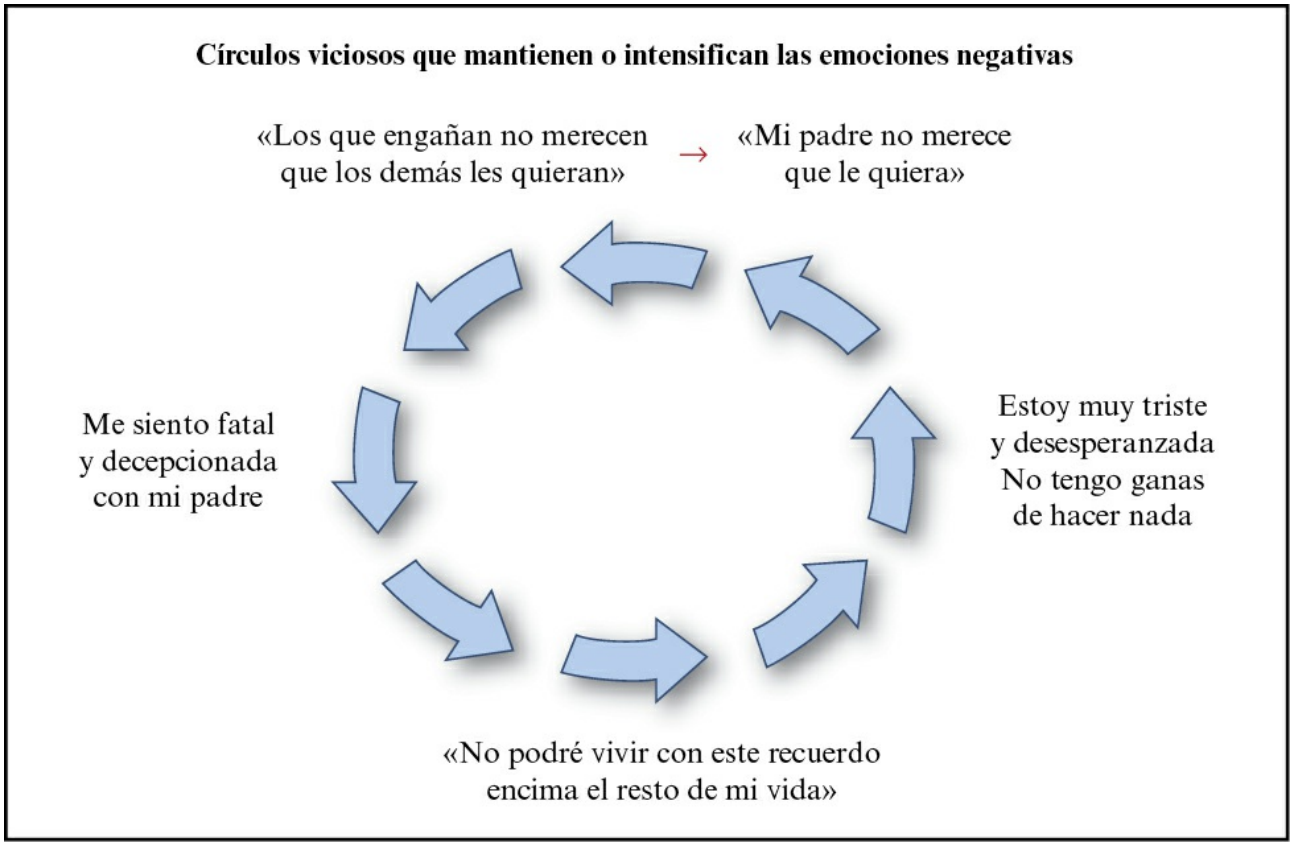


Figura 6.3.—Gráfico elaborado para explicar los círculos viciosos de la depresión en el caso de la adolescente con trastorno depresivo mayor.

La psicóloga prosiguió su explicación: «¿Y cómo se sale de este círculo? Pues rompiéndolo y haciendo cosas, aunque no te apetezcan, para que vayan cambiando tus pensamientos y tus sentimientos en la dirección contraria (por ejemplo, vas al concierto sin que te apetezca, hay una pieza que te llena de alegría, te sientes mejor, piensas mejor

y te sientes con algo más de energía). Lo más urgente para romper el círculo es volver a hacer las cosas que uno hacía antes, aunque no le apetezcan, aunque las haga sin energía. No pasa nada por hacerlas sin grandes expectativas, incluso asumiendo que no vas a disfrutar. Aunque vayas al concierto pensando en que no vas a pasarlo bien, aunque vayas al conservatorio y no hables con nadie, puede que, cuando menos te lo esperes, disfrutes un poquito de algo, o tal vez no. Ya me dirás». Marisa se comprometió a asistir a un concierto esa semana y a volver a las clases del conservatorio, pero no a matricularse en los exámenes.

Psicoeducación con los padres

También hay muchas razones por las que los padres se pueden sentir incómodos ante las explicaciones que dan los psicólogos sobre el porqué de los problemas de sus hijos. Por ejemplo, si la madre de Marisa afirma que ha hecho todo lo posible para solucionar el problema de su hija, habrá que tener cuidado de que en las explicaciones que se den no se deje entrever que no se está de acuerdo con eso. Lo adecuado será tratar de que sienta bien por el esfuerzo de haber buscado ayuda profesional y asegurarse de que se sienta cómoda con la psicóloga, y no que la vea como alguien que la culpabiliza. Sería totalmente inapropiado sacar a relucir inicialmente cualquier relación entre su modo de pensar y el problema de su hija, porque no se puede dar a los padres una información que no van a saber cómo manejar, especialmente cuando los padres ya han comunicado a la psicóloga que ellos no van de ningún modo a acudir a la terapia. La psicóloga tendría, en cambio, que poner todo su empeño en conseguir el apoyo de los padres en mejorar la comunicación con su hija, en aumentar las actividades gratificantes familiares y en conseguir su compromiso firme para que su hija reanude de forma inmediata las actividades que había abandonado. En consecuencia, la psicoeducación con los padres consistió en una devolución de información sobre el problema de su hija, de forma muy parecida a como se la habíamos proporcionado a Marisa, centrándose en el círculo vicioso de la depresión. Afortunadamente, se consiguió el compromiso de los padres para ayudar a Marisa a que se incorporara al conservatorio al día siguiente y que fuera a un concierto con sus compañeros del conservatorio esa misma semana. Se pidió a Marisa simplemente que fuera, sin exigirle nada, aunque su madre tuviera que llevarla y recogerla. También se pidió a Marisa y a su madre que planificaran alguna actividad juntas durante la semana y que luego se la contaran al padre por Skype.

2. *Detección del pensamiento y terapia cognitiva con la adolescente*

Los pensamientos negativos de la paciente, su modo de interpretar lo que le sucedía, le generaban malestar y conductas ineficaces para hacer frente a sus problemas. Por tanto, uno de los objetivos de la terapia era conseguir una interpretación más adecuada, sin tantas distorsiones cognitivas, y que la adolescente recuperara el control sobre sus

propios pensamientos, ya que con su estilo rumiativo pasaba horas «pensando y pensando» y sin hacer nada, lo que deterioraba su funcionamiento en la vida diaria. Por eso, la psicóloga se propuso un doble objetivo. En primer lugar, que Marisa aprendiera a pensar sin tantas distorsiones, para lo que se utilizaron técnicas de reestructuración cognitiva. Y en segundo lugar, que aprendiera a no estar todo el día pensando, sino solo cuando fuera necesario por tener que hacer las tareas cognitivas implicadas en la terapia. Para que Marisa pudiera elegir dedicarse a sus pensamientos negativos cuando ella quisiera, retomando así el control sobre los mismos, la psicóloga le enseñó a utilizar sencillas técnicas de detección de pensamiento con actividades distractoras que la paciente fue seleccionando. Una de las tareas distractoras era recordar partituras y escribirlas mentalmente.

En cuanto a las técnicas de reestructuración cognitiva, se plantearon los siguientes pasos:

a) Que comprendiera que no hay un modo único de ver las cosas o de interpretar la realidad.
b) Que comprendiera que el modo en que se interpreta la realidad determina lo que las personas sienten y hacen.
c) Que aprendiera a detectar los pensamientos negativos.
d) Que empezara a cuestionar los pensamientos negativos valorando hasta qué punto cree en lo que dicen.
e) Que aprendiera a evaluar la validez de sus pensamientos negativos (y de sus actitudes disfuncionales relacionadas) sopesando datos a favor y datos en contra de ellos, y a sustituir esos pensamientos negativos por otros más adaptativos.
f) Que aprendiera, a través del diálogo socrático, a evaluar la validez de sus actitudes disfuncionales.

A continuación se detallan los contenidos y algunas de las explicaciones dadas por la psicóloga en cada uno de los pasos y, a modo de ejemplos, algunos de los autorregistros que realizó Marisa para identificar sus pensamientos negativos y cuestionarlos, así como algunas de las conversaciones durante las cuales la psicóloga pretendió modificar esos pensamientos y las actitudes disfuncionales relacionadas mediante el diálogo socrático.

a) *Que comprendiera que no hay un modo único de ver las cosas o de interpretar la realidad.* Para conseguirlo, se utilizaron imágenes de ilusiones ópticas (por ejemplo, las clásicas imágenes que pueden interpretarse como una mujer joven o una vieja, como una copa o dos rostros, como un pato o un conejo, etc.) y se pidió a Marisa que buscara otras ilusiones ópticas en Internet, incluidas fotos que por su perspectiva o composición también son engañosas (por ejemplo, las fotos que se hacen los turistas en Pisa haciendo ver que sostienen su torre inclinada). Observando las imágenes y las fotos, la psicóloga comentó que las personas suelen

creer que hay una sola realidad, un único y acertado modo de ver las cosas, pero no es así. De hecho, como demuestran las ilusiones ópticas, ante una misma realidad hay personas que se fijan en unas cosas y otras personas que se fijan en otras, personas que atienden a unos detalles pero descuidan otros, y viceversa. Las ilusiones y las fotos engañosas también demuestran que diferentes ángulos permiten ver cosas diferentes. La psicóloga le preguntó a la paciente cuál creía ella que sería la razón por la que no todas las personas ven lo mismo, incluso cuando miran las mismas sencillas imágenes o las mismas fotos. Fue fácil llegar con Marisa a la conclusión de que lo que ven las personas depende en gran parte de su experiencia, sus conocimientos, sus expectativas, sus motivaciones, etc. Cada persona utiliza unas «gafas» distintas para ver lo que ocurre. Esas gafas son su modo de interpretar la realidad y explicarían en parte sus emociones.

b) *Que comprendiera que el modo en que se interpreta la realidad determina lo que las personas sienten y hacen.* La psicóloga dijo a Marisa: «Hemos visto que no todos interpretamos lo que ocurre del mismo modo; por tanto, un mismo acontecimiento puede provocar sentimientos diferentes en personas que lo interpreten de modo distinto. Incluso con los acontecimientos positivos de nuestra vida sucede así. Hay adolescentes que interpretan su fiesta de graduación en el colegio como un día fantástico en el que solo hay que ir a disfrutar, y quienes lo interpretan como un día agobiante con un montón de personas evaluando cómo vas vestido y te comportas». El objetivo era recalcar la idea de que no son los acontecimientos *per se* los que determinan las emociones, sino la interpretación que de ellos se hace lo que determina cómo se sienten las personas: tristes, alegres, enfadadas o desesperanzadas. La psicóloga prosiguió: «Cuando estamos mal, nuestras gafas se empañan y lo vemos todo nublado y oscuro, pero no nos damos cuenta de que son nuestras gafas; pensamos que está todo oscuro porque nos pasamos el día interpretando sin darnos cuenta. Confundimos la realidad con nuestra interpretación de ella». En el contexto de esta reflexión sobre la relación entre las interpretaciones, las emociones y los comportamientos, la psicóloga planteó a Marisa buscar ejemplos de la vida cotidiana en los que se viera la actuación de esas «gafas», empezando por el siguiente: «Una profesora del instituto llega a la sala de profesores tras discutir con la directora del centro y después de que ambas hayan acordado mantener su discusión en secreto. La profesora entra en la sala y ve a la directora cuchicheando y riendo con uno de los profesores [la psicóloga presentó a Marisa una imagen de esa situación y le pidió que tratase de averiguar qué pensaría la profesora]. Si la profesora interpreta que están hablando mal de ella, que se ríen de ella, es muy probable que se sienta enfadada y decepcionada, pero si interpreta que hablan de otra cosa no tendrá esas emociones tan negativas. Seguramente estos dos modos diferentes de interpretar la situación harán que la profesora se comporte de modo distinto (por ejemplo, que

se vaya enfadada o que se siente cerca de ellos e inicie una conversación)». La psicóloga pidió a Marisa que durante la siguiente semana utilizara un autorregistro para identificar en su vida cotidiana sus pensamientos y examinar su relación con sus emociones y sus conductas. Para explicarle cómo completar ese autorregistro le pidió que recordara alguna situación que le hubiera generado emociones recientemente. Sugirió el enfado con el músico que había contado en la entrevista y juntas completaron el autorregistro que aparece en la la tabla 6.1. El objetivo era que Marisa se familiarizara con la relación entre lo que las personas piensan y cómo se sienten o actúan. A continuación pidió a la paciente que buscara sus propios ejemplos. Lo hizo sin problemas: «Cuando mi padre quiere hablar conmigo más tiempo por teléfono, pienso que no quiere en realidad, que es postureo, que no se puede confiar en él, y me siento mal y le cuelgo».

TABLA 6.1
Ejemplo elaborado a partir de la información que Marisa ofreció durante las entrevistas iniciales y que se utilizó para explicarle los autorregistros de pensamientos

Situación	Pensamientos	Emoción/conducta
El músico toca mal su instrumento en el metro.	Al músico le da igual fastidiar. Qué poca vergüenza tiene de pedir dinero con lo malo que es. Esta gente desprestigia la música, no se la toman en serio. Si vas a pedir, lo menos es que toques bien. Es un negado. Solo piensa en sus monedas. La gente como él no merece tener un instrumento. No deberían dejarle estar allí. Habría que prohibir tocar a los que no saben. Estos no aguantarían ni un ensayo.	Hostilidad y enfado. Ganas de pelear con el músico. Ganas de romperle el violín en la cabeza.
La gente le da monedas al músico.	La gente es idiota por darle dinero. Luego son todos unos rácanos que no se pueden gastar el dinero en ir a conciertos.	Decepción. Indignación. Ganas de pelear con la gente.

A partir de los pensamientos escritos por Marisa, la psicóloga aprovechó para estudiar con ella qué características tienen los pensamientos negativos, además de provocar emociones negativas e impedir que las personas sean eficaces solucionando problemas. Se trataba de: «Observar al enemigo, estudiarlo, pues es mejor conocerlo bien, ya que además vive en nuestra propia casa. Fíjate en que estos pensamientos negativos aparecen de forma automática, sin darnos cuenta, fluyen sin interrupción de nuestra mente; por eso los aceptamos sin cuestionarlos, como si todos fueran válidos. ¿Por qué íbamos a cuestionar algo que sale de

nosotros? Son muy difíciles de controlar y tienden a dramatizar las situaciones, a exagerarlo todo. Y, además, como ya vimos en la última sesión, crean círculos viciosos que prolongan e intensifican las emociones negativas. Pero hay una buena noticia, son aprendidos, lo que implica que se pueden desaprender, que podemos aprender a interpretar las situaciones de otra manera».

c) *Que aprendiera a detectar los pensamientos negativos.* Como ya se ha comentado antes, la psicóloga pidió a Marisa que durante la siguiente semana utilizara un autorregistro para identificar sus pensamientos y examinar su relación con sus emociones y sus conductas. Sin embargo, los pensamientos son tan habituales y aparentemente tan plausibles a los pacientes que no atraen su atención; por ello, en general, les resulta muy difícil identificarlos y completar en las primeras etapas de la terapia los autorregistros de pensamientos. Por esta razón es importante explicarles bien cómo hacer el autorregistro y cómo se pueden ayudar de las emociones negativas para detectar los pensamientos negativos. En este sentido, y ayudándose de la información de la tabla 6.2, la psicóloga le dijo a Marisa: «Para detectar los pensamientos que tanto daño nos hacen podemos servirnos de las emociones, que son como una especie de señal de alarma. Por ejemplo, si estamos con otras personas y de pronto sentimos ansiedad, es posible que estemos teniendo pensamientos de que hay una situación de amenaza, puede que porque realmente estemos en una situación amenazante o porque estemos haciendo una interpretación inadecuada. Las emociones pueden ser el chivato por el que nos demos cuenta de que probablemente no estemos pensando o interpretando la situación del modo más adecuado».

TABLA 6.2
Las emociones como «chivatos» o indicadores de la presencia de pensamientos negativos distorsionados

Emoción	Pensamientos negativos
Ansiedad	¿Demasiada anticipación de peligros? ¿Hay amenazas?
Depresión	¿Demasiados pensamientos de pérdida, de falta de esperanza?
Ira-hostilidad	¿Demasiados pensamientos relacionados con la inaceptable y maliciosa conducta de los demás?

d) *Que empezara a cuestionar los pensamientos negativos valorando hasta qué punto cree en lo que dicen.* Una vez que se han detectado los pensamientos negativos con ayuda de esas emociones que nos han generado, el siguiente paso en la dirección de cuestionarlos y promover la generación de pensamientos más adaptativos es valorar, por ejemplo, el grado de credibilidad que tienen cada uno de esos pensamientos. Esto fue, más o menos, lo que la psicóloga le explicó a

Marisa al respecto: «Los pensamientos negativos pueden ser pensamientos que nos decimos en un momento determinado, pero en cuanto pasa un poco de tiempo nos damos cuenta de que son exagerados y no se corresponden con lo que pensamos. Por ejemplo, una adolescente que se dice "soy la esclava de la familia" en el momento en que su madre le ordena que baje al perro a pasear, pero, cuando pasado el disgusto lo piensa, se da cuenta de que ese pensamiento era una exageración, es decir, que no se lo cree. Es importante saber si nos creemos lo que dicen nuestros pensamientos negativos. Porque si no nos creemos lo que dicen, y nos generan sufrimiento, será lógico pensar que tenemos que encontrar un modo relativamente sencillo de combatirlos. Los pensamientos negativos, aunque pierdan su credibilidad con el paso del tiempo, pueden hacer mucho daño en un momento determinado. Por ejemplo, la adolescente que te ponía como ejemplo antes podría decirse "como soy la esclava de la casa, ahora dejo que el perro se escape, para fastidiar", de modo que no hay que quitar importancia ni siquiera a los pensamientos negativos que luego, más tarde, desechamos. Pero también descubriremos que hay pensamientos negativos que, por mucho tiempo que pase, no disminuyen su credibilidad. Vamos a comenzar investigando sobre nuestros pensamientos negativos para descubrir cuáles nos creemos más y cuáles se hacen poco creíbles con el paso del tiempo». Planteado, pues, como un experimento, más que como una tarea que presupone que los pensamientos de Marisa son erróneos, se pidió a esta que durante la siguiente semana, además de autorregistrar sus pensamientos, valorara el grado de credibilidad que les confería en el momento y antes de acostarse. Al plantearse como un experimento en el que se acepta la posibilidad de que puede haber algunos pensamientos que no disminuyen en credibilidad, es más fácil que la adolescente no vea la tarea como un medio de invalidar sus problemas y su forma de pensar y, por tanto, es más fácil que se reduzca cualquier reactancia, resistencia o suspicacia a realizarla por su parte. De hecho, como se puede ver en la tabla 6.3, algunos pensamientos negativos que Marisa identificó en sus autorregistros a esas alturas de la terapia seguían siendo creíbles para ella por la noche, mientras que otros no.

TABLA 6.3
Ejemplo de un autorregistro de pensamientos negativos realizado por Marisa y que incluye columnas de credibilidad para su cuestionamiento

Emoción	Situación	Pensamiento	Grado de credibilidad en el momento (0-100)	Grado de credibilidad al acostarse (0-100)
Admiración Tristeza	Escucho un concierto en la televisión.	El director del concierto es grandioso, me gustaría ser como	100	100

	El director es muy bueno.	el director, esa gente sí que vale, no como yo, no valgo para nada, nunca seré como él.		
Tristeza	Veo a mis compañeros del instituto que lo pasan bien y se ríen sin parar.	Son unos pringados, pero me dan envidia porque lo pasan bien; yo soy ahora una pringada como ellos pero además una desgraciada amargada.	100	100
Enfado, decepción, desprecio, la culpo, tristeza	Mi madre entra en mi habitación y me dice que tengo que esforzarme, que no puedo tirar mi futuro por la ventana.	Sus palabras están vacías, no tiene principios. ¿Quién es ella para decirme lo que debo hacer? Es una cobarde, la desprecio.	100	100
Hostilidad, tristeza	Veo una película de adolescentes.	Son todos idiotas, casi tanto como en la realidad.	100	50
Hostilidad	El guardia de seguridad de la puerta me dice que ya han abierto la piscina.	Es idiota, ojalá le echen. ¿Qué le importa lo que yo haga? ¡Que se meta en sus cosas!	100	5

e) *Que aprendiera a evaluar la validez de sus pensamientos negativos (y de sus actitudes disfuncionales relacionadas) sopesando datos a favor y datos en contra de ellos, y a sustituir esos pensamientos negativos por otros más adaptativos.* Para ello la psicóloga volvió al ejemplo del músico que había descrito en la entrevista y practicaron cómo cambiar pensamientos automáticos negativos por otros alternativos más adaptados a la realidad. Luego, se pidió a Marisa que hiciera ese mismo ejercicio durante la siguiente semana con los pensamientos que aparecieran en su vida cotidiana, para lo cual se le proporcionó un registro similar al que aparece en la tabla 6.4, y en el cual se han recogido los pensamientos negativos que trabajaron en la sesión y los pensamientos adaptativos que la propia Marisa generó.

Tras analizar al principio de las sesiones los autorregistros que Marisa entregaba según los modelos de las tablas 6.3 y 6.4, la psicóloga fue seleccionando los pensamientos que no habían disminuido su credibilidad con el paso del tiempo y aquellos en los que a Marisa le había resultado difícil encontrar datos en contra y generar pensamientos alternativos, y, entre ellos, los pensamientos relacionados con su autovalía, con sus padres, especialmente con el hecho de que ya no sentía respeto por ellos, y con sus compañeros de instituto y conservatorio. Para modificar estas y otras distorsiones cognitivas así como las actitudes disfuncionales relacionadas, en las siguientes sesiones, y una vez consolidados la identificación de pensamientos negativos y su cuestionamiento, se empezó a utilizar en mayor medida el diálogo socrático como técnica de cambio de

pensamientos y actitudes.

TABLA 6.4
Ejemplo de un autorregistro de pensamientos negativos realizado por Marisa y que incluye columnas de datos a favor y en contra para su cuestionamiento y una columna para la generación de pensamientos alternativos

Emoción	Situación	Pensamiento	Datos a favor	Datos en contra	Pensamiento alternativo
Enfado	El músico toca el instrumento.	Toca fatal. Le da igual fastidiar.	Salvo que sea sordo molesta a todos.	No soy adivina, no sé si le da igual ni si fastidia a todos tanto como a mí.	Puede que no quiera fastidiar y que no fastidie a todos, pero a mí me desagrada.
Indignación	La gente le da monedas al músico del metro.	La gente es idiota.	Pagan por un mal servicio.	No pagan, es una limosna. No se la dan por tocar bien, sino porque piensan que tiene necesidad. Parecen personas caritativas.	Entiendo que le den dinero porque les da pena, pero me molesta que lo hagan porque creo que no lo merece.

f) *Que aprendiera a evaluar la validez de sus actitudes disfuncionales.* En primer lugar, se le explicó a Marisa que combatir algunos pensamientos negativos cuesta más, porque aunque hacen sufrir a las personas y las hace ser ineficaces, se los creen deverdad. Ni siquiera el paso del tiempo o la búsqueda de datos en su contra sirven para cuestionarlos. Son pensamientos que llevan tiempo con las personas y, con frecuencia, las personas han hecho grandes sacrificios por ellos, lo que hace que posteriormente les cueste más aceptar que no son adecuados. Estos pensamientos son parte de las creencias más básicas de las personas, y aunque sean creencias poco adaptativas, que dan problemas, las personas las sienten como parte de sí mismas. Así, se le dijo: «Son como ladrillos que forman parte del muro de nuestra casa (nuestras creencias), y quitar uno es como quitar parte de nuestro hogar. Por eso hay que desmontarlos poco a poco, y sustituirlos por otros ladrillos más adecuados, con tranquilidad, para evitar la sensación de que se nos desmorona la casa». Las creencias o actitudes desadaptativas o disfuncionales son actitudes respecto a uno mismo o a su mundo más cercano que son poco adaptativas o irracionales, porque imponen condiciones para la propia valía y la felicidad que son casi imposibles de cumplir, ya que es muy probable que los acontecimientos cotidianos o extraordinarios provoquen que se incumplan tales condiciones (por ejemplo, la creencia de poder ayudar a todo el que lo necesite, de ser el mejor haciendo las cosas o de ser el que más se esfuerza). Son imposibles de cumplir,

porque, antes o después, es imposible ayudar a todo el que lo necesita o hacer siempre las cosas mejor que los demás y, desde luego, es imposible ser siempre el que más se esfuerza. Estas creencias, que marcan unos objetivos imposibles de cumplir, suelen adoptar la forma de «debería...», «tendría que...», etc. Se invitó a Marisa a que identificara algunas de sus creencias que adoptan esa forma de «deberías» o «tendrías» (por ejemplo, mi madre debería haber dejado a mi padre; la gente no debería darle dinero al músico; no deberían dejar tocar a alguien que no lo hace bien; no debería poder tener un instrumento). A continuación se describe un ejemplo del diálogo socrático mantenido por la psicóloga con la paciente para reestructurar su actitud disfuncional sobre la inaceptable conducta de su madre al no haber dejado a su padre tras conocer que la había engañado: «Mi madre ya no merece mi respeto, tenía que haber dejado a mi padre».

P (psicóloga): Marisa, uno de los pensamientos que siempre aparecen, y además son de los que hacen daño, es que desprecias a tu madre, que ya no merece tu respeto. ¿Por qué te cuesta tanto trabajo encontrar datos en contra?, ¿acaso no ha hecho en tu vida mil cosas por ti para merecer tu respeto?

M (Marisa): Antes sí, cometía errores y aciertos, pero ahora ya no puedo ver aciertos desde que perdonó a mi padre. Tenía que haberle dejado.

P: Es decir, que si tu madre hubiera dejado a tu padre, ¿seguiría mereciendo tu respeto?

M: Sí.

P: ¿Eso significa que tu madre tiene que hacer lo que tú quieres para merecer tu respeto? ¿El respeto de los que te quieren se gana haciendo siempre lo que ellos quieren?

M: No tiene nada que ver con lo que yo quiera, se trata de hacer las cosas bien, simplemente. Hacer las cosas bien es a veces hacer lo que no quieres hacer.

P: Entonces el «delito» que ha cometido y por el que la acusas es por seguir con tu padre después de una conversación que escuchaste desde tu habitación en la que él reconocía haber estado con otra mujer y ella se enfadaba, ¿es así?

M: Sí, él es un traidor y ella una cobarde.

P: Me has dicho que para ti la justicia es algo importante, ¿te consideras una persona justa?

M: Sí, lo intento.

P: ¿Has estado en algún juicio real o sabes cómo son los juicios por las películas o por los libros?

M: Sí claro, mil veces.

P: Entonces seguro que sabes que para que alguien que es juzgado tenga un juicio justo hay que tener en cuenta al menos dos cosas importantes: que haya pruebas y que el acusado sepa que le están juzgando para que se pueda defender y dar su versión de los hechos.

M: Hay pruebas, escuché su conversación.

P: Cuando escuchabas la conversación entre tus padres, ¿qué decía tu padre?

M: Que no era nada para él, que había sido un error estúpido y lloraba.

P: ¿Y tu madre qué le decía?

M: Que le odiaba.

P: Y después de aquel día, ¿por qué tu madre ha seguido con él?

M: Porque es débil, supongo que le da miedo quedarse sola.

P: Supones, pero no lo sabes.

M: No.

P: ¿Nunca has pensando en hablar con ella de esto?

M: No.

P: Es decir, que no sabes por qué después de aquel día tu madre decidió seguir con tu padre. Dices que fue por debilidad, pero ¿es posible que hubiera otras razones?

M: Puede, pero las otras razones me dan igual.

P: ¿Te parecería justo un juicio en el que no interesasen las razones que diera el acusado para hacer lo que ha hecho y el juez no quisiera ni saberlas?

M: No, no sería justo.

P: ¿Y tu madre, se merece un juicio justo o injusto?

M: Justo.

P: ¿Qué tendría que pasar para que el juicio de tu madre fuera un juicio justo?

M: Tener más información.

P: Si la vas a seguir juzgando, tal vez tendrías que hablar con ella, para tener más información y darle la oportunidad de defenderse.

M: Eso no puedo hacerlo.

P: Pues tendrás que decidir qué quieres hacer...

M: Pues prefiero que me ayudes a no juzgarla.

3. *Entrenamiento en habilidades sociales, de comunicación y solución de problemas*

El déficit de la paciente en comportamientos hábiles socialmente era una variable causal del problema, ya que condicionaba la calidad y cantidad de sus relaciones con los adultos y con los iguales. Sin embargo, su principal déficit de habilidades tenía que ver con sus distorsiones cognitivas y su falta de habilidad para cuestionarlas y generar otras interpretaciones alternativas más adaptativas y funcionales, pues la conducta de establecer relaciones interpersonales estaba interferida por dichas distorsiones. Mientras los pensamientos negativos hacia sus compañeros de instituto y conservatorio se iban cuestionando mediante las técnicas cognitivas comentadas en los párrafos anteriores, se ensayó con Marisa cómo mejorar la comunicación con ellos. Se comenzó practicando las habilidades de comunicación mediante *role-playing*, en situaciones de menor a mayor dificultad, terminando con situaciones interpersonales con compañeros que eran muy diferentes a ella, de manera que se pudieran planificar posteriormente tareas a realizar

fuera de la consulta que implicaran la interacción con ellos y, de este modo, estas tareas pudieran servir como pruebas de realidad para que comprobase que incluso con aquellos compañeros que eran muy diferentes a ella podía pasar buenos ratos o encontrar aspectos de ellos que valorar positivamente. Posteriormente se abordó la relación con sus padres, llegando incluso a escribirles una carta en la que admitía haber cometido errores por no comunicarse mejor con ellos y les proponía soluciones para que no volviera a ocurrir.

Por otro lado, se llevó a cabo un entrenamiento en solución de problemas, planteando posibles situaciones difíciles en sus relaciones interpersonales y enseñándole a orientar los problemas como retos, a generar soluciones alternativas a esas situaciones, a sopesar los pros y los contras de cada una, y a elegir la solución más adecuada y llevarla a cabo, ya que Marisa tendía a rumiar ante los problemas en vez de a generar estrategias de solución. En estos casos se utilizó la parada de pensamiento para que las rumiaciones cesaran, dejando a la paciente aplicar las estrategias de solución de problemas.

4. *Planificación de actividades agradables*

La planificación de actividades agradables con sus padres y compañeros fue una de las técnicas que se aplicó desde el primer día y que se mantuvo durante toda la terapia. Se les explicó, tanto a Marisa como a sus padres, la lógica de la planificación de actividades agradables y sus consecuencias positivas en la depresión y en la dinámica familiar. Se confeccionó un plan para que practicaran periódicamente las actividades que había escogido Marisa, y luego se las comunicaban al padre haciendo que tuvieran una comunicación habitual con él (por ejemplo, compartían juegos por Internet y se comunicaban por Skype cuatro días a la semana).

2.4. Resultados

Después de 20 sesiones de tratamiento, Marisa había cambiado completamente desde que acudió a consulta por primera vez. Se la veía entusiasmada con sus estudios del conservatorio y con las actividades del instituto, donde había empezado a formar parte de un grupo de chicos y chicas que salían juntos. No llegó a presentarse a los exámenes del conservatorio, ya que no le dio tiempo a prepararse las piezas, pero no había faltado desde entonces a ninguno de sus conciertos semanales, e incluso alguna vez había invitado a alguno de los compañeros del instituto a ir con ella. Su rendimiento escolar no se había recuperado completamente, pero sus relaciones con los compañeros habían mejorado muchísimo. Su tutora nos confirmó que se mostraba mucho más colaboradora y menos alejada de ellos, y que había un par de compañeras con las que se llevaba muy bien. Toda la sintomatología depresiva que mostraba antes del tratamiento había desaparecido y se veía a sí misma como una futura directora de orquesta, aunque sabía que tendría que esforzarse mucho para ello. Sus pensamientos negativos y sus creencias

disfuncionales habían perdido fuerza y, aunque a veces aparecían, era más consciente de que eran interpretaciones erróneas y que tendría que seguir trabajando sobre ellas.

Las discusiones de Marisa con su madre habían disminuido a una frecuencia de una o dos por semana, como mucho, y siempre por temas cotidianos relacionados con recoger la habitación o cumplir con las tareas de la casa. Las actividades de ocio de Marisa con su madre habían aumentado y, sobre todo, había aumentado su disfrute de las mismas, de manera que Marisa informaba de que ahora hasta se reían juntas. En general, decía que el humor de la familia había mejorado, y que también había mejorado la relación con su padre. Marisa se sentía muy satisfecha consigo misma de haber salido de su círculo vicioso depresivo y prometía estar alerta con esas interpretaciones distorsionadas y negativas en las que cualquiera puede caer, y utilizar las nuevas habilidades cognitivas aprendidas para salir de ellas.

Cada dos semanas se administró a Marisa el BDI-IA para así monitorizar los cambios terapéuticos. Estos cambios empezaron a evidenciarse de manera más clara a partir de la sesión 14ª, cuando su puntuación en el BDI-IA cayó por primera vez en el rango funcional (su puntuación fue igual a 8). A esas alturas de la terapia, además de la planificación de actividades agradables, ya se habían trabajado la mayoría de las técnicas cognitivas comentadas líneas atrás, aunque prácticamente no se había abordado de manera directa ninguna actitud disfuncional mediante el diálogo socrático ni tampoco había terminado el entrenamiento en habilidades sociales, de comunicación y de solución de problemas. Durante la última sesión de tratamiento se aplicó de nuevo el BDI-IA, obteniendo una puntuación directa de 4, lo cual indicaba un nivel mínimo o normal de sintomatología depresiva y corroboraba la información que se había ido obteniendo durante las últimas sesiones de tratamiento. Al mes de dar por terminado el tratamiento, la madre de Marisa fue a la consulta a dar las gracias a la psicóloga por el trabajo que había hecho para ayudar a su hija y le pidió que la ayudara también a ella, que también «debía tener muchos errores cognitivos de esos que tenía su hija». Pero esa ya es otra historia.

PARTE TERCERA

Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes

7

Definición, clasificación y modelos explicativos de los trastornos de ansiedad

1. DEFINICIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Como ocurre con el término «depresión», la ansiedad puede concebirse como un síntoma, como un síndrome, como un trastorno y como una emoción normal. Así, cuando se habla de ansiedad como síntoma nos referimos a un estado de ánimo centrado en la emoción de miedo, mientras que cuando se habla de ansiedad como síndrome se está aludiendo a un conjunto de síntomas covariantes, que incluye estado de ánimo ansioso, evitación de situaciones u objetos temidos, preocupación exagerada, insomnio, tensión muscular excesiva, taquicardias, irritabilidad, etc. Por último, cuando se habla de los trastornos de ansiedad se hace alusión a varios síndromes de síntomas de ansiedad que difieren entre sí en cuanto a los síntomas específicos que presentan, las situaciones ante las cuales aparecen, las causas que los provocan, etc. (por ejemplo, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, etc.).

No obstante, aunque el término ansiedad en las tres acepciones anteriores tiene un indudable carácter psicopatológico, es importante no olvidar que la ansiedad también es una experiencia emocional normal en los seres humanos, y que los síntomas de ansiedad hacen referencia a comportamientos normales (por ejemplo, preocuparse, tensión muscular, palpitaciones) que alcanzan la categoría de síntomas cuando su frecuencia, duración e intensidad hacen que tales conductas pierdan su función adaptativa.

De hecho, puesto que los niños se enfrentan a muchas situaciones desconocidas y potencialmente peligrosas en el curso de su desarrollo, es normal que experimenten miedo y ansiedad, de forma que estas respuestas, desde una perspectiva evolutiva, funcionarían como un mecanismo de protección, ya que prevendría que los niños se encontrasen ante ciertas situaciones potencialmente dañinas (por ejemplo, el miedo a la pérdida súbita de apoyo, a las personas desconocidas, a la separación de los padres, a la oscuridad, etcétera). Es más, lo normal es que las experiencias de miedo y ansiedad que el niño se encuentre en su desarrollo le ayuden a madurar emocionalmente y a aprender estrategias adecuadas de afrontamiento para futuros acontecimientos estresantes. Sin embargo, se habla de síntomas, síndromes o trastornos de ansiedad cuando en

determinadas ocasiones las reacciones de miedo y ansiedad del niño no cumplen ninguna función adaptativa, sino que, por el contrario, aparecen incontroladamente y con una intensidad, frecuencia y duración tan intensas que generan en el menor un gran malestar, así como comportamientos de huida o evitación totalmente inadecuados (por ejemplo, absentismo escolar, aislamiento social, mutismo o rituales compulsivos).

2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Como ocurre con los trastornos depresivos, el DSM-IV (APA, 1994/1995, 2000/2002) y el DSM-5 (AP, 2013/2014) consideran que la fenomenología básica de los trastornos de ansiedad es siempre la misma en cualquier edad, pero que esta modifica la frecuencia de algunos síntomas de ansiedad y la expresividad sintomatológica de la mayoría. Así, ambos sistemas de clasificación distinguen los mismos tipos de trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia que en la edad adulta[1], y solo matizan ligeramente la frecuencia de algunos síntomas y sus características en función de la edad.

En concreto, según el DSM-IV y dejando al margen los trastornos de ansiedad secundarios a una condición médica o al uso de sustancias, en la infancia y adolescencia pueden aparecer diez trastornos de ansiedad (véase la tabla 7.1): trastorno de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia específica, fobia social y trastorno de ansiedad por separación, todos los cuales, excepto este último (véase la nota a pie de página), son comunes a los que también pueden aparecer en los adultos.

Respecto a las categorías principales de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, la CIE-10 (WHO, 1992) y el DSM-5 (APA, 2013/ 2014) contemplan prácticamente los mismos tipos de trastornos de ansiedad que el DSM-IV, tal y como se recoge en la tabla 7.1, salvo algunas matizaciones. Por ejemplo, la CIE-10 hace más énfasis que el DSM-IV y el DSM-5 en las características diferenciales de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes en comparación a dichos trastornos en la edad adulta, y, por tanto, distingue otros trastornos de ansiedad específicos de los niños y adolescentes, además del trastorno de ansiedad por separación (véase la tabla 7.1). En concreto, la CIE-10 propone que la fobia específica y la fobia social, aunque comparten semejanzas en adultos y niños o adolescentes, también presentan diferencias en la manera en que se presentan en los niños que justifican dos categorías diagnósticas distintas: el trastorno de ansiedad fóbica de la infancia y el trastorno de hipersensibilidad social (WHO, 1992).

Además, en la CIE-10 y en el DSM-5, tal y como se verá más adelante, la presencia simultánea de crisis de angustia (o ataques de pánico) repetitivas e inesperadas y de evitación agorafóbica (evitación de lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso, o bien donde resulta imposible encontrar ayuda en el caso de que

aparezcan en ese momento síntomas similares a una crisis de angustia) se ha resuelto de manera distinta. Mientras que el DSM-IV da más importancia a los ataques de pánico y menos a la evitación agorafóbica, la CIE-10 hace justo lo contrario. En el DSM-IV, las crisis de angustia tienen preferencia diagnóstica sobre la evitación agorafóbica, de forma que la agorafobia es un indicador de la gravedad del trastorno de angustia y puede dar lugar a un diagnóstico secundario de agorafobia (trastorno de angustia con agorafobia). Sin embargo, en la CIE-10 la evitación agorafóbica tiene preferencia diagnóstica sobre las crisis de angustia (o ataques de pánico), de forma que estas crisis son indicadoras de la gravedad de la agorafobia y pueden dar lugar a un diagnóstico secundario de trastorno de angustia (agorafobia con trastorno de pánico). En cualquier caso, ambas clasificaciones distinguen tres tipos de trastornos que difieren en el predomino de las crisis de angustia y de la evitación agorafóbica y que serían más o menos equivalentes, de manera que la presencia simultánea de crisis de angustia inesperadas y repetitivas y de evitación agorafóbica se resuelve proponiendo un trastorno distinto que se denomina trastorno de angustia con agorafobia en el DSM-IV y agorafobia con trastorno de pánico en la CIE-10 (véase la tabla 7.1). En cambio, el DSM-5 resuelve la presencia simultánea de crisis de angustia inesperadas y repetitivas y de evitación agorafóbica proponiendo que se haga el diagnóstico de ambos trastornos (trastorno de angustia y agorafobia), no creando un trastorno distinto que refleje esa simultaneidad (véase la tabla 7.1).

TABLA 7.1
Organización diagnóstica (categoría y tipo) de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes en el DSM-IV (APA, 1994/1995) y su correspondencia en el DSM-5 (APA, 2013/2014) y en la CIE-10 (WHO, 1992)

DSM-IV	DSM-5	CIE-10
Trastornos de ansiedad	**Trastornos de ansiedad**	**Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos**
— Trastorno de angustia sin agorafobia. — Trastorno de angustia con agorafobia. — Agorafobia sin historia de trastorno de angustia. — Trastorno de ansiedad generalizada.	— Trastorno de angustia. — Trastorno de angustia + agorafobia. — Agorafobia. — Trastorno de ansiedad generalizada.	— Trastorno de pánico. — Agorafobia con trastorno de pánico. — Agorafobia sin trastorno de pánico. — Trastorno de ansiedad generalizada.
	Trastornos relacionados con traumas y estresores	
— Trastorno por estrés postraumático. — Trastorno por estrés	— Trastorno por estrés postraumático. — Trastorno por estrés	— Trastorno de estrés postraumático. — Reacción de estrés agudo.

agudo.	agudo.	
	Trastornos obsesivos-compulsivos y relacionados	
— Trastorno obsesivo-compulsivo.	— Trastorno obsesivo-compulsivo.	— Trastorno obsesivo-compulsivo.
	Trastornos de ansiedad	**Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia**
— Fobia específica. — Fobia social.	— Fobia específica. — Trastorno de ansiedad social.	— Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia. — Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia.
Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia		
— Trastorno de ansiedad por separación. — Mutismo selectivo.	— Trastorno de ansiedad por separación. — Mutismo selectivo.	— Trastorno de ansiedad de separación de la infancia. — Mutismo selectivo.

Finalmente, el DSM-5 ya no incluye el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo entre los trastornos de ansiedad, tal y como hacen el DSM-IV y la CIE-10 (aunque esta última denomina a este grupo de trastornos con otro nombre; véase la tabla 7.1), sino que el primero es incluido dentro un nuevo grupo de trastornos denominado «trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados» y los dos restantes dentro de otro nuevo grupo denominado «trastornos relacionados con los traumas y los factores de estrés». Sin embargo, la reubicación de esos tres trastornos no implica que la ansiedad no sea uno de los síntomas centrales en todos ellos y, de hecho, el DSM-5 asume que hay una estrecha relación entre los trastornos de ansiedad y esos tres trastornos (APA, 2013/2014, pp. 235 y 265).

Otras diferencias de la CIE-10 y del DSM-5 respecto al DSM-IV se comentarán a continuación, al hilo de la exposición de las características principales de cada uno de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.

2.1. Trastorno de angustia (o pánico) y agorafobia

El trastorno de angustia (o pánico) se caracteriza por la presencia de crisis de angustia repetitivas e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación en el niño o adolescente. Las crisis de angustia (o pánico) son episodios de aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañados de sensación de peligro o muerte

inminente, de miedo a volverse loco o perder el control y de síntomas somáticos, entre los cuales los más frecuentes en niños y adolescentes son palpitaciones, temblores o sacudidas, mareo, sudoración, escalofrío o sofocos y sensación de ahogo o falta de aliento (Beidel y Alfano, 2011). Todos estos síntomas se inician bruscamente y, habitualmente, alcanzan su máxima expresión en los primeros 5-10 minutos y disminuyen 15-30 minutos más tarde. Para poder identificar una crisis de angustia, los tres sistemas de clasificación diagnóstica (DSM-IV, CIE-10 y DSM-5) coinciden en señalar que el episodio de miedo o malestar intenso debe estar acompañado de al menos cuatro síntomas de los mencionados anteriormente, en cualquier combinación (aunque la CIE-10 enfatiza la importancia de las palpitaciones, la sudoración, los temblores y sacudidas y la sensación de boca seca, de manera que al menos uno de estos síntomas tiene que formar parte de ese conjunto mínimo de cuatro).

Algunos especialistas consideran que los niños pueden experimentar los síntomas fisiológicos de las crisis de angustia, pero no poseen la madurez cognitiva necesaria para experimentar sus síntomas cognitivos, especialmente las interpretaciones catastróficas como por ejemplo los pensamientos de que se están muriendo o volviéndose locos, ya que estos pensamientos requerirían la habilidad cognitiva de pensar en los acontecimientos futuros (Nelles y Barlow, 1988). No obstante, aunque es cierto que los síntomas somáticos de pánico son más frecuentes que los cognitivos en menores de todas las edades y que los síntomas cognitivos son más frecuentes en los adolescentes que en los niños, es importante señalar que no es necesaria la presencia de síntomas cognitivos para cumplir los criterios diagnósticos de las crisis de angustia y que estas pueden aparecer en otros trastornos de ansiedad, no solo en el trastorno de angustia. De hecho, se ha estimado que la prevalencia de las crisis de angustia es de 5,3 % en los niños de 11-13 años, aumenta con la edad hasta llegar al 8,7-11,6 % entre adolescentes de 14-18 años y es mucho menor en niños más pequeños (Beidel y Alfano, 2011). Sin embargo, la mayoría de esas crisis de angustia no parecen ser espontáneas, sino que ocurren en el contexto de otros trastornos de ansiedad o de la anticipación o presencia de objetos o situaciones temidas, por lo que la prevalencia del trastorno de angustia es mucho menor en adolescentes (0,5-2,3 %; véase la tabla 1.1 en el capítulo 1) y sólo ocurre ocasionalmente en niños más pequeños (0,4-0,5 %; véase la tabla 1.1 en el capítulo 1).

La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamientos de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde resulta imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezcan en ese momento síntomas similares a la angustia. Típicas situaciones de agorafobia en los niños y adolescentes son los restaurantes, las multitudes, las habitaciones pequeñas, los cines y auditorios, y los supermercados y centros comerciales (Kearney y cols., 1997). En el DSM-IV es suficiente con que el niño o adolescente presente ansiedad y evitación intensas ante una de esas situaciones para realizar el diagnóstico de agorafobia, mientras que tanto en la CIE-10 como en el DSM-5 el menor debe experimentar ansiedad y

evitación intensas ante dos o más situaciones agorafóbicas para poder hacer el diagnóstico de agorafobia. Por otro lado, el DSM-5, para ser consistente con los nuevos criterios establecidos para la fobia específica y la fobia social que se verán más adelante, también requiere para realizar el diagnóstico de agorafobia que los síntomas deben haber durado un mínimo de 6 meses y que el clínico debe juzgar, tras tener en cuenta factores contextuales socioculturales, que el miedo y la evitación son desproporcionados para el peligro o la amenaza real de la situación.

Como se comentó antes, la combinación de trastorno de angustia y agorafobia se resuelve de manera distinta en el DSM-IV, la CIE-10 y el DSM-5, pero en los tres casos la presencia simultánea de trastorno de angustia y agorafobia bien como dos trastornos distintos (DSM-5) o bien como un solo trastorno diferente (denominado trastorno de angustia con agorafobia en el DSM-IV o angustia con trastorno de pánico en la CIE-10) implica una mayor gravedad y suele ser más habitual entre los niños y adolescentes que acuden en busca de ayuda profesional a centros de atención especializada.

2.2. Fobia específica

La fobia específica se caracteriza por un miedo intenso y persistente que es excesivo o desproporcionado y que se da como respuesta a la presencia o anticipación de una situación u objeto específicos, que no es de naturaleza social, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. En el DSM-IV y en el DSM-5 se clasifican las fobias específicas en cinco tipos:

a) *Fobia animal.* Incluye el miedo a todo tipo de animales, desde los que son temidos por la posibilidad de que ataquen (por ejemplo, perros, gatos, avispas, abejas, etc.), hasta los que son temidos por el contagio (por ejemplo, ratas), los que provocan una mezcla de miedo y asco o repugnancia (por ejemplo, cucarachas) o lo que son temidos por varias de esas razones (por ejemplo, arañas, serpientes, pájaros).

b) *Fobia ambiental.* Engloba los miedos a los fenómenos naturales como, por ejemplo, las alturas, las tormentas, el viento, el agua o la oscuridad, esta última una de las más frecuentes en la infancia.

c) *Fobia a la sangre-inyecciones-daño.* Incluye el miedo inducido por la visión de la sangre o de heridas, el miedo a las inyecciones, transfusiones, vacunas y otros procedimientos que implican el uso de agujas y, en general, los miedos a los procedimientos médicos invasivos (por ejemplo, algunos procedimientos típicos de odontología u oncología, intervenciones quirúrgicas) o a cualquier situación que puede provocar daño.

d) *Fobia situacional.* Engloba los miedos a lugares cerrados y a otras situaciones similares o específicas como, por ejemplo, ascensores, túneles, puentes, volar en avión, viajar en transporte público o viajar en coche.

e) *Otras fobias.* Incluye todas las fobias que no se pueden clasificar en los otros tipos; es, por tanto, una categoría residual en la que se incluye, por ejemplo, el miedo a atragantarse (por ejemplo, tomando una pastilla grande o un tipo de alimento determinado como las aceitunas) o los miedos infantiles a los ruidos fuertes (por ejemplo, a los fuegos artificiales) y a las personas disfrazadas (por ejemplo, a los payasos).

Aunque hay algunas características que distinguen unos tipos de fobias de otras (por ejemplo, las fobias animales suelen iniciarse en la infancia y más tempranamente que los otros tipos de fobias, mientras que las fobias situacionales suelen ser muy parecidas a la agorafobia), no está clara ni la utilidad ni la validez, en general, de esta clasificación, ya que, además, no siempre es fácil clasificar una fobia en un tipo u otro (por ejemplo, no está claro si el miedo a cruzar un paso elevado sobre una autopista es una fobia situacional o una fobia ambiental a las alturas) y, posiblemente, es mucho más revelador informar o saber simplemente a qué tiene fobia en concreto el niño o adolescente. Sin embargo, sí parece útil la distinción de la fobia a la sangre-inyecciones-daño frente a los otros tipos, ya que, en la primera, en presencia o en contacto con el estímulo fóbico, además de las respuestas de miedo y evitación, suele aparecer una respuesta vasovagal que implica una disminución refleja de la actividad simpática y un aumento de la actividad parasimpática, la cual conlleva una disminución de la tasa cardíaca y de la presión arterial y, finalmente, una caída del flujo sanguíneo cerebral que puede conducir al desmayo. Esta fase vasodepresora suele estar acompañada de sensaciones progresivas de embotamiento mental, desvanecimiento, malestar abdominal, etc., y de sudoración y palidez, y, suele progresar muy rápidamente, incluso bruscamente, después de una fase inicial breve de aprensión, ansiedad, aumento de la tasa cardíaca, debilidad, sensación de calor y mareo. La existencia de esta respuesta vasovagal tiene implicaciones para el tratamiento, como se verá en el capítulo 9.

En una muestra de niños con fobia específica, Strauss y Last (1993) encontraron que las fobias más habituales eran, por este orden, la fobia a la oscuridad (29 %), la fobia escolar (24 %), la fobia a los perros (16 %), la fobia a otros animales (8 %), la fobia a las alturas (8 %), la fobia a los insectos (8 %) y la fobia a los ascensores (5 %).

En la fobia específica, la exposición a las situaciones temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad que en los adolescentes puede tomar la forma de una crisis de angustia, mientras que en los niños puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o necesidad de abrazos. Por otro lado, para hacer el diagnóstico de fobia específica en menores de 18 años los síntomas deben haber durado un mínimo de 6 meses[2], criterio que reconoce el hecho de que en esta población muchos miedos son transitorios (por ejemplo, el miedo temporal que sufren muchos niños y adolescentes cuando llegan a un nuevo colegio o a un nuevo vecindario) y además permite descartar que dichos síntomas correspondan al desarrollo evolutivo normal de

los miedos en los niños y adolescentes. Como puede verse en la tabla 7.2, hasta los 18 años la mayoría de los niños y adolescentes experimentan miedo ante situaciones muy variadas, pero estos miedos forman parte del desarrollo, suelen ser de intensidad leve o moderada, tienen un carácter transitorio, son típicos de ciertas edades, y se superan espontáneamente en el curso evolutivo (Morris y Kratochwill, 1983). En este sentido, para distinguir en los niños y adolescentes una fobia específica de un miedo evolutivo es importante considerar tres criterios: malestar intenso, grado de interferencia alto y duración excesiva.

TABLA 7.2
Evolución de los miedos con la edad

Edad	Miedos
0-6 meses	Pérdida brusca de la base de sustentación (soporte), ruidos fuertes.
7-12 meses	Personas extrañas, objetos que surgen súbita e inesperadamente.
1 año	Separación de los padres, retrete, heridas, personas extrañas.
2 años	Ruidos fuertes, animales, oscuridad, separación de los padres.
3-5 años	— Disminuyen los miedos a: pérdida de soporte, extraños. — Se mantienen los miedos a: ruidos fuertes, separación, animales, oscuridad. — Aumentan los miedos a: daño físico, personas disfrazadas.
6-8 años	— Disminuyen los miedos a: ruidos fuertes, personas disfrazadas. — Se mantienen los miedos a: separación, animales, oscuridad, daño físico. — Aumentan los miedos a: seres imaginarios (brujas, fantasmas), tormentas, soledad, escuela.
9-12 años	— Disminuyen los miedos a: separación, oscuridad, seres imaginarios, soledad. — Se mantienen los miedos a: animales, daño físico, tormentas. — Aumentan los miedos a: escuela (exámenes, suspensos), aspecto físico, relaciones sociales, muerte.
13-18 años	— Disminuyen los miedos a: tormentas. — Se mantienen los miedos a: animales, daño físico. — Aumentan los miedos a: escuela, aspecto físico, relaciones sociales, muerte.

FUENTE: Bragado (1994) y Méndez (1999), citados por Bados López (2005a).

Otros dos elementos que deben considerarse para realizar un diagnóstico de fobia específica (o de fobia social) son que:

a) Los niños, por deseabilidad social, tienden a informar de menos miedo que las

niñas y, por tanto, al entrevistar a los niños es recomendable quitar importancia al hecho de si tener miedo hace a uno más o menos valiente, y reconocer que todos (adultos y niños) tienen miedo a algo.

b) Si el niño informa que tiene miedo a algo a lo que nunca ha estado expuesto, y no muestra comportamientos de evitación, no se podría hablar de fobia.

El DSM-IV requiere para el diagnóstico de una fobia específica que los adolescentes reconozcan que el temor es excesivo o irracional, aunque matiza que en los niños podría faltar ese reconocimiento. Acertadamente, el DSM-5 ha eliminado ese criterio diagnóstico de todas las fobias (específica, social y agorafobia), y ya no es necesario que la persona reconozca que el miedo es excesivo o poco razonable en ninguna edad, pero, sin embargo, sí que es necesario para hacer el diagnóstico de fobia específica que el clínico considere, tras tener en cuenta factores contextuales socioculturales, que el miedo es desproporcionado para el peligro o la amenaza real de la situación. Por otro lado, la CIE-10 considera que para hacer un diagnóstico de fobia especifica la respuesta de ansiedad que provocan las situaciones temidas deben incluir al menos dos síntomas similares a los que definen la crisis de angustia, y al menos uno de ellos debe ser uno de los que prioriza en la definición de crisis de angustia: palpitaciones, sudoración, temblores y sacudidas o la sensación de boca seca.

2.3. Fobia social

La fobia social (o trastorno de ansiedad social) se refiere a la presencia de temor acusado y persistente como respuesta a una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el niño o adolescente se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. Ese temor o ansiedad clínicamente significativa suele dar lugar a comportamientos de evitación. Según un estudio de Rao y cols. (2007), las situaciones más temidas entre los niños y adolescentes con fobia social son leer en voz alta delante de la clase, hablar con gente desconocida, hablar a adultos, iniciar o unirse a una conversación y realizar un actividad musical o atlética delante de los demás, y, curiosamente, respecto a ciertas situaciones sociales (por ejemplo, preguntar al profesor, hablar por teléfono con desconocidos, asistir a fiestas o bailes, tener una cita, comer en público, asistir a la clase de gimnasia), hay más adolescentes que las temen que niños más pequeños (aunque, obviamente, tener una cita es una actividad típicamente adolescente, pero no infantil).

Las mismas matizaciones que se han comentado respecto a la fobia específica en niños y adolescentes deben también tenerse en cuenta en relación con los criterios diagnósticos de la fobia social. Para realizar un diagnóstico de fobia social la duración de los síntomas debe ser de 6 meses como mínimo y, teniendo en cuenta el contexto sociocultural del niño o adolescente, la evitación y el miedo deben ser

desproporcionados para el peligro o la amenaza real de la situación. Por otro lado, en la fobia social infantil y adolescente, la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar. Además, para realizar un diagnóstico de fobia social en niños es necesario constatar que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en interrelaciones con adultos, y asegurarse de que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre y que, por tanto, sus síntomas no responden a otro trastorno como, por ejemplo, a un trastorno generalizado del desarrollo como el trastorno autista o el trastorno de Asperger, los cuales se caracterizan por alteraciones en la interacción social y en los que suele haber comportamientos de evitación social.

Por supuesto, hay diferencias individuales entre los niños y entre los adolescentes en la tendencia a mostrar en las situaciones sociales emociones, pensamientos y conductas de ansiedad, vergüenza, retraimiento, etc., diferencias que genéricamente se denominan timidez y se consideran un rasgo de personalidad. Pero la timidez se distingue de la fobia social porque esta última produce una interferencia acusada con la rutina normal del niño o adolescente, con sus relaciones sociales o académicas; la timidez hace sentirse mal al niño o adolescente, pero no le provoca una interferencia funcional tan acusada.

El DSM-IV distingue dentro de las fobias sociales un tipo que denomina fobia social generalizada y que hace referencia a la presencia de miedo y evitación en la mayoría de las situaciones sociales; sin embargo, no concreta qué es lo que hay que entender por «mayoría». En las investigaciones este criterio se ha traducido habitualmente como cuatro o más situaciones sociales, y, en general, dichas investigaciones han dado lugar a resultados contradictorios sobre la validez de este tipo de fobia social, especialmente en el ámbito infantil. Por un lado, existen datos que indican que los adolescentes con fobia social generalizada, frente a los que tienen fobia social no generalizada (o específica), muestran una sintomatología más grave, una edad más temprana de inicio de la fobia o una mayor comorbilidad con otros trastornos psicológicos (depresión, fobia específica, trastorno por estrés postraumático) (Wittchen y cols., 1999; citado por Beidel y Alfano, 2011). Por otro lado, otros estudios no han conseguido replicar esas diferencias y, además, han encontrado que el tipo generalizado podría ser el de la inmensa mayoría de los niños y adolescentes con fobia social (Beidel y Alfano, 2011). Por ejemplo, Rao y cols. (2007) encontraron que entre los niños y adolescentes con fobia social el 89 % y el 92 %, respectivamente, podían asignarse al tipo generalizado.

Por esos motivos, no es extraño que el DSM-5 haya prescindido del tipo generalizado y haya incluido, en cambio, el tipo fobia social solo de rendimiento (o trastorno de ansiedad social solo de rendimiento), y que se refiere a la presencia de miedo y evitación únicamente en las situaciones de rendimiento como, por ejemplo, hablar delante de una audiencia, dar la lección delante de la clase, tocar un instrumento musical o actuar delante de una audiencia, ya que, además, este tipo parece tener características

diferenciales respecto a las otras formas de fobia social en relación con su etiología, edad de inicio, reacciones fisiológicas y respuesta al tratamiento (Bögels y cols., 2010).

2.4. Trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por la presencia de obsesiones (ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el niño o adolescente considera intrusas e inapropiadas y que causan ansiedad o malestar significativos) y/o compulsiones (comportamientos o actos mentales de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionan placer o gratificación). En niños y adolescentes, las obsesiones más frecuentes son el miedo a la contaminación (por ejemplo, suciedad, gérmenes) y a las enfermedades, y también la preocupación por hacerse daño o por hacerlo a los demás (habitualmente, un familiar cercano), las preocupaciones por la simetría, la exactitud y el orden, las preocupaciones respecto a la conducta religiosa o moral (por ejemplo, estar preocupado por cometer un pecado), los números que traen buena y mala suerte, y las preocupaciones respecto a los pensamientos prohibidos sexuales o agresivos, mientras que las compulsiones más frecuentes son comprobar, lavarse las manos y limpiar, y también repetir acciones, ordenar, tocar, contar, rezar y acumular-coleccionar (Beidel y Alfano, 2011; Keeley y Storch, 2008).

En un estudio realizado en España sobre una extensa muestra de niños, Ruiz, Gavino y Godoy (2008) encontraron que las obsesiones más frecuentes eran las relacionadas con el miedo a contaminarse, el miedo a hacerse daño a sí mismo o a los demás (usualmente, un familiar cercano), las obsesiones agresivas y las de simetría y orden. Las compulsiones más frecuentes, por su parte, eran las de limpieza o lavado excesivo o ritualizado, la comprobación, los rituales de repetición, y el contar, ordenar o arreglar.

Según el DSM-IV, para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo en adultos es necesario que en algún momento del curso del trastorno la persona haya reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales, pero en los niños no es necesario que haya tal reconocimiento; de hecho, las compulsiones en los niños no suelen ser egodistónicas, por lo que los menores no suelen quejarse de ellas ni solicitar ayuda. En el DSM-5 este criterio ha sido retirado para todas las edades, al igual que se ha hecho en relación con las fobias; sin embargo, el DSM-5 otorga importancia al hecho de saber si el paciente reconoce o no que sus obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales, dado que es un indicador de gravedad/cronicidad del trastorno y de respuesta terapéutica, y, de hecho, distingue entre los pacientes que lo reconocen (*insight* bueno o adecuado), los que no lo reconocen pero tienen algunas dudas (*insight* pobre) y los que no solo no lo reconocen, sino que están totalmente convencidos de que, por ejemplo, si no se lavan las manos tres veces cada hora morirán de una infección (*insight* ausente/creencia delirante).

2.5. Trastorno por estrés postraumático y trastorno por estrés agudo

Dejando al margen los trastornos de ansiedad debidos a enfermedad médica o inducido por sustancias, los trastornos por estrés postraumático (TEPT) y por estrés agudo son los dos únicos trastornos de ansiedad que se definen por la causa que los provoca: la exposición a uno o más acontecimientos traumáticos. Por tanto, en estos trastornos hay una causa necesaria, aunque no suficiente. Dicho de otra manera, después de que un niño o adolescente haya sufrido uno o varios acontecimientos traumáticos, la mayoría de ellos no desarrollarán trastornos mentales debido a los mismos y conseguirán recuperarse sin problemas psicológicos significativos, pero un porcentaje importante (aproximadamente 15-30 %) presentarán conductas anormales persistentes que se pueden entender como trastornos mentales, entre las cuales, las más frecuentes son las que se agrupan bajo el término de trastorno por estrés postraumático (TEPT) y trastorno por estrés agudo (Alisic y cols., 2014).

Antes de exponer cuáles son esas conductas anormales que forman el TEPT o el trastorno por estrés agudo, habría que definir qué se entiende por acontecimiento traumático. Para la CIE-10 (1992), los eventos relacionados con el TEPT y el trastorno por estrés agudo son acontecimientos o situaciones estresantes, breves o duraderas, que tienen una naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, ser testigo de la muerte violenta de alguien, o ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Aunque esta precisión acota en cierta medida el tipo de situaciones o acontecimientos que pueden ser traumáticos, deja todavía mucho margen para que distintos clínicos juzguen de manera muy distinta qué acontecimientos son aquellos que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo. El DSM-IV (1994/1995) precisó más los criterios para hacer este juicio clínico al requerir que los acontecimientos traumáticos estuvieran caracterizados por muertes o por amenazas para la integridad física de la persona afectada o de otras personas. Esta última definición del DSM-IV, aunque muy útil, dejaba fuera de la definición a los actos de abuso sexual infantil en los cuales el abusador no utiliza necesariamente la amenaza de violencia física para conseguir abusar de los niños. Para corregir este problema, el DSM-5 (2014/2015) ha ampliado el tipo de acontecimientos potencialmente traumáticos a las situaciones reales o amenazas de violencia sexual.

Tomando como punto de partida el concepto de acontecimiento o situación traumática del DSM-5, el rango de posibles situaciones traumáticas es amplísimo. La menor experiencia vital de los niños y adolescentes hace que el número y tipo de acontecimientos traumáticos que pueden haber experimentado o presenciado sea menor que en los adultos; sin embargo, hay muchos niños y adolescentes que lamentablemente tienen una alta probabilidad de haber sufrido o presenciado uno o varios acontecimientos

traumáticos o de hacerlo en un futuro no muy lejano, bien por las características físicas de los lugares donde residen (por ejemplo, hay zonas del mundo con una mayor incidencia de desastres naturales como terremotos, tornados, inundaciones, etc.), por las condiciones sociales en las que viven (por ejemplo, la tasa de crímenes violentos es mucho más alta en ciertas zonas marginales de las ciudades) o por las circunstancias históricas que les rodean (por ejemplo, las guerras o el terrorismo aún afectan desgraciadamente a muchos países del mundo). Sin embargo, apenas se conocen los efectos que toda esa amplia gama de acontecimientos pueden tener en niños y adolescentes, ya que, hasta ahora, la investigación se ha centrado solo en algunos de ellos, en especial en los acontecimientos traumáticos que pueden sufrir los niños y adolescentes de los países desarrollados. En este sentido, un reciente metaanálisis encontró que los acontecimientos traumáticos más estudiados en cuanto a la prevalencia del TEPT en los niños y adolescentes afectados han sido: accidentes de vehículos a motor, muerte natural e inesperada de los padres, enfermedades mortales, experiencias de guerra, violencia doméstica y maltrato infantil (Alisic y cols., 2014).

Ese mismo metaanálisis estimó que casi el 16 % de los niños y adolescentes expuestos a un acontecimiento traumático desarrollan un TEPT, siendo mucho mayor la prevalencia de TEPT en el caso de acontecimientos traumáticos de índole interpersonal (por ejemplo, violencia doméstica, maltrato infantil, guerra, terrorismo) que en los de naturaleza no interpersonal (por ejemplo, desastres naturales, accidente de tráfico, enfermedad mortal, muerte natural e inesperada de un ser querido), 25,2 % frente a 9,7 %, respectivamente (Alisic y cols., 2014). Esta última diferencia es consistente con lo encontrado en los adultos y se explica por el hecho de que los acontecimientos traumáticos interpersonales son con mayor frecuencia crónicos (por ejemplo, violencia doméstica), socavan el apoyo social (por ejemplo, cuando el autor de los abusos sexuales es un miembro de la familia), conducen a más sentimientos y pensamientos de culpa y representan en mayor medida una traición y resquebrajamiento de la confianza y las creencias en la seguridad del mundo y en la bondad de las personas que nos rodean.

Aunque después de un acontecimiento traumático los niños y adolescentes pueden presentar otros tipos de trastornos mentales (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno de angustia, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, fobias específicas), el trastorno más frecuente es el TEPT y el trastorno de estrés agudo. El TEPT se caracteriza por el desarrollo de cuatro grupos característicos de síntomas después de que el niño o el adolescente haya estado expuesto o haya presenciado uno o más acontecimientos traumáticos, y por el hecho de que tales síntomas se prolongan en el tiempo (por ejemplo, más de un mes) y causan gran malestar o un deterioro social, escolar, familiar o de otras áreas importantes de la actividad del niño o adolescente. Siguiendo al DSM-IV, estos cuatros tipos de síntomas son:

a) Reexperimentación del acontecimiento en forma de recuerdos recurrentes e

intrusos, pesadillas repetitivas sobre el evento, malestar psicológico o respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan el acontecimiento, etc.

b) Síntomas persistentes de activación *(arousal)* como, por ejemplo, dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, etc.

c) Embotamiento de la reactividad general del niño o adolescente en forma de un sensación de desapego o enajenación de los demás, incapacidad para tener sentimientos positivos, sensación de futuro desolador, disminución del interés o la participación en actividades que antes resultaban gratificantes, etc.

d) Comportamientos persistentes de evitación de los estímulos relacionados con dicho acontecimiento traumático como, por ejemplo, amnesia selectiva de aspectos importantes del trauma o esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares o personas relacionadas con el suceso traumático.

En los niños más pequeños estos síntomas pueden variar ligeramente. Así, por ejemplo, los recuerdos pueden expresarse mediante la escenificación del acontecimiento traumático o mediante juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma (por ejemplo, el niño recrea el accidente de tráfico que sufrió haciendo chocar coches de juguete), las pesadillas no necesariamente versan sobre el acontecimiento traumático, sino que el niño puede tener sueños terroríficos de contenido irreconocible (por ejemplo, monstruos), la sensación de futuro desolador puede traducirse en creencias de que su vida no durará hasta llegar a adulto o en creencias de que posee una capacidad especial para pronosticar desgracias futuras («elaboración de profecías»), y pueden aparecer otros síntomas físicos como, por ejemplo, dolores de estómago y de cabeza, distintos a los típicos relacionados con el aumento de la activación.

El DSM-IV considera que para hablar de un TEPT en niños y adolescentes estos deberían, además, haber reaccionado con temor, desesperanza u horror intensos ante la presencia o experimentación del acontecimiento traumático, si bien en los niños las respuestas de temor u horror intensos podrían expresarse en comportamientos desestructurados o agitados. Sin embargo, las respuestas tanto de los adultos como de los niños y adolescentes en el momento de experimentar o presenciar un acontecimiento traumático son mucho más variables y heterogéneas de lo que se pensaba (Friedman, Resick, Bryant y Brewin, 2011), ya que, a veces, en lugar de miedo u horror, predominan emociones de tristeza o ira y otras veces predominan síntomas disociativos (aturdimiento, despersonalización, desrealización), de manera que el DSM-5 ha eliminado ese criterio diagnóstico.

Siguiendo esa misma argumentación referida a la heterogeneidad de las respuestas de los seres humanos a los acontecimientos traumáticos, el DSM-5 ha incluido cuatro

grupos nuevos de síntomas clave que forman parte del TEPT: estados de ánimo negativos (ansiedad o miedo, obviamente, pero también ira, culpa o vergüenza); conductas autodestructivas o temerarias; pensamientos negativos sobre uno mismo, el mundo o el futuro, y pensamientos distorsionados que o bien culpabilizan a uno mismo del acontecimiento traumático y sus consecuencias o bien culpabilizan a otras personas (APA, 2013/2014). En los niños pequeños esos dos últimos grupos de síntomas referidos a pensamientos negativos no suelen aparecer y, por tanto, no se consideran como criterios sintomáticos del TEPT en los niños menores de 7 años.

El trastorno por estrés agudo se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático, pero que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento traumático, de forma que si dichos síntomas se prolongan más de un mes tras el acontecimiento traumático debería cambiarse el diagnóstico y considerarse la presencia de un trastorno por estrés postraumático.

Finalmente, es importante subrayar otra novedad del DSM-5 relativa a los umbrales diagnósticos, es decir, al número de síntomas que deben aparecer de cada tipo o grupo de síntomas para poder hacer un diagnóstico de TEPT. En el DSM-IV este umbral es igual para adultos que para niños y adolescentes. Sin embargo, en el DSM-5 el umbral se ha reducido para los niños de 6 años o menores.

2.6. Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. Los temas de preocupación más frecuentes en niños y adolescentes son su competencia o la calidad de su actuación en el ámbito escolar o deportivo (incluso cuando no son evaluados), el perfeccionismo, la puntualidad, acontecimientos catastróficos (por ejemplo, terremotos, la guerra), la familia (por ejemplo, divorcio, la situación financiera) o la salud (por ejemplo, la muerte, coger una enfermedad) (Suveg, Jacob y Thomassin, 2009).

Los niños con trastorno de ansiedad generalizada pueden mostrar una necesidad constante y excesiva de aprobación y de ser tranquilizados respecto a sus preocupaciones o su actuación, necesidad que viene impulsada por su estado persistente de desconfianza en sí mismo (Suveg y cols., 2009). La ansiedad y preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada están asociadas a síntomas somáticos, entre los cuales los más frecuentes en niños son inquietud, dolores de estómago, escalofríos, sofocos y las alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño) (Suveg y cols., 2009). Al contrario de lo que ocurre en los adultos con trastorno de ansiedad generalizada, los niños que sufren este trastorno a menudo no se dan cuenta de que su ansiedad y sus preocupaciones son incontrolables, excesivas y poco realistas para la situación, por lo que el informe de los padres al respecto parece especialmente

importante, aunque para evaluar el contenido de las preocupaciones, las situaciones que las anteceden y las consecuencias que producen el mejor informador es el niño, ya que, obviamente, la preocupación, por definición, es un elemento cognitivo interno.

Para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada en niños y adolescentes, además de los criterios diagnósticos correspondientes del DSM-IV (APA, 1994/1995, 2000/2002), es útil tener en cuenta las siguientes cuestiones:

— Algunos niños y padres interpretan la «preocupación» como algo positivo, ya que cierta preocupación, en el sentido de mostrar interés, ocuparse anticipadamente de las cosas y poner cuidado y atención en lo que se hace, es una característica de la responsabilidad, de los niños que son responsables en sus estudios, a la hora de hacer las tareas de la casa, etc. Sin embargo, para distinguir esta «preocupación» normal de la preocupación patológica debemos preguntar a los niños y a los padres cuál es la frecuencia y grado de molestia de las preocupaciones, de las responsabilidades (por ejemplo, «¿te hacen sufrir estas preocupaciones?», «¿te agobia mucho cumplir o no cumplir tus responsabilidades?»).
— Las preocupaciones del trastorno de ansiedad generalizada se diferencian de las obsesiones porque estas últimas versan sobre temas sin sentido (por ejemplo, contar en un determinado orden, necesidad de comprobar repetitivamente que los juguetes estén bien alienados en la repisa, etc.), y se diferencian de las rumiaciones cognitivas no ansiosas porque estas últimas no producen malestar.
— En general, se considera significativo desde el punto de vista clínico que el niño o adolescente tenga tres veces por semana o más episodios de preocupación que le hagan sufrir y que tales episodios duren cada vez una hora o más.
— Para evaluar las preocupaciones y, por tanto, el trastorno de ansiedad generalizada, el mejor informador es el niño o adolescente, ya que, la preocupación, tal y como se ha comentado, es un elemento cognitivo interno.

2.7. Trastorno de ansiedad por separación

El trastorno de ansiedad por separación se caracteriza por la aparición de ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del menor cuando ocurre o se anticipa el alejamiento del hogar o de aquellas personas, normalmente los padres, con quienes el niño o adolescente está vinculado (figuras de apego). Los menores con este trastorno están extremadamente preocupados de que, cuando se separen de las figuras de apego, estas personas morirán o sufrirán algún daño o lo sufrirán ellos mismos (por ejemplo, por accidente, enfermedades o asesinato), y una vez separados suelen necesitar saber el paradero de estas figuras de apego y estar en contacto con ellas (por ejemplo, mediante llamadas telefónicas). Los niños y adolescentes con este trastorno también suelen expresar miedo a perderse y a no reunirse nunca más con sus padres, y, por miedo a la

separación, se resisten o se niegan a ir al colegio o a cualquier otro sitio, a estar en casa solos, a ir a dormir sin tener una figura de apego cerca o a ir a dormir fuera de casa. Además, los niños y adolescentes con este trastorno pueden tener pesadillas repetidas con la temática de separación y, cuando ocurre o se anticipa la separación, pueden presentar síntomas físicos, especialmente cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos. Aunque la edad en la que suelen aparecer más casos de trastorno de ansiedad por separación es entre los 7 y los 9 años, este trastorno también se puede desarrollar durante la adolescencia; no obstante, es mucho más frecuente entre los niños que entre los adolescentes y, además, la edad es un factor importante en la expresión sintomática del trastorno (Beidel y Alfano, 2011). Por ejemplo, las pesadillas sobre la separación son más frecuentes entre los niños de 5-8 años que entre los niños de 9-12 años o entre los adolescentes, mientras que estos últimos se quejan de más síntomas somáticos que los niños más pequeños o más mayores (Beidel y Alfano, 2011).

3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Se han propuesto muchos modelos e hipótesis explicativas sobre el origen y desarrollo de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, aunque el número de tales modelos e hipótesis y su grado de elaboración y validez dependen mucho del trastorno de ansiedad en particular. Así, por ejemplo, la investigación etiológica sobre las fobias ha sido especialmente abundante, mientras que apenas se han realizado estudios sobre la etiología del trastorno de ansiedad generalizada o del trastorno de angustia en niños (Beidel y Alfano, 2011). En cualquier caso, sea cual sea el trastorno de ansiedad en cuestión, su origen y desarrollo exactos en niños y adolescentes son todavía desconocidos. Sin embargo, se ha avanzado mucho en la identificación de los factores genéticos, neurobiológicos, psicológicos y ambientales implicados, factores que no operan de forma aislada, sino en interacción y a través de múltiples vías etiológicas, y, además, para algunos trastornos (por ejemplo, fobia específica, fobia social), existen modelos y teorías, no necesariamente incompatibles entre sí, que cuentan con un importante aval empírico para explicar, al menos, algunos casos del trastorno o algunas características de ellos (por ejemplo, los modelos de aprendizaje —por condicionamiento clásico, aprendizaje vicario o transmisión de información— en la adquisición de las fobias o la teoría de los dos factores de Mowrer para explicar el mantenimiento o exacerbación de las conductas de evitación y escape).

Un primer factor que explica el origen de los trastornos de ansiedad, especialmente de la fobia específica, la fobia social, la agorafobia y los trastornos por estrés postraumático o estrés agudo, es la **experiencia de acontecimientos traumáticos o estresantes** [lo que algunos autores como Barlow (2000) denominan alarma verdadera], que por medio de un *proceso de condicionamiento clásico* provocan el aprendizaje de respuestas de ansiedad (por ejemplo, un niño que se queda encerrado solo en el ascensor y desarrolla

una fobia a viajar en ascensor y a los espacios pequeños, lo que según Barlow sería una alarma aprendida). Además, este proceso de aprendizaje por condicionamiento clásico sería mucho más fácil en algunos casos porque, según la *teoría de la preparación* de Seligman (1971), hay algunos estímulos (por ejemplo, serpientes, arañas, insectos, alturas, oscuridad) que son más fáciles de asociar de forma innata en el hombre, debido a que en un momento u otro de la evolución pusieron en peligro la supervivencia de la especie y, por tanto, los procesos de selección natural favorecieron el desarrollo de esa mayor facilidad para asociarse con reacciones de temor.

De forma relacionada, un tipo particular de condicionamiento clásico, el *condicionamiento interoceptivo,* podría explicar las crisis de angustia inesperadas que sufren los niños y adolescentes con trastorno de angustia y en las que se producen respuestas de miedo sin que aparentemente haya ningún estímulo del cual sentirse atemorizado. En este caso, las sensaciones corporales que preceden a una crisis de angustia inicial producida por un acontecimiento estresante (por ejemplo, tras una discusión muy fuerte) quedan asociadas a las propias respuestas de miedo que se han experimentado durante la crisis (las respuestas de miedo actúan como EI y RI), de manera que, posteriormente, si el niño o adolescente vuelve a tener, por cualquier motivo, esas sensaciones corporales (EC) le provocarán miedo e incluso una nueva crisis de angustia (RC).

Por otro lado, en la aparición de esas crisis de angustia inicial también podrían desempeñar un papel importante los procesos fisiológicos relacionados con la hiperventilación. La *hiperventilación* es un fenómeno respiratorio que consiste en una respiración más rápida y poco profunda de lo normal, que desencadena una liberación incrementada de anhídrido carbónico, lo cual puede producir una caída del nivel de dióxido de carbono en sangre y esto a su vez una alcalosis respiratoria (aumento del pH en los líquidos corporales) que produce síntomas parecidos a los de una crisis de angustia: sensación de falta de aire, mareos, palpitaciones, entumecimiento u hormigueos en las manos o en los pies, desmayo, etc. Cualquier situación que pudiera elevar anormalmente la tasa respiratoria (por ejemplo, hacer deporte de forma intensa, fiebre alta, algunos medicamentos) podría conducir a la hiperventilación y provocar el primer «ataque de pánico». Posteriormente, la ansiedad condicionada sería suficiente para elevar la tasa respiratoria y provocar la hiperventilación, la cual reforzaría la espiral de reacciones fisiológicas y cognitivas que desembocarían en una nueva crisis de angustia.

Otro mecanismo de aprendizaje de las respuestas de ansiedad se puede producir a través de la observación de otra persona que experimenta el acontecimiento traumático o estresante y responde con ansiedad *(aprendizaje vicario),* especialmente si esa persona es cercana a la vida del niño y puede actuar como modelo (por ejemplo, un niño se queda encerrado con su madre en el ascensor y la observa reaccionar con temor y ansiedad).

Un tercer mecanismo de aprendizaje es la *transmisión de información negativa* sobre

los estímulos temidos a través de comentarios, historias, cuentos, etc., que relatan personas significativas para el niño (por ejemplo, el niño escucha a su madre contar la experiencia negativa de un vecino que se quedó encerrado en el ascensor y lo pasó muy mal).

Una vez instauradas las respuestas de ansiedad, los *procesos de condicionamiento operante* podrían explicar el mantenimiento (o incluso la exacerbación) de las conductas de evitación, especialmente en la fobia específica, la fobia social, la agorafobia y en el trastorno obsesivo-compulsivo (Echeburúa y de Corral, 2009). Por un lado, y en línea con la teoría de los dos factores de Mowrer, la evitación o desaparición (escape) del estímulo temido reduce la ansiedad y, por tanto, por un proceso de reforzamiento negativo, el comportamiento de evitación o escape queda reforzado (por ejemplo, la conducta compulsiva de un adolescente de lavarse repetidamente las manos queda reforzada al eliminar el pensamiento de haberse contaminado de gérmenes y la ansiedad que le provocaba). Además, las conductas de evitación o escape pueden ser recompensadas directamente por otras personas y, por tanto, mediante un *proceso de reforzamiento positivo*, contribuir a su mantenimiento (por ejemplo, la conducta de una niña de salir corriendo y esconderse en su habitación cada vez que viene un amigo de la familia a casa es reforzada por los abrazos, los besos y los mimos que le dan sus padres cuando van a buscarla a su habitación).

Además, en el origen, o al menos en el desencadenamiento de los trastornos de ansiedad y en su mantenimiento, también parecen desempeñar un papel importante otros *acontecimientos estresantes* menos específicos, tanto de carácter crónico (por ejemplo, problemas económicos familiares, maltrato familiar, enfermedad grave y crónica de los padres o del niño, maltrato entre escolares) como de carácter más puntual (por ejemplo, cambios de colegio o residencia, divorcio de los padres, hospitalización de la madre o del niño, fracaso escolar) (Allen, Rapee y Sandberg, 2008).

No obstante, muchos niños tienen experiencias traumáticas o estresantes u observan a personas significativas reaccionar con ansiedad ante tales experiencias o reciben información negativa sobre las mismas, y no desarrollan un trastorno de ansiedad. Una posibilidad es que ciertos niños y adolescentes hayan heredado una *predisposición biológica* a un mayor reactividad psicofisiológica que hiciera más fácil que cualquiera de esos tres mecanismos de aprendizaje de las respuestas de ansiedad tuviera lugar (Beidel y Alfano, 2011). De hecho, varios estudios han demostrado que los niños con trastornos de ansiedad tienen una mayor probabilidad que otros niños de tener un padre con un trastorno de ansiedad y, además, estudios con gemelos han demostrado una moderada heredabilidad a los trastornos de ansiedad en los niños y adolescentes, heredabilidad que no muestra diferencias entre los diferentes trastornos específicos de ansiedad y que, por tanto, apuntaría hacia un componente genético común a todos ellos (Rapee y cols., 2009). Sin embargo, esos mismos estudios con gemelos indican que la mayoría de los varianza en los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes puede atribuirse a

características ambientales que son únicas a cada gemelo (Rapee y cols., 2009), es decir, al tipo de experiencias de aprendizaje que se comentaba antes y que dependen de la historia particular de cada niño o adolescente. Además, no todos los menores que tienen una predisposición genética para los trastornos de ansiedad los padecen, pudiendo estos afectar también a niños y adolescentes que no tienen una historia familiar de trastornos de ansiedad.

Por otro lado, la transmisión familiar de los trastornos de ansiedad puede estar relacionada con mecanismos ambientales, no sólo genéticos, uno de los cuales podría ser los *estilos educativos o las pautas de crianza de los padres*, especialmente de las madres. Por ejemplo, los resultados de los estudios empíricos señalan de manera consistente que un estilo educativo sobreprotector, es decir, un patrón de interacciones madre-hijo caracterizado por la anticipación maternal de amenazas potenciales que conduce a una restricción de las conductas del niño y de su participación en situaciones, está asociado con la presencia de trastornos de ansiedad en los menores; de hecho, algún estudio longitudinal demuestra que es el estilo sobreprotector de las madres el que conduce a la ansiedad infantil, y no la ansiedad de los niños la que induce un estilo educativo sobreprotector en las madres (Rapee y cols., 2009; van der Bruggen, Stams y Bögels, 2008).

Otra posibilidad para explicar las diferencias individuales en los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes es que ciertos menores tengan una predisposición o *vulnerabilidad psicológica* a esos trastornos. Esta vulnerabilidad psicológica podría, por un lado, estar vinculada al *temperamento* del niño, es decir, a esa parte de la personalidad que incluye el conjunto de pautas reactivas emocionales y autorreguladoras que reflejan características formales o de estilo de las conductas (por ejemplo, nivel de actividad, nivel de reactividad, adaptabilidad, persistencia, aproximación-evitación, emocionalidad, impulsividad, audacia), que están presentes desde los primeros años de vida, y que probablemente son el resultado de la evolución biológica y tienen una fuerte fundamentación biológica/hereditaria. Existen diferencias individuales en esos rasgos temperamentales que se pueden identificar en niños muy pequeños (3 años) y tienen relación con su personalidad futura cuando son jóvenes (18-23 años) (Caspi y Silva, 1995; Caspi y cols., 2003). Los investigadores han agrupado esos rasgos temperamentales proponiendo diversos constructos, de entre los cuales los más relevantes para entender los trastornos de ansiedad son inhibición conductual, neuroticismo y afecto negativo, todos los cuales tienen en común que describen la tendencia a dar respuestas emocionales negativas extremas ante ciertas situaciones, tendencia que haría que el niño o adolescente fuera más vulnerable a los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, diversos estudios demuestran que los niños que muestran en sus primeros años de vida un estilo temperamental denominado *inhibición conductual* tienen un riesgo mucho mayor de sufrir trastornos de ansiedad en el futuro (Degnan, Almas y Fox, 2010; Osma, García-Palacios y Botella, 2014). El temperamento inhibido se

caracteriza por una latencia grande en aproximarse o comunicarse con extraños, una tendencia a permanecer muy cerca de las figuras de seguridad (por ejemplo, los padres), la presencia de signos de malestar o retraimiento ante estímulos novedosos y la manifestación de conductas sociales inhibidas. Curiosamente, varios estudios sugieren que este rasgo temperamental de inhibición conductual puede acentuarse o atenuarse en función del comportamiento de los padres y de sus estilos educativos, indicando, por tanto, la existencia de una interacción entre estos comportamientos paternos y el temperamento de los niños (Beidel y Alfano, 2011; Degnan y cols., 2010; Rapee y cols., 2009). Es más, otros factores ambientales, como las experiencias con los compañeros de colegio (por ejemplo, amistades pobres, acoso entre escolares, existencia de un amigo íntimo), también pueden intensificar la inhibición conductual, lo que, por ende, aumentaría el riesgo de trastornos de ansiedad, especialmente de ansiedad social (Degnan y cols., 2010).

Otros constructos que reflejan la vulnerabilidad psicológica a los trastornos de ansiedad ligada a la personalidad, aunque no necesariamente al temperamento, son la ansiedad rasgo y la sensibilidad a la ansiedad, de los cuales el último es el que más interés está despertando entre los investigadores en los últimos años. La ansiedad rasgo se refiere a las diferencias individuales en la tendencia a experimentar estados de ansiedad frecuentes e intensos ante los estresores en general, mientras que la *sensibilidad a la ansiedad*, un constructo inicialmente propuesto por Reiss y McNally (1985; McNally, 2002), se refiere a las diferencias individuales en la tendencia a experimentar miedo antes los propios estados de ansiedad, esto es, en la tendencia a experimentar miedo al miedo. Aunque originalmente la sensibilidad a la ansiedad se propuso como un factor de predisposición para el desarrollo de los trastornos de ansiedad en general (Reiss, 1991), actualmente se considera que sobre todo es un factor de predisposición al trastorno de angustia o pánico, siendo su principal factor de riesgo y marcador psicológico. La investigación empírica ha confirmado que tanto en niños como en adolescentes existe una relación significativa entre sensibilidad a la ansiedad y ansiedad, que los menores con trastornos de ansiedad muestran niveles más altos de sensibilidad a la ansiedad que los que no tienen trastornos, y que aquellos niños y adolescentes que sufren de trastorno de angustia presentan niveles más altos de sensibilidad a la ansiedad que los que sufren otros trastornos de ansiedad (véase el metaanálisis de Noël y Francis, 2011).

Tal y como se explicó antes, el miedo al miedo puede ser el producto de un proceso de condicionamiento clásico interoceptivo tras haber sufrido una primera crisis de angustia por cualquier motivo. Por otro lado, desde una perspectiva cognitiva, el miedo al miedo se entiende como el resultado de una interpretación catastrofista errónea de ciertas sensaciones corporales, de manera que tales sensaciones se consideran indicios ciertos de un desastre inminente (por ejemplo, una adolescente malinterpreta una taquicardia como señal de que se va a morir, lo que a su vez intensifica la taquicardia y

esta, a su vez, los pensamientos catastrofistas, produciéndose una escalada en espiral de reacciones de ansiedad que resultan en una crisis de angustia). Sin embargo, desde la perspectiva de la sensibilidad a la ansiedad, el miedo al miedo es tanto una consecuencia producto de la experiencia directa de una crisis de angustia como una causa, en el sentido de que habría individuos con una mayor tendencia a experimentar miedo ante los signos de ansiedad, esto es, con una mayor tendencia a experimentar esos procesos de condicionamiento clásico interoceptivo durante una crisis o con una mayor tendencia a malinterpretar sus sensaciones corporales de forma catastrofista. De hecho, una de las razones que explican la sensibilidad a la ansiedad es la existencia de creencias estables de que la ansiedad y sus sensaciones tienen consecuencias peligrosas o dañinas, creencias que también compartirían los padres de los niños y adolescentes altos en sensibilidad a la ansiedad y que, por tanto, se habrían aprendido en la familia por aprendizaje vicario o transmisión de información (McNally, 2002).

En este sentido, la vulnerabilidad psicológica a los trastornos de ansiedad podría estar vinculada a las características cognitivas o conductuales de la personalidad del menor, características que este habría adquirido a lo largo de su vida por el tipo de estilo educativo parental, ambiente sociocultural, aprendizajes y circunstancias vitales que habría experimentado en interacción con su temperamento y sus otras características hereditarias. Esta vulnerabilidad psicológica haría referencia, por ejemplo, a los *factores cognitivos* que la investigación ha examinado en adultos con trastornos de ansiedad y que también ha encontrado en los niños y adolescentes que sufren estos trastornos y que podrían explicar su desarrollo y mantenimiento.

Tomando como punto de referencia la teoría cognitiva de la depresión de Beck que se describió en el capítulo 3 y se representó esquemáticamente en la figura 3.1, y que el propio Beck ha aplicado con modificaciones a los trastornos de ansiedad (Beck y Emery, 1985, 2005, 2014; Clark y Beck, 2010, 2012; véase también Sanz, 1993), la investigación con niños y adolescentes ha identificado:

1. Creencias o actitudes disfuncionales que formarían esquemas cognitivos negativos y que serían factores causales más remotos del origen de los trastornos de ansiedad.
2. Distorsiones y sesgos cognitivos desadaptativos.
3. Pensamientos voluntarios y automáticos negativos resultantes de esas distorsiones y sesgos, que serían ambos factores causales más próximos del desarrollo de los trastornos de ansiedad o de su mantenimiento o exacerbación.

Aunque todos estos factores cognitivos son parecidos a los propuestos para explicar los trastornos depresivos en niños y adolescentes, las diferentes teorías y modelos de ansiedad que proponen estos factores lo hacen bajo el supuesto de que los contenidos de algunos o todos de esos factores cognitivos son diferentes en los distintos trastornos de ansiedad (por ejemplo, creencias sobre la fusión pensamiento-acción en el trastorno

obsesivo-compulsivo frente a creencias sobre la importancia de la evaluación de los demás en la fobia social), o son comunes a todos los trastornos de ansiedad, pero diferentes del contenido de los factores cognitivos implicados en otros trastornos emocionales (por ejemplo, pensamientos automáticos de amenaza en los trastornos de ansiedad frente a pensamientos automáticos sobre pérdidas en los trastornos depresivos), o son comunes a todos los trastornos emocionales, pero diferentes respecto al contenido de los factores cognitivos de otros trastornos mentales (por ejemplo, pensamientos automáticos negativos sobre la propia valía en los trastornos emocionales frente a pensamientos automáticos de suspicacia y desconfianza de los demás en el trastorno de personalidad paranoide).

Por mencionar solo algunos de estos factores cognitivos, cabría señalar, en primer lugar, la existencia en los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad de esquemas cognitivos que contienen creencias o actitudes disfuncionales de contenido tanto general como específico de cada tipo de trastorno de ansiedad, y que se cree que desempeñarían un papel causal en el origen de los trastornos de ansiedad al provocar, en interacción con la experiencia de situaciones estresantes, las distorsiones (o sesgos) y los pensamientos (voluntarios o automáticos) relacionados con la amenaza, el daño, el peligro y la vulnerabilidad personal que a la postre producirían el resto de síntomas de ansiedad y explicarían su mantenimiento o exacerbación.

Por ejemplo, las teorías cognitivas del trastorno obsesivo-compulsivo (Rachman, 1993; Salkovskis, 1985) postulan que las personas que mantienen la *creencia fusión pensamiento-acción* tienen mayor riesgo de padecer en el futuro un trastorno obsesivo-compulsivo. Esta creencia considera que los pensamientos y las acciones de daño son equivalentes y se puede dividir en dos componentes: la creencia de que un pensamiento inaceptable es moralmente tan malo como la conducta manifiesta equivalente (por ejemplo, pensar en pecar es tan malo como pecar de hecho) y la creencia de que pensar sobre un hecho inaceptable o peligroso incrementa la probabilidad de que ese hecho realmente ocurra (por ejemplo, pensar en que mi familia tendrá un accidente aumenta la probabilidad de que ocurra). Siguiendo esas teorías cognitivas del trastorno obsesivo-compulsivo, cuando un niño o adolescente mantiene esas creencias y experimenta pensamientos indeseados o inaceptables tenderá a prestarles más atención, a vivirlos de manera catastrófica, a intentar suprimirlos o neutralizarlos y, de esta manera, a convertirlos en más recurrentes y más generadores de ansiedad y, a la postre, en obsesiones.

Otro tipo de creencia o actitud disfuncional que se considera un factor de vulnerabilidad al trastorno obsesivo-compulsivo es el *perfeccionismo,* que también se puede entender como un rasgo de personalidad. Las creencias disfuncionales de perfeccionismo ponen un énfasis excesivo en la precisión y la organización, suponen que existe una solución perfecta para cada problema, asumen que hacer algo sin errores no solo es posible sino necesario, implican una preocupación excesiva por los errores y sus

consecuencias y una incapacidad para tolerarlos, dudan sobre la calidad de los logros personales, y asumen que si una persona no sigue las normas o no alcanza las metas no vale nada y, además, pueden ocurrir cosas muy graves. Estudios realizados con niños y adolescentes tanto de población clínica como comunitaria han demostrado que el perfeccionismo está asociado con la sintomatología obsesivo-compulsiva y con la presencia de un trastorno obsesivo-compulsivo (Rodríguez-Jiménez, Blasco y Piqueras, 2014; Ye, Rice y Storch, 2008). Sin embargo, parece que esa relación no es específica, ya que otros estudios han demostrado que el perfeccionismo también está relacionado con otros trastornos de ansiedad, con los trastornos depresivos y con los trastornos de la conducta alimentaria (Egan, Wade y Shafran, 2011), por lo que funcionaría más bien como un factor de vulnerabilidad general a la psicopatología, como un factor de vulnerabilidad transdiagnóstico a varios trastornos mentales.

Las creencias disfuncionales anteriormente mencionadas estarían relacionadas con un tipo de creencia o actitud que se supone que podría ser un factor de vulnerabilidad para todos los trastornos de ansiedad: la creencia o *percepción de control bajo.* El niño o el adolescente que tiene este tipo de creencias o actitudes cree que no puede controlar eficazmente los acontecimientos potencialmente perjudiciales y las emociones negativas relacionadas, especialmente las situaciones y experiencias emocionales de miedo y ansiedad *(percepción de control de la ansiedad).* De hecho, en el modelo de psicopatología de Barlow (2000) se propone la existencia de tres conjuntos de vulnerabilidades o diátesis que interactúan entre sí y contribuirían al desarrollo de los trastornos de ansiedad en interacción con sucesos vitales negativos y experiencias de aprendizaje particulares:

a) Un conjunto de vulnerabilidades biológicas para desarrollar cualquier trastorno emocional en general, que tienen un componente genético y que se refieren a las dimensiones y rasgos temperamentales de neuroticismo, afecto negativo, inhibición conductual, etc.

b) Un conjunto de vulnerabilidades psicológicas específicas para desarrollar un determinado trastorno de ansiedad en particular, como por ejemplo la sensibilidad a la ansiedad en el caso de los trastornos de angustia, las creencias fusión-pensamiento en el caso del trastorno obsesivo-compulsivo o las actitudes disfuncionales sobre la evaluación social en el caso de la fobia social.

c) Un tercer conjunto de vulnerabilidades psicológicas generalizadas, que se situarían entre las biológicas y las psicológicas específicas, servirían de diátesis general para todos los trastornos de ansiedad y para los trastornos depresivos y que hacen referencia a una falta de control percibido, a una sensación de incontrolabilidad o indefensión centrada en posibles amenazas y peligros futuros o en otros acontecimientos próximos potencialmente negativos, en definitiva, a una incapacidad percibida de predecir, controlar u obtener los resultados deseados en

> ciertos contextos o situaciones próximas personalmente relevantes. Este bajo control percibido se desarrollaría durante la infancia como producto de la experiencia de situaciones estresantes impredecibles y/o incontrolables y de un ambiente familiar caracterizado por oportunidades limitadas para el control personal (por ejemplo, prácticas de cuidado parental de sobreprotección, de restricción de independencia y autonomía), de tal manera que promovería el desarrollo de una personalidad vulnerable en la adolescencia y en la edad adulta, actuando en estas etapas como un factor amplificador de los acontecimientos estresantes, y, finalmente, incrementaría en todas las etapas el riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad (Barlow, 2000).

En línea con la propuesta de Barlow, un reciente metaanálisis ha encontrado que la falta de control percibido de la ansiedad está fuertemente relacionada tanto en adultos como en niños con niveles más altos de ansiedad rasgo y de sintomatología específica de diferentes tipos de trastornos de ansiedad, lo que subraya la importancia del control percibido de la ansiedad como un factor de vulnerabilidad transdiagnóstico para todos los trastornos de ansiedad (Gallagher, Bentley y Barlow, 2014).

En cuanto a las distorsiones y sesgos cognitivos, un número importante de estudios han demostrado que los niños y adolescentes con ansiedad muestran *distorsiones y sesgos cognitivos relacionados con la ansiedad* en forma de *procesos atencionales sesgados hacia la información amenazante, interpretaciones catastrofistas* de las situaciones ambiguas y *sobrestimaciones del peligro* (Rapee y cols., 2009).

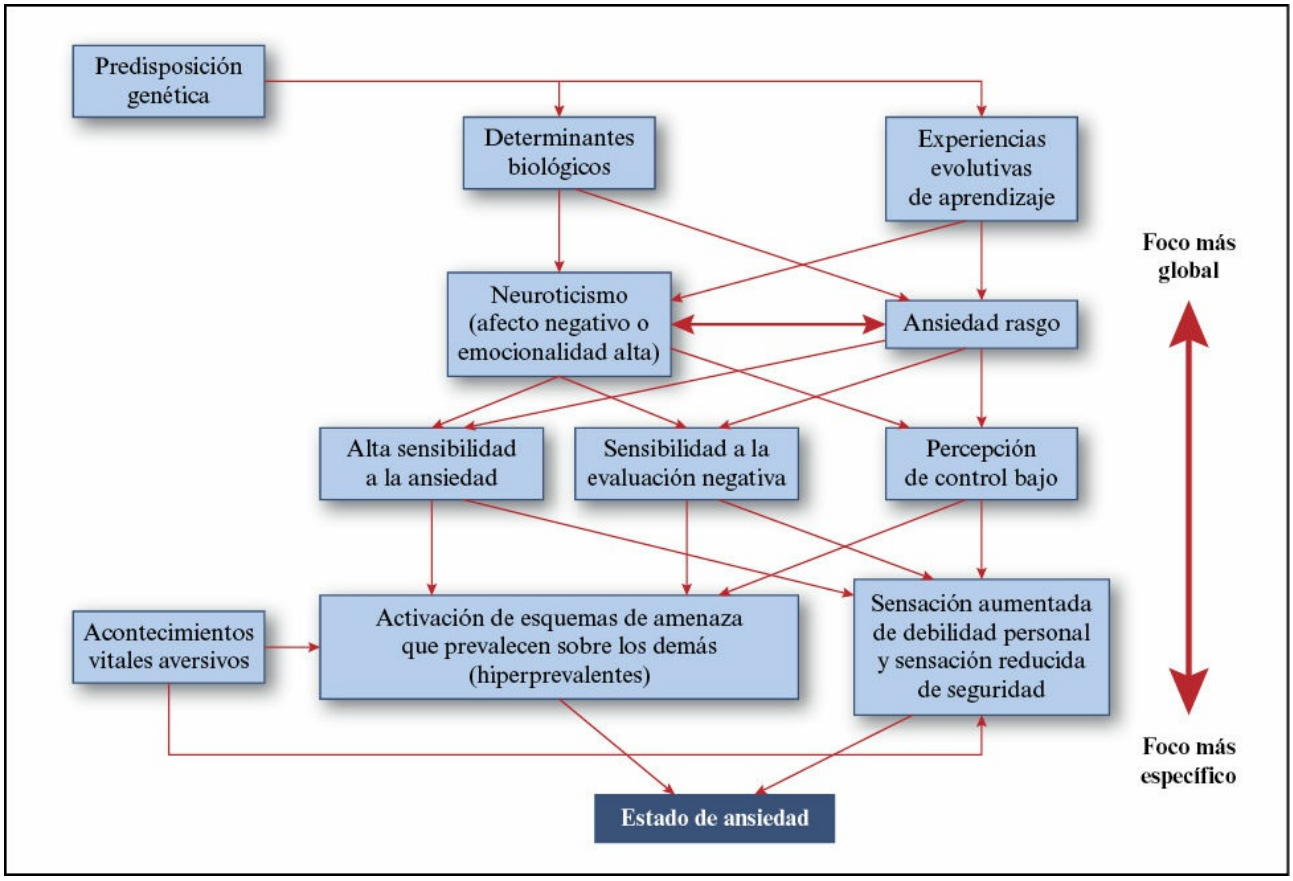
Por último, la literatura empírica también ha constatado que los niños y adolescentes con niveles altos de ansiedad o con trastornos de ansiedad tienen con mayor frecuencia *autoafirmaciones o pensamientos automáticos negativos de contenido ansioso*, es decir, cuyo contenido se centra en temas de peligro, amenaza y daño o en temas de vulnerabilidad personal y de incapacidad para afrontar la situaciones (Hodson, McManus, Clark y Doll, 2008; Kendall y Treadwell, 2007). Asimismo, la investigación ha encontrado, por ejemplo, que en la población general de adolescentes la presencia de estos pensamientos automáticos ansiosos predice el nivel futuro de sintomatología de ansiedad social y que tales pensamientos actúan como mediadores de la relación entre los esquemas cognitivos disfuncionales y la ansiedad social (Calvete, Orue y Hankin, 2013).

A pesar de que los modelos cognitivos de los trastornos de ansiedad suelen considerar que los factores cognitivos anteriormente mencionados son factores causales remotos o próximos de su origen, otros investigadores (por ejemplo, Beidel y Alfano, 2011) consideran que las creencias fusión pensamiento-acción, los sesgos cognitivos ansiosos y los pensamientos automáticos de amenaza son simplemente elementos o síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo, no procesos cognitivos independientes que incrementen la vulnerabilidad al trastorno y conduzcan a su desarrollo, de manera que, en todo caso,

su papel sería más como factor de mantenimiento o exacerbación de los trastornos de ansiedad que como factor de origen (Van Bockstaele y cols., 2014).

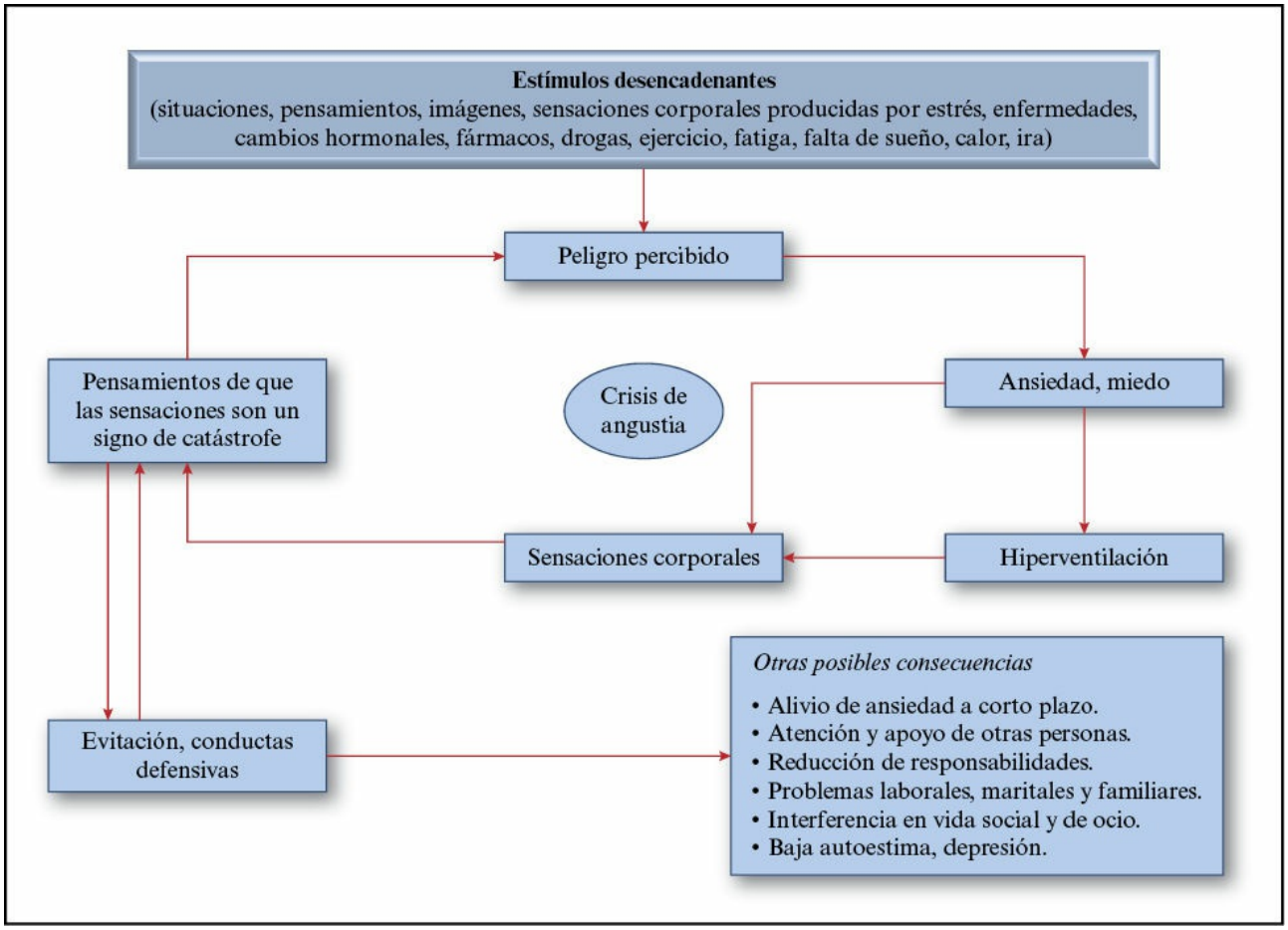
Otros factores psicológicos de vulnerabilidad a los trastornos de ansiedad, no incompatibles con los anteriores y comunes a otros trastornos psicológicos, en particular a los trastornos depresivos, son los que ya se comentaron en relación a estos últimos en el capítulo 3: *un déficit en las habilidades sociales y un déficit en las habilidades de solución de problemas.* El primero sería especialmente relevante para explicar la fobia social, ya que, aunque hay algunos niños y adolescentes con fobia social que poseen unas habilidades sociales adecuadas, la investigación empírica ha demostrado que una proporción significativa de ellos tienen déficits de habilidades sociales tanto cuando estas son evaluadas por cuestionarios como cuando lo son con técnicas de observación directa durante interacciones sociales y situaciones de rendimiento con público (Beidel y Alfano, 2011; Rao y cols., 2007). Por su parte, un déficit en habilidades de solución de problemas sería especialmente relevante para explicar el trastorno de ansiedad generalizada, en la medida en que la investigación sugiere que, en la preocupación normal de los adultos, la mayoría de sus pensamientos reflejan procesos de solución de problemas (Szabó y Lovibond, 2002), que esta función solucionadora de problemas que tiene la preocupación normal se va desarrollando progresivamente en la niñez, y que los niños con trastornos de ansiedad que muestran una preocupación excesiva e incontrolable muestran, en comparación a los niños sin ansiedad, un retraso en el desarrollo de esa función solucionadora de problemas (Szabó y Lovibond, 2004).

Por supuesto, las relaciones e interacciones entre todos los factores de vulnerabilidad o de mantenimiento o exacerbación de los trastornos de ansiedad que se han expuesto hasta ahora y las relaciones e interacciones entre esos factores y los síntomas o conductas de ansiedad pueden adoptar múltiples formas, que pueden variar para cada trastorno de ansiedad y en función de la perspectiva teórica predominante. Esta variabilidad ha dado lugar a multitud de teorías y modelos tanto generales, que tratan de explicar los trastornos de ansiedad en su conjunto, como específicos, que tratan de explicar un trastorno de ansiedad en particular. Ejemplos del primer tipo de modelo es el que se recoge en la figura 7.1, mientras que ejemplos del segundo tipo son los que se recogen en las figuras 7.2, 7.3 y 7.4, que, a su vez, pueden centrarse en todos los elementos causales que supuestamente explican el trastorno, en este caso la agorafobia y el trastorno de estrés postraumático (figuras 7.2 y 7.3, respectivamente), o únicamente en algunos elementos de la cadena causal, en este caso en las causas más próximas de la fobia social (figura 7.4).



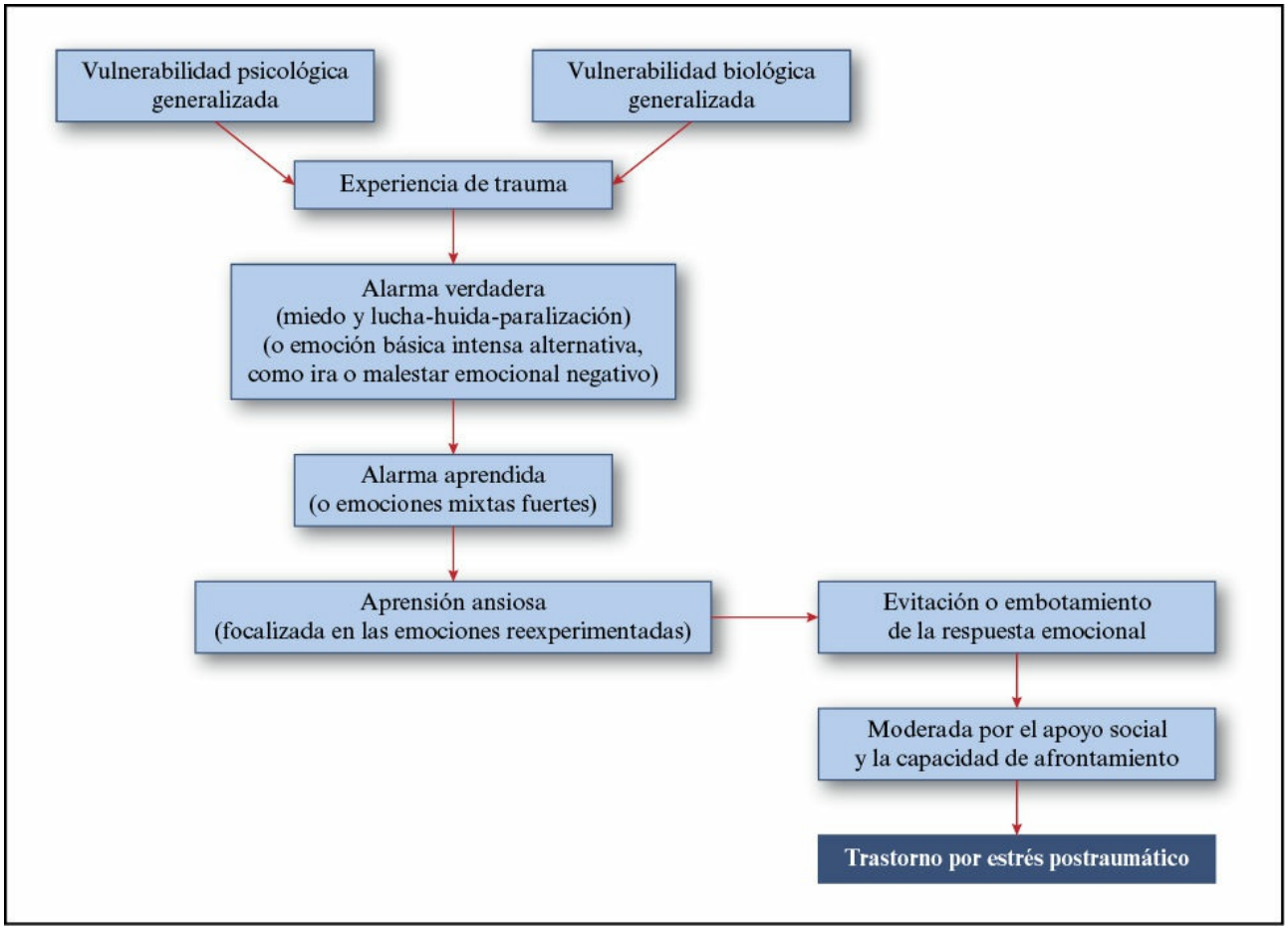
FUENTE: modificado de Clark y Beck (2010, 2012).

Figura 7.1.—Modelo de vulnerabilidad cognitiva a la ansiedad de Clark y Beck.



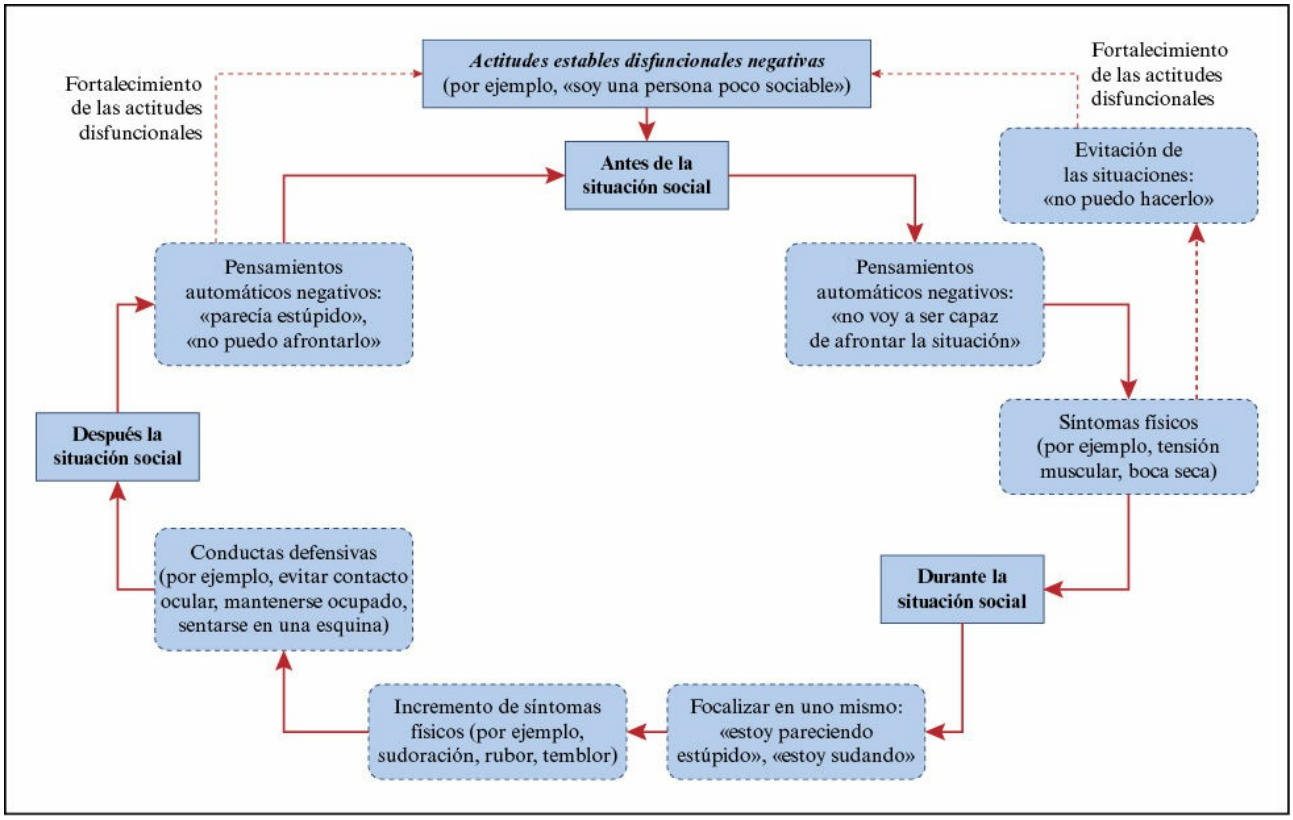
FUENTE: adaptado de Bados López (2005b).

Figura 7.2.—Modelo explicativo simplificado de la agorafobia de Clark y Salkovskis (1987).



FUENTE: modificado de Keane y Barlow (2002).

Figura 7.3.—Modelo explicativo del trastorno por estrés postraumático.



FUENTE: modificado de Maunder y Cameron (2013).

Figura 7.4.—Modelo cognitivo de las causas próximas de la fobia social: el círculo vicioso de la ansiedad social.

NOTAS

1 En el DSM-IV había una excepción a esta equiparación básica entre los trastornos de ansiedad de los adultos y de los niños y adolescentes. Esta excepción era el trastorno de ansiedad por separación, que se consideraba un trastorno típico de la infancia. Sin embargo, el DSM-5 considera que este trastorno también puede aparecer en la edad adulta y, por tanto, en contraste con el DSM-IV, los criterios diagnósticos para el mismo ya no exigen que su inicio deba ser anterior a los 18 años, incluyen una redacción modificada de los síntomas definitorios para que así puedan ser compatibles con las conductas típicas de los adultos, y amplían el requisito de duración de los síntomas en los adultos para minimizar el sobrediagnóstico de los temores transitorios en esta población (6 meses o más en adultos frente a 4 semanas o más en niños y adolescentes).

2 El DSM-5 ha extendido a todas las edades este criterio de duración mínima de 6 meses, lo cual parece acertado, dado que la existencia de miedos transitorios tampoco es extraña en los adultos.

8

Evaluación de los trastornos de ansiedad

1. CONSIDERACIONES GENERALES

Las consideraciones generales expuestas en el capítulo 4 respecto a la evaluación de los trastornos depresivos son aplicables a la evaluación de los trastornos de ansiedad. Al margen de esas consideraciones, la evaluación de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes se lleva a cabo mediante los instrumentos habituales (entrevistas con los menores, padres o profesores, autorregistros, observación directa, cuestionarios de autoinforme, cuestionarios para padres y profesores, observación directa, etc.), habiéndose desarrollado muchos de ellos de manera específica para tales trastornos y para este tipo de población. En varios capítulos del libro de Caballo (2005) se pueden encontrar revisiones más detalladas de los instrumentos actualmente disponibles. La elección de uno u otro dependerá en gran medida del tipo de información que se desee obtener, de la edad del niño, de las posibles fuentes de información sobre el menor disponibles (el propio menor, sus padres, sus hermanos, sus profesores, sus compañeros de clase, sus amigos, etc.) y de cuestiones prácticas (por ejemplo, facilidad y brevedad en su cumplimentación, corrección e interpretación). En todo caso, es recomendable recurrir al menos a dos fuentes de información: padres y niños, y en ciertas ocasiones, sobre todo cuando los problemas de ansiedad se encuentran relacionados con el contexto escolar o interfieren con el rendimiento académico y social, también será necesario recabar cierta información del profesor e incluso de los compañeros de clase. A continuación, como se hizo en el caso de los trastornos depresivos, revisaremos con detalle algunos de los instrumentos más importantes adaptados o diseñados en España para cubrir cuatro de los objetivos de evaluación más importantes en el ámbito de la psicología clínica: realizar un diagnóstico, identificar y cuantificar la sintomatología ansiosa para valorar su gravedad y monitorizar los beneficios del tratamiento, e identificar y cuantificar los posibles factores causales.

2. INSTRUMENTOS

2.1 Instrumentos diagnósticos

Para poder llegar a un diagnóstico fiable y válido de los trastornos de ansiedad, además de las entrevistas diagnósticas estructuradas pluridimensionales ya comentadas en el capítulo 4 (EDNA-IV, K-SADS-PL, SCID-I VC), que incluyen todas ellas módulos para la evaluación de la ansiedad, se puede utilizar la Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad en Niños según el DSM-IV (Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions o ADIS-IV: C/P; Silverman y Albano, 1996), cuya fiabilidad ha sido examinada tanto en niños de 7-11 años como en adolescentes de 12-16 años, y cuya traducción española cuenta, como en la versión original, con dos formas, una para el niño y otra para los padres (Sandín, 2002; Silverman, Albano y Sandín, 2001, 2003).

2.2. Instrumentos para identificar y cuantificar sintomatología ansiosa

Para cuantificar la gravedad de la sintomatología ansiosa y monitorizar los progresos del tratamiento es aconsejable utilizar algún tipo de escala, cuestionario o inventario de síntomas ansiosos. En este sentido, se cuenta tanto con instrumentos que ofrecen medidas globales de ansiedad como con instrumentos multidimensionales que incluyen diferentes subescalas para evaluar de manera específica la gravedad de la sintomatología ansiosa relacionada con distintos trastornos de ansiedad y con instrumentos que directamente han sido diseñados para evaluar la gravedad de un trastorno de ansiedad en particular.

Entre los instrumentos que permiten obtener una **medida global de sintomatología ansiosa** destaca, por su gran frecuencia de uso, el *Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en Niños* o STAIC (State-Trait Anxiety Inventory for Children; Spielberger y cols., 1973), un instrumento de autoinforme diseñado para la evaluación de la ansiedad rasgo y la ansiedad estado en niños de entre 9 y 15 años. El STAIC incluye 40 ítems, 20 para evaluar la ansiedad estado y 20 para evaluar la ansiedad rasgo, todos los cuales se contestan en escalas tipo Likert de 1 a 3 puntos (véase la tabla 8.1). El STAIC se administra como instrumento de papel y lápiz bien de forma individual o de forma colectiva, y su aplicación suele durar entre 15 y 20 minutos.

La adaptación española del STAIC (Spielberger, Edwards y Lushene, 1990) cuenta con buenas garantías psicométricas, presentando índices de fiabilidad de consistencia interna de 0,89 y 0,85 para las escalas de ansiedad estado y ansiedad rasgo, respectivamente, y soluciones unifactoriales para dichas escalas que reflejan una buena validez factorial. Dicha adaptación ofrece baremos (percentiles y puntuaciones *S* con media igual a 50 y desviación típica igual a 20) para las dos escalas tanto para niños como para niñas, y para dos grupos de edad: 4.o-6.o Primaria y 1.o ESO-1.o Bachillerato. A partir de estos baremos, se sugiere que una puntuación igual o superior a una puntuación *S* de 7 o a un percentil de 85 (que representan dos desviaciones típicas por encima de la media) indicaría la presencia de niveles clínicamente significativos de

ansiedad estado o ansiedad rasgo.

Entre las ventajas del STAIC para la evaluación de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes cabe mencionar que es el cuestionario más conocido y utilizado tanto en España como a nivel internacional, y que la escala de rasgo de ansiedad parece especialmente apropiada para la evaluación del trastorno de ansiedad generalizada, ya que 10 de sus 20 ítems reflejan preocupación o problemas para tomar decisiones. Justamente esta última ventaja también conlleva alguna de sus limitaciones, ya que al tener una mayoría de ítems con contenido relacionado con el trastorno de ansiedad generalizada parece menos útil para la evaluación de otros trastornos de ansiedad.

Con niños pequeños, una alternativa al STAIC es el *Cuestionario de Ansiedad Infantil* o CAS (Child Anxiety Scale; Gillis, 1980), en su adaptación española (Gillis, 1989). El CAS está diseñado para evaluar la ansiedad en niños de entre 6 y 8 años, e incluye 20 ítems con dos alternativas de respuesta que se suelen responder en 20-30 minutos y cuyo contenido tiene que ver con dos factores, uno de emocionalidad, excitabilidad, cambio de actitudes y evasión de las responsabilidades, y un segundo de retraimiento, timidez y sentimientos de dependencia. El CAS se puede administrar de forma individual o colectiva como instrumento de lápiz y papel, ya que la hoja de respuesta está especialmente diseñada para que los niños puedan responder en ella de manera sencilla y amena (por ejemplo, incluye dibujos) y las instrucciones e ítems del instrumento son leídos por el examinador.

En su adaptación española, el CAS presenta propiedades psicométricas adecuadas, pero con algunas carencias. Así, el coeficiente de fiabilidad de consistencia interna de la puntuación total es de tan solo 0,65 y los índices de validez convergente en términos de su correlación con el STAIC o la escala de Neuroticismo del EPQ-J son, respectivamente, 0,37 y 0,30; sin embargo, los análisis factoriales reflejan dos factores (emocionabilidad y preocupación) que apoyan la validez factorial del instrumento.

TABLA 8.1
Ejemplos de ítems del Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en Niños (STAIC)

Subescala de ansiedad estado

Instrucciones. En la primera parte encontrarás unas oraciones que dicen algo de ti mismo. Lee cada oración y señala la respuesta que mejor diga cómo te *sientes ahora mismo*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas mucho en cada oración y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras *ahora.*

	Nada	Algo	Mucho
1. Me siento calmado.	1	2	3
5. Tengo miedo.	1	2	3
7. Estoy preocupado.	1	2	3

Subescala de ansiedad rasgo

Instrucciones. En la segunda parte encontrarás unas oraciones que dicen algo de ti mismo. Lee cada oración y señala la respuesta que mejor diga cómo te *sientes en general,* no solo en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas mucho en cada oración y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras *generalmente.*

	Casi nunca	A veces	Con frecuencia
1. Me preocupa cometer errores.	1	2	3
9. Me preocupan las cosas del colegio.	1	2	3
11. Noto que mi corazón late más rápido.	1	2	3

FUENTE: Spielberger, Edwards y Lushene (1990).

La adaptación española del CAS ofrece baremos (percentiles y decatipos) de forma separada para niños y niñas, y para tres grupos de edad (1.o Primaria, 2.o Primaria y 3.o Primaria). Se sugiere que una puntuación igual o superior a un percentil de 85 o a un decatipo de 7,5, que refleja en ambos casos dos desviaciones típicas por encima de la media, se utilice como criterio para identificar un nivel de ansiedad clínicamente significativo.

El CAS tiene la ventaja de poderse aplicar con niños pequeños, ya que es breve y ameno, máxime cuando no hay muchos instrumentos para niños menores de 8 años. Sin embargo, tiene unas propiedades psicométricas cuestionables e incluye muchos ítems que reflejan comportamientos y síntomas que no son propiamente parte del constructo ansiedad, sino de otros constructos emocionales negativos, por lo que quizá podría servir más como un termómetro de malestar emocional general que como un instrumento específico de ansiedad.

Como medida global de la sintomatología ansiosa en adolescentes, sobre todo en los más mayores, también son útiles algunos instrumentos desarrollados inicialmente con adultos, pero que han sido validados y aplicados con frecuencia en población adolescente. Entre estos instrumentos destacan por su popularidad el *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* o STAI (State-Trait Anxiety Inventory; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970, 1982), instrumento a partir del cual se desarrolló el STAIC, y el *Inventario de Ansiedad de Beck* o BAI (Beck Anxiety Inventory; Beck y Steer, 1993, 2011). Dado el contenido de la mayoría de sus ítems, la escala de Ansiedad Rasgo del STAI (STAI-R) parece, al igual que le ocurría a la escala homóloga del STAIC, especialmente adecuada para la evaluación del trastorno de ansiedad generalizada. En comparación, el BAI se caracteriza por evaluar mucho mejor los síntomas que conforman las crisis de angustia (o ataques de pánico), lo cual es muy importante en el área clínica, ya que tales crisis pueden aparecer en el contexto de casi todos los trastornos de ansiedad (Sanz, 2014). Asimismo, frente al STAI-R, el BAI se caracteriza por discriminar mejor entre ansiedad y depresión (Sanz, 2014).

Entre los **instrumentos multidimensionales** que incluyen diferentes subescalas para

distintos trastornos de ansiedad, destacan tres: el *Cribado para Trastornos Emocionales Relacionados con la Ansiedad en Niños* o SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders; Birmaher y cols., 1997, 1999), la *Escala Revisada de Ansiedad y Depresión en Niños* o RCADS (Revised Child Anxiety and Depression Scale; Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto y Francis, 2000) y la *Escala de Ansiedad Infantil de Spence* o SCAS (Spence Children's Anxiety Scale; Spence, 1997). Estos instrumentos disponen todos ellos de una versión para niños y de otra para padres.

El SCARED, cuya adaptación española ha sido realizada por Vigil-Colet y cols. (2009), está compuesto por 41 ítems para evaluar en niños y adolescentes de entre 8 y 18 años la sintomatología ansiosa según el DSM-IV mediante cinco dimensiones sintomáticas: trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia (o pánico), fobia social y ansiedad escolar.

La RCADS está constituida por 47 ítems que permiten evaluar, en niños y adolescentes de entre 8 y 17 años, los síntomas propuestos por el DSM-IV para los siguientes trastornos: ansiedad por separación, fobia social, ansiedad generalizada, angustia (o pánico), obsesivo-compulsivo y depresivo mayor. Existe una adaptación de la RCADS para España (Sandín, Valiente y Chorot, 2009), así como una versión reducida de 30 ítems desarrollada en nuestro país (Sandín, Valiente, Chorot y Chorpita, 2010).

La SCAS cuenta con tres adaptaciones en España: una al catalán, elaborada por Tortella, Balle, Servera y García (2005), y dos al español, la primera realizada por Godoy, Gavino, Carrillo, Cobos y Quintero (2011; Carrillo y cols., 2012) y la segunda desarrollada por Orgilés, Méndez, Spence, Huedo-Medina y Espada (2011; Orgilés, Spence, Marzo, Méndez y Espada, 2014) y que debe considerarse la oficial, ya que en la misma ha participado la autora de la prueba original. La SCAS está formada por 38 ítems que evalúan los síntomas de ansiedad más frecuentes en niños de 8-15 años a partir de las siguientes 6 subescalas: pánico/agorafobia, ansiedad de separación, fobia social, miedo al daño físico, obsesiones/compulsiones y ansiedad generalizada. La versión para niños incluye, además, 6 ítems de relleno, y ambas versiones contienen también un ítem adicional abierto que pregunta al niño o adolescente (o a sus padres) por cualquier otra cosa que le dé miedo al menor (por ejemplo, en la versión para padres se pregunta «¿Hay algo más que realmente le dé miedo a su hijo?»). Como se puede observar en la tabla 8.2, el niño o adolescente o sus padres deben indicar la frecuencia con la que le ocurre al menor el síntoma de ansiedad que describe cada ítem de la SCAS, utilizando para ello cuatro opciones de respuesta, desde «nunca» a «siempre», que son valoradas, respectivamente, de 0 a 3, de manera que se puede obtener una puntuación global en ansiedad con un rango de 0 a 114 puntos y puntuaciones específicas en cada una de las seis subescalas con rangos de 0 a 18, excepto para las subescalas de pánico/agorafobia y de miedos físicos cuyos rangos de puntuación son, respectivamente, 0 a 27 y 0 a 15.

TABLA 8.2
Ejemplos de ítems de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS)

Versión para niños y adolescentes (SCAS-C)
Instrucciones. Marca con una X la frecuencia con la que te ocurren las siguientes situaciones. No hay respuestas buenas ni malas.

1. Hay cosas que me preocupan.	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres.	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
23. Me da miedo ir al médico o al dentista.	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre

Versión para padres (SCAS-P)

Instrucciones. Debajo tiene una lista de ítems que describen a los niños. En cada ítem señale la respuesta que mejor describe a su hijo. Por favor, conteste a todos los ítems.

12. Mi hijo se queja que de repente siente que no puede respirar sin motivo.	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
26. A mi hijo le preocupa lo que otras personas piensan de él.	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre
35. Mi hijo tiene que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarse las manos, limpiar o poner las cosas en un orden determinado).	☐ Nunca	☐ A veces	☐ Muchas veces	☐ Siempre

FUENTE: Spence, 1997; versión oficial española de Orgilés y cols., 2011, 2014.

En cuanto a los **instrumentos específicos para un trastorno de ansiedad en particular** y desarrollados para evaluar la gravedad de dicho trastorno en niños y adolescentes, actualmente los psicólogos y profesionales de la salud cuentan con un buen número de escalas, cuestionarios e inventarios, la mayoría de ellos desarrollados en los últimos 10-15 años. En la tabla 8.3 se presentan, en función del trastorno que pretenden medir y de la fuente de información sobre el menor, algunos de los adaptados o desarrollados en España, con especificación de la edad de los niños y adolescentes para la cual son apropiados.

Como alternativa a todos los instrumentos específicos para la ansiedad o como estrategia complementaria para la identificación de otros trastornos mentales y

problemas asociados, el clínico podría también utilizar, tal y como se comentó en el capítulo dedicado a la evaluación de los trastornos depresivos, algunos de los instrumentos psicopatológicos multidimensionales para niños y adolescentes que incluyen entre sus escalas clínicas alguna o algunas diseñadas para la identificación y cuantificación de síntomas de ansiedad. Por ejemplo, entre sus múltiples escalas, el MACI incluye las tres siguientes: sentimientos de ansiedad, personalidad inhibida e inseguridad con los iguales, mientras que el YSR, en su adaptación española, dispone de una escala de conducta fóbica-ansiosa y de otra de problemas de relación (aislamiento), y el BASC de una de ansiedad y de otra de estrés social. No obstante, es importante subrayar que, en general, las propiedades psicométricas de las escalas de ansiedad de estos instrumentos multidimensionales suelen ser más pobres que las de los instrumentos específicos para la ansiedad.

TABLA 8.3
Escalas, cuestionarios e inventarios de autoinforme y de heteroinforme (padres, maestros o iguales) para la evaluación en niños y adolescentes de trastornos de ansiedad específicos

Trastorno/ Informador	Instrumento	Edad (años)	Referencia original [adaptación española]
Fobia específica			
Autoinforme	Inventario de Miedos (IM)	9-15	Sosa y cols. (1993)
	Cuestionario de Miedos para Niños-Revisado (FSSC-R)	7-18	Ollendick (1983) [Sandín, 1997; Sandín y Chorot, 1998]
	Inventario de Miedos Escolares-Versión Niños (IME-N o SFSS-I)	3-7	García Fernández y Méndez, en Méndez Carrillo y cols. (2008a)
	Inventario de Miedos Escolares-Versión Preadolescentes (IME-PreA o SFSS-II)	8-11	García-Fernández y cols. (2010); Méndez Carrillo y cols. (2008a)
	Inventario de Miedos Escolares-Versión Adolescentes (IME-A o SFSS-III)	12-17	García Fernández y Méndez, en Méndez Carrillo y cols. (2008a)
Heteroinforme	Inventario de Miedos (IM) [padres]	4-9	Pelechano (1984)
Fobia social			
Autoinforme	Escala de Ansiedad Social para Niños-Revisada (SASC-R)	9-13	La Greca y Stone (1993) [Sandín, 1997; Sandín y cols., 1999]
	Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A)	13-17	La Greca y López (1998) [Olivares y cols., 2005]
	Escala de Ansiedad Social de Liebowitz para Niños y Adolescentes	10-17	Masia-Warner y cols. (2003) [Olivares, Sánchez-García y López-

			Pina, 2009]
	Inventario de Ansiedad y Fobia Social para Niños (SPAI-C)	10-17	Beidel, Turner y Morris (1995) [Olivares y cols., 2010]
	Cuestionario de Ansiedad Social para Niños (CASO-N24)	9-15	Caballo y cols. (2012)
Trastorno obsesivo-compulsivo			
Autoinforme	Inventario Obsesivo Compulsivo-Versión para Niños (OCI-CV)	7-17	Foa y cols. (2010) [Rosa-Alcázar y cols., 2014]
	Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown para Niños y Adolescentes, versión de Autoinforme (CY-BOCS-SR)	6-14	Scahill y cols. (1997, versión de entrevista; Storch y cols., 2006, versión autoinforme) [Godoy y cols., 2011]
Ansiedad por separación			
Autoinforme	Cuestionario de Ansiedad por Separación en la Infancia-Versión Niños (CASI-N)	6-11	Espada, Méndez, Orgilés e Hidalgo, en Méndez Carrillo y cols. (2008a)
	Escala de Ansiedad por Separación para Niños (CSAS)	8-11	Méndez, Espada, Orgilés, Llavona y García-Fernández (2014)
Heteroinforme	Cuestionario de Ansiedad por Separación de Inicio Temprano (CASI-T) [padres]	3-5	González, Méndez e Hidalgo, en Méndez Carrillo y cols. (2008a)
	Cuestionario de Ansiedad por Separación en la Infancia-Versión Padres (CASI-P)	6-11	Espada, Méndez, Orgilés e Hidalgo, en Méndez Carrillo y cols. (2008b)

Por último, para evaluar el miedo y la ansiedad del niño hacia un objeto, situación o estímulo determinado, las escalas de estimación del miedo, también denominadas termómetros de miedo, son especialmente útiles en la práctica clínica, especialmente las escalas que se representan de forma gráfica utilizando gestos, diagramas de barras, semáforos o dibujos (véase Méndez, 1999).

2.3. Instrumentos para evaluar los factores causales

Para la evaluación de los constructos que se han propuesto como factores de vulnerabilidad a los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes o como determinantes actuales de los mismos y que se han analizado en el capítulo 7 (por ejemplo, sucesos estresantes, estilos educativos parentales, rasgos temperamentales, rasgos de personalidad, pensamientos automáticos ansiógenos, creencias disfuncionales, etc.), se pueden utilizar varios instrumentos como, por ejemplo, entrevistas libres o semiestructuradas, autorregistros y cuestionarios, incluidos entre estos últimos algunos

diseñados específicamente para ese tipo de población y que o bien han sido creados en España o bien ha sido adaptados a partir de muestras de menores españoles. A modo de ejemplo, a continuación se enumeran algunos de ellos y se resumen sus características principales.

Para la evaluación de los **sucesos estresantes** se pueden utilizar autorregistros y entrevistas, así como los tres cuestionarios que se describieron en el capítulo 4: el *Inventario de Estrés Cotidiano Infantil* o IECI, el *Inventario de Acontecimientos Vitales Estresantes* o AVE y el *Inventario de Acontecimientos Vitales en Infancia y Adolescencia* o AVIA. Tal y como se comentó en el capítulo 4, parece conveniente, una vez administrado alguno de estos cuestionarios, mantener una entrevista con los niños y adolescentes para que nos expliquen con mayor detalle los sucesos vitales identificados más relevantes y profundizar en sus características y en su relación con el trastorno de ansiedad que padecen.

El *Perfil de Estilos Educativos* o PEE, de García Pérez y Magaz Lago (1998), o el *Cuestionario de Crianza Parental* o PCRI (Parental-Child Relationship Inventory; Gerard, 1994), en su adaptación española para madres (PCRI-M; Roa Capilla y del Barrio, 2001), podrían ser algunas de las alternativas para la evaluación de los estilos educativos y las actitudes hacia la crianza y hacia los hijos. Por ejemplo, el PCRI-M está compuesto por 78 ítems que se agrupan en siete escalas, además de una muy breve de deseabilidad social:

a) Apoyo: nivel de apoyo social y emocional que la madre está recibiendo (por ejemplo, «cuando toca criar al hijo me siento sola»).
b) Satisfacción con la crianza: satisfacción que se obtiene del hecho de ser madre (por ejemplo, «mis sentimientos acerca de la paternidad cambian de día en día»).
c) Compromiso: grado de interacción con el hijo y nivel de conocimiento que se tiene de él (por ejemplo, «me cuesta ponerme de acuerdo con mi hijo»).
d) Comunicación: percepción que se tiene sobre si la comunicación con el hijo es efectiva (por ejemplo, «cuando mi hijo está molesto por algo generalmente me lo dice»).
e) Disciplina: nivel de exigencia que se tiene en el cumplimiento de las normas (por ejemplo, «tengo problemas para imponer disciplina a mi hijo»).
f) Autonomía: actitud y habilidad para dejar que el hijo sea independiente (por ejemplo, «no puedo aguantar la idea de que mi hijo crezca).
g) Distribución de rol: actitud sobre el reparto de las tareas de crianza en la pareja (por ejemplo, «las madres deben trabajar solo en caso de necesidad»).

A las madres que completan el PCRI-M se les pide que indiquen el grado de acuerdo con el contenido de los ítems en lo que se refiere a ellas, utilizando para ello una escala tipo Likert de cuatro puntos que va desde «muy de acuerdo» a «en total desacuerdo».

La evaluación del rasgo temperamental de **inhibición conductual** se puede llevar a

cabo mediante la *Escala de Inhibición Conductual para Preescolares, Versión de Maestros* (EICP-M; Ballespí Sola, Jané Ballabriga, Riba Lloret y Domènech-Llaberia, 2003). La EICP-M ha sido diseñada para evaluar en niños de 3 a 6 años los siguientes patrones de conducta típicos de la inhibición conductual: largas latencias hasta interactuar con los estímulos no familiares, el retraimiento ante estos estímulos, el cese del juego y de las vocalizaciones, la tendencia a permanecer cerca del cuidador, la hipersensibilidad y el llanto fácil, las expresiones faciales de miedo y la prudencia excesiva. Para ello, la escala consta de 14 afirmaciones o ítems que el maestro debe contestar sobre el niño, valorando con qué frecuencia este presenta esos patrones de conducta, desde «nunca» hasta «siempre» (véase la tabla 8.4). La EICP-M fue creada originalmente en catalán y posteriormente traducida al español; sin embargo, parece que sus propiedades psicométricas, que son aceptables, solo han sido puestas a prueba para la versión original (Ballespí Sola y cols., 2003).

Una buena opción para la evaluación de la **sensibilidad a la ansiedad** es el *Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños* o CASI (Childhood Anxiety Sensitivity Index; Silverman, Fleisig, Rabian y Peterson, 1991), en la adaptación española de Sandín y Chorot (véase Sandín, 1997, y Sandín, Chorot, Santed y Valiente, 2002). El CASI es la versión para niños y adolescentes del *Índice de Sensibilidad a la Ansiedad* o ASI (Anxiety Sensitivity Index; Reiss y cols., 1986), quizá el instrumento estándar para la evaluación del constructo y sobre el que hay más estudios (McNally, 2002) (existe también una adaptación española del ASI desarrollada por Sandín, Chorot y McNally, 1996). El CASI consta de 18 ítems cuyo contenido se refiere al miedo a las consecuencias físicas, cognitivas y sociales de la ansiedad (por ejemplo, «me asusto cuando siento como si me fuera a des mayar», «cuando tengo miedo me preocupa que pueda estar loco», «cuando me siento asustado quiero que la gente no se dé cuenta»). El niño o adolescente debe contestar si los ítems lo describen, utilizando una escala Likert de tres alternativas: «nada», «un poco» y «mucho», que se puntúan como 1, 2 y 3, respectivamente, y que permite obtener una puntuación total en sensibilidad a la ansiedad (rango: 18-54). Datos sobre la fiabilidad y validez de la versión española del CASI en una muestra de niños de 9 a 11 años se pueden encontrar en Sandín y cols. (2002).

TABLA 8.4
Ejemplos de ítems de la Escala de Inhibición Conductual para Preescolares

Instrucciones. Por favor, ponga una cruz en la casilla que corresponda. Por favor, no deje ningún ítem sin contestar.

A) **¿Cómo reacciona este alumno ante otro niño (de aproximadamente su edad) que no le resulta familiar?**

	Alguna	**Casi**	

	vez	**siempre**	

*A*1. Presenta una expresión facial de miedo o preocupación.

*A*4. Se coge a la maestra o el maestro.

*A*7. Queda como paralizado.

***B*) ¿Cómo se comporta en el patio o en situación de juego en la clase?**

	Nunca	**Alguna vez**	**Casi siempre**	**Siempre**

*B*10. Pasa más tiempo jugando solo que en grupo.

*B*14. Enseguida juega con la mayoría de los niños, aunque no los conozca.

FUENTE: versión de Maestros (EICP-M) (Ballespí Sola y cols., 2003).

Respecto a las **creencias o actitudes disfuncionales** relacionadas con los trastornos de ansiedad, se puede emplear la adaptación española del *Cuestionario de Fusión Pensamiento-Acción para Adolescentes* o TAFQ-A (Thought-Action Fusion Questionnaire for Adolescents; Muris, Meesters, Rassin, Merckelbach y Campbell, 2001), en su adaptación española de Fernández-Llebrés, Godoy y Gavino (2010), para la evaluación de las creencias disfuncionales relacionadas con el trastorno obsesivo-compulsivo. El TAFQ-A consta de 15 ítems: ocho miden creencias de que tener un pensamiento inaceptable es moralmente tan malo como realizar el acto equivalente (moralidad) y los otros siete miden creencias de que pensar sobre un hecho inaceptable o peligroso incrementa la probabilidad de que ese hecho ocurra realmente (probabilidad). Aunque en la versión original los ítems se contestan evaluando su grado de acuerdo con escalas de tipo Likert de 4 puntos que van desde «1», que significa «nada de acuerdo», hasta 4, que significa «totalmente de acuerdo», en la adaptación española cada ítem se evalúa desde «0» hasta «3», ya que en los estudios piloto con niños y adolescentes españoles de primaria y secundaria la escala de cero a tres puntos resultaba mejor utilizada, especialmente por los niños más pequeños, que tendían a asociar fácilmente el «0» con «nada de acuerdo». La muestra que participó en la adaptación tenía edades comprendidas entre 9 y 19 años, aunque la inmensa mayoría (99 %) entre 10 y 17 (véase Nogueira Arjona y cols., 2012). Por tanto, en la adaptación española la puntuación total del TAFQ-A puede oscilar entre 0 y 45 puntos, la de la escala de moralidad entre 0 y 24 y la de la escala de probabilidad entre 0 y 21.

Con el mimo objetivo de evaluar las creencias o actitudes disfuncionales típicas de los niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo fue también creado el *Cuestionario de Creencias Obsesivas-Versión Infantil* o OBQ-CV (Coles y cols., 2010),

Cuestionario de Creencias Obsesivas-Versión Infantil o OBQ-CV (Coles y cols., 2010), cuya adaptación española se debe a Nogueira Arjona y cols. (2012). El OBQ-CV está formado por 44 ítems distribuidos en tres subescalas: responsabilidad/estimación de la amenaza, perfeccionismo/intolerancia a la incertidumbre e importancia/control de los pensamientos, y que se responden con escala de tipo Likert de 5 opciones. La adaptación española ha sido utilizada y tiene índices adecuados de fiabilidad y validez para niños y adolescentes de 9 a 19 años (Nogueira Arjona y cols., 2012).

Las creencias y actitudes disfuncionales de perfeccionismo se pueden evaluar mediante la *Escala de Perfeccionismo en Niños y Adolescentes* o CAPS (Child and Adolescent Perfectionism Scale; Flett, Hewitt, Boucher, Davidson y Munro, 2000), de la que existe una versión española de Castro-Fornieles y cols. (2004). La CAPS es un cuestionario de 22 ítems que se dividen en dos subescalas:

a) Perfeccionismo orientado hacia uno mismo.
b) Perfeccionismo socialmente orientado.

Los ítems de la primera subescala hacen referencia a creencias y conductas relacionadas con tener normas exigentes para uno mismo, evaluar la propia conducta severamente y luchar para lograr la perfección y evitar el fracaso, mientras que los ítems de la segunda subescala se refieren a creencias y conductas relacionadas con creer que los demás tienen normas excesivamente elevadas respecto a uno mismo, que se será evaluado rigurosamente por los demás y que los demás ejercerán presión para que uno mismo no sea perfecto. Todos los ítems de la CAPS se contestan mediante escalas de respuesta de tipo Lickert de 5 puntos, en las que 1 significa «falso o no me sucede nunca» y 5 «muy cierto en mi caso».

Para evaluar las **autoafirmaciones negativas, el autodiálogo negativo o los pensamientos automáticos negativos** relacionados con los trastornos de ansiedad, se pueden utilizar, tal y como se comentó en el capítulo 4, autorregistros, los cuales, además, se pueden utilizar terapéuticamente, pero también se pueden utilizar cuestionarios como, por ejemplo, el *Cuestionario de Cogniciones Sociales* o SCQ (Social Cognitions Questionnaire; Wells, Stopa y Clark, 1993), adaptado para adolescentes españoles por Calvete y Orue (2012). Este cuestionario consta de 22 ítems referidos a pensamientos anticipatorios en las interacciones sociales y sobre los cuales la persona evaluada debe valorar la frecuencia con que los tuvo durante la última semana a través de escalas de tipo de Likert de 1 («nunca») a 5 («siempre»). El SCQ permite obtener una puntuación total de pensamientos anticipatorios relacionados con la ansiedad social y una puntuación para cada una de sus tres subescalas: pensamientos de autoconcepto negativo, pensamientos de anticipación de fracaso en la ejecución y pensamientos de anticipación de evaluación negativa. La versión española del SCQ ha mostrado buenos índices psicométricos de validez factorial, fiabilidad y validez de criterio (Calvete y Orue, 2012).

solución de problemas sociales se pueden utilizar las escalas ya señaladas en el capítulo 4: la *Escala de Asertividad* (EA), el *Cuestionario de Habilidades de Interacción Social* o la *Escala de Habilidades Sociales* (EHS) para medir las habilidades sociales, y el *Inventario de Solución de Problemas Sociales-Revisado* (SPSI-R) para medir las habilidades de solución de problemas.

3. FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO

Tal y como se comentó en el capítulo 4, tras la aplicación de los instrumentos que, en cada caso, parezcan relevantes para entender el trastorno de ansiedad del niño o adolescente que acude a consulta en busca de ayuda profesional, el siguiente paso en terapia de conducta es realizar un análisis funcional que permita integrar toda esa información, establecer hipótesis causales e identificar en cada niño o adolescente cuáles son los factores causales concretos más importantes que influyen en su trastorno de ansiedad y, entre estos factores causales, cuáles son modificables y, por tanto, pueden servir como objetivos del tratamiento.

Para realizar ese análisis funcional se puede utilizar el esquema teórico general que se presentaba en el capítulo 4 (tabla 4.9), pero también se pueden utilizar esquemas teóricos más específicos, basados, por ejemplo, en las teorías y modelos explicativos de los trastornos de ansiedad que se recogen en las figuras 7.1, 7.2, 7.3 y 7.4. En cualquier caso, esos esquemas teóricos nomotéticos deben concretarse para cada niño o adolescente en particular de manera que el análisis funcional sea válido y útil únicamente para él. En este sentido, y recordando lo dicho en el capítulo 4, el análisis funcional se puede utilizar para establecer las hipótesis causales que explican el trastorno de ansiedad en general del niño o adolescente o para establecer las hipótesis causales que explican uno o varios de sus síntomas; asimismo, el análisis funcional se puede aplicar con un enfoque más molar, utilizando factores causales más generales (por ejemplo, perfeccionismo, problemas sociales), o con un enfoque más molecular, utilizando factores causales más concretos (por ejemplo, cree que hacer algo perfecto es posible y necesario, o no es capaz de invitar a salir a ninguna chica).

Finalmente, toda la información del análisis funcional se puede reflejar en un diagrama analítico-funcional que de manera individualizada y más dinámica y gráfica muestre las relaciones causales identificadas. Este diagrama, a su vez, puede ser general, como los que se presentan en las figuras 6.1 y 10.1, o puede ser más específico y detallado, siguiendo la metodología propuesta por Haynes (2005; Haynes y cols., 2011).

9

Tratamiento de los trastornos de ansiedad

1. TRATAMIENTOS EFICACES PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

De forma parecida a lo ocurrido en el área de la depresión, en los últimos 35 años la investigación sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos y farmacológicos para los trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia ha crecido de forma notable, de manera que hoy en día ha alcanzado el volumen suficiente como para permitir la publicación en los últimos 15 años de más de una docena de revisiones metaanalíticas, tanto sobre los trastornos de ansiedad en general (Ipser, Stein, Hawkridge y Hoppe, 2009; Ishikawa, Okajima, Matsuoka y Sakano, 2007; James, Soler y Weatherall, 2008; Silverman, Pina y Viswesvaran, 2008) como sobre trastornos específicos como, por ejemplo, el trastorno por estrés postraumático (Kowalik, Weller, Venter y Drachman, 2011; Silverman, Ortiz y cols., 2008; Wethington y cols., 2008), el trastorno obsesivo-compulsivo (Barrett, Farrell, Pina, Peris y Piacentini, 2008; Geller y cols., 2003; O'Kearney, Anstey y von Sanden, 2008), la fobia social (Olivares Rodríguez, Rosa Alcázar, Caballo y cols., 2003), las fobias específicas (Orgilés, Rosa, Santacruz, Méndez, Olivares y Sánchez-Meca, 2002) o los trastornos de ansiedad generalizada y ansiedad por separación (Orgilés Amorós, Méndez Carrillo, Rosa Alcázar e Inglés Saura, 2003).

Estas revisiones permiten llegar a algunas conclusiones sólidas sobre la eficacia de los tratamientos actuales para la mayoría de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia (por ejemplo, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada), aunque no para otros (por ejemplo, trastorno de angustia y agorafobia), puesto que sobre estos últimos los estudios son aún escasos o sus resultados son inconsistentes o poco concluyentes. No obstante, tomados en conjunto todos los trastornos de ansiedad, la primera conclusión que se puede extraer de las revisiones metaanalíticas citadas anteriormente es que actualmente existen tratamientos eficaces para los niños y adolescentes que sufren dichos trastornos.

La segunda conclusión es que, entre dichos tratamientos, el de primera elección es, actualmente, el psicológico y, en particular, la terapia de conducta. De hecho, incluso la Asociación Británica de Psicofarmacología, una institución tan prestigiosa como poco sospechosa de favoritismo hacia los tratamientos psicológicos, proponía la siguiente

recomendación en relación con los tratamientos farmacológicos para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: «Reserve los tratamientos farmacológicos para los niños y adolescentes que no hayan respondido a los tratamientos psicológicos, y en los cuales los beneficios potenciales es probable que superen los riesgos potenciales» (Baldwin y cols., 2005, p. 588). En la misma línea, en una revisión más reciente sobre la farmacoterapia para niños y adolescentes con trastornos de ansiedad y publicada en *Psychiatric Annals*, una revista que tampoco es sospechosa de sesgos en contra de ese tipo de terapia, dos psiquiatras especialistas en ese campo afirmaban: «La farmacoterapia no es normalmente el tratamiento de primera elección, sino que habitualmente se reserva para pacientes que no han mejorado adecuadamente con psicoterapia o para aquellos en los que la gravedad de los síntomas y el deterioro funcional demandan tipos de tratamiento más intensivos y multimodales. El papel de los fármacos debe, por consiguiente, verse en el contexto de una aproximación terapéutica completa en la cual las intervenciones psicosociales desempeñan una parte integral» (Vitiello y Waslick, 2010, p. 186).

En definitiva, dada su contrastada eficacia, tanto a corto como a largo plazo, y dada la ausencia de efectos secundarios conocidos, las terapias psicológicas se erigen como la alternativa terapéutica de primera elección para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, en particular las terapias conductuales o cognitivo-conductuales, pues son estas las que han recibido mayor apoyo empírico en todas las revisiones metaanalíticas sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos, sea cual sea el trastorno de ansiedad que se analice (Barrett y cols., 2008; Olivares Rodríguez, Rosa Alcázar, Caballo y cols., 2003; Orgilés y cols., 2002; Silverman, Ortiz y cols., 2008; Silverman, Pina y Viswesvaran, 2008; Wethington y cols., 2008).

2. TERAPIAS PSICOLÓGICAS

Existen dos tipos de programas derivados de la terapia de conducta para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Por un lado, existen programas conductuales o cognitivo-conductuales específicos, desarrollados para el tratamiento de un trastorno de ansiedad en particular, de manera que su eficacia o efectividad han sido puestas a prueba en estudios experimentales controlados con muestras de niños y adolescentes que sufren ese trastorno de ansiedad concreto. Estos programas, a su vez, pueden estar centrados en una única técnica o componente terapéutico principal (unicomponentes) o, por el contrario, ser multicomponentes e incluir un cierto número de técnicas y componentes terapéuticos principales. Por otro lado, desde la terapia de conducta también se han elaborado programas cognitivo-conductuales genéricos, diseñados para tratar más de un trastorno de ansiedad. Normalmente, estos programas han sido puestos a prueba en estudios experimentales con muestras de niños y adolescentes que sufren de cualquiera de los trastornos para los

cuales están indicados.

2.1. Tratamientos específicos

Sin ánimo de ser exhaustivos, a continuación se presentan algunos de los tratamientos específicos más adecuados para la fobia específica, la fobia social, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de angustia y el trastorno obsesivo-compulsivo. Para el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de ansiedad por separación las mejores alternativas terapéuticas son algunos de los tratamientos que se expondrán más adelante, en el apartado correspondiente a los tratamientos genéricos.

2.1.1. Fobia específica

Siguiendo los criterios propuestos por la División 12 de Psicología Clínica de la Asociación Americana de Psicología para la validación empírica de los tratamientos psicológicos (Chambless y cols., 1998) y que se describieron en el capítulo 2, Méndez Carrillo, Rosa Alcázar, Orgilés Amorós, Santacruz Prieto y Olivares Rodríguez (2003) encontraron, tras revisar la literatura científica, que existían tres tratamientos unicomponentes cuya eficacia puede considerarse bien establecida para las fobias específicas en niños y adolescentes: la **desensibilización sistemática en vivo,** la **práctica reforzada** y el **modelado participante.**

Como bien señalan esos autores, estos tres tratamientos comparten un mismo principio que, sin duda, constituye la base de cualquier tratamiento de elección para las fobias específicas: *la interacción gradual en vivo con los estímulos fóbicos;* de hecho, quizá este principio sea la base del tratamiento de elección para cualquier trastorno de ansiedad.

En el caso de las fobias específicas en niños y adolescentes, ese principio se complementa con elementos adicionales que facilitan dicha interacción: agentes inhibidores de la ansiedad como, por ejemplo, la experimentación de emociones positivas mediante juegos, cantos, bailes, etc. (desensibilización sistemática en vivo); el control estimular de la conducta de aproximación mediante la introducción de estímulos discriminativos como, por ejemplo, la instrucción «aguanta hasta que no puedas más» (práctica reforzada); el manejo de contingencias mediante el reforzamiento positivo de la conducta de aproximación (práctica reforzada), y la imitación por parte del niño de la conducta de un modelo que interactúa con los estímulos fóbicos sin consecuencias negativas y con consecuencias positivas (modelado participante).

Brevemente, la **desensibilización sistemática en vivo** es un tratamiento en el que al niño o adolescente, mientras está en un estado emocional antagónico con la ansiedad (por ejemplo, relajado, contento), se le expone en su realidad física a los objetos, situaciones o seres vivos que le provocan ansiedad, y dicha exposición se hace de

manera gradual, iniciándola con los estímulos que le provocan menos ansiedad (por ejemplo, una araña en un bote de cristal a una distancia de diez metros) y pasando progresivamente a los que le producen más miedo a partir de una jerarquía elaborada en colaboración con el niño o adolescente. El objetivo del tratamiento es reducir de forma directa las respuestas de ansiedad psicofisiológicas y motoras (escape/evitación), y de forma indirecta las cognitivas. El desarrollo de la desensibilización sistemática en vivo sigue, en general, el siguiente proceso:

a) Entrenamiento del niño o adolescente en relajación, normalmente mediante el entrenamiento en relajación progresiva adaptado a los niños y adolescentes (por ejemplo, los procedimientos propuestos por Cautela y Groden, 1985).
b) Elaboración de una jerarquía de 10-20 estímulos que provocan en el niño o adolescente miedo y que estén bien graduados de menor a mayor ansiedad.
c) Presentación graduada de los estímulos mientras el niño o adolescente se encuentra relajado, de forma que no se avanza al siguiente estímulo de la jerarquía hasta que el menor no informa en dos ensayos que la presencia del estímulo no le produce ansiedad.

Dado que en el tratamiento de algunas fobias se requiere que el niño se exponga a la situación temida mientras se mueve (por ejemplo, en la fobia al agua se le pide al niño que chapotee, nade o juegue en el agua), no es posible en estos casos utilizar la relajación como respuesta antagónica de la ansiedad y, por consiguiente, se utilizan otras como, por ejemplo, las emociones positivas inducidas mediante imágenes agradables o los sentimientos de seguridad y orgullo inducidos mediante frases de ánimo.

La **práctica reforzada** consiste en la repetición de conductas graduales de aproximación a los objetos, situaciones o seres vivos temidos (por ejemplo, conductas de aproximación a un perro), las cuales se facilitan mediante el uso de instrucciones verbales (por ejemplo, instrucciones que animan al niño a jugar con fotos de perros) y son fortalecidas mediante el empleo de reforzamientos positivos (sociales o materiales; por ejemplo, una golosina si consigue estar diez segundos a dos metros del perro) y de retroalimentación (información precisa sobre los logros conseguidos en la aproximación al estímulo temido, por ejemplo mediante algún gráfico atractivo que indique el tiempo que ha conseguido estar cerca del perro o la distancia a la que ha conseguido acercarse).

En el **modelado participante** se pide al niño que observe atentamente a un modelo que va realizando una secuencia de conductas de aproximación a los objetos, situaciones o seres vivos temidos, y que son progresivamente más difíciles (por ejemplo, saludar a un perro amaestrado, acariciarlo, pasearlo, jugar con él, etc.). Posteriormente, se pide al niño que imite y reproduzca las conductas que ha realizado el modelo. Habitualmente, el inicio y la realización por parte del niño de las conductas de la secuencia se acompañan de reforzamiento positivo social. Por otro lado, además de las conductas de aproximación al estímulo fóbico, la secuencia de conductas que exhibe el modelo

incluye en algunos casos conductas de afrontamiento (modelado de afrontamiento), de manera que, por ejemplo, el modelo realiza conductas de vacilación al principio de la secuencia y conductas de autorreforzamiento al final de la misma.

Además de estos tratamientos unicomponentes de eficacia bien establecida para la fobia específica, existe un buen número de otros tratamientos cognitivo-conductuales similares cuya eficacia, siguiendo los criterios de la División 12 de Psicología Clínica de la Asociación Americana de Psicología para la validación empírica de los tratamientos psicológicos, no está bien establecida, pero que pueden considerarse tratamientos probablemente eficaces en niños y adolescentes con fobia específica, ya que cumplen todos los criterios de un tratamiento bien establecido, salvo uno (por ejemplo, su eficacia no ha sido replicada por otro equipo de investigación independiente). Este es el caso, por ejemplo, de la desensibilización sistemática en imaginación, las escenificaciones emotivas, el modelado sin participación o las autoinstrucciones de valentía (Méndez Carrillo y cols., 2003). De estos tratamientos merece la pena destacar las **escenificaciones emotivas,** ya que es una de las pocas terapias psicológicas creadas por un psicólogo español. Méndez Carrillo creó este programa multicomponente para el tratamiento de las fobias específicas en niños de 3 a 8 años combinando, en un contexto lúdico, la exposición gradual en vivo al estímulo fóbico, el modelado participante de las conductas de valentía y el reforzamiento positivo de las conductas de aproximación a la situación temida (Méndez Carrillo, Orgilés Amorós y Espada Sánchez, 2004). La terapia, que se desarrolla mediante el juego y la representación de papeles y argumentos reales e inventados, ha mostrado su eficacia, por ejemplo, en un ensayo controlado con niños de 5 a 8 años con fobia a la oscuridad y aplicada mediante el entrenamiento a padres (Méndez Carrillo y cols., 2004). En el capítulo 10 se puede consultar su aplicación en el caso de una niña con un trastorno de ansiedad por separación con miedo a la oscuridad.

2.1.2. Fobia social

Siguiendo también los criterios de la División 12 de Psicología Clínica de la Asociación Americana de Psicología para la validación empírica de los tratamientos psicológicos, y tras revisar la literatura científica correspondiente, Olivares Rodríguez, Rosa Alcázar, Piqueras Rodríguez, Méndez Carrillo y Ramos Linares (2003) han identificado un programa multicomponente cuya eficacia está bien establecida para los niños y adolescentes que sufren fobia social: la terapia cognitivo-conductual grupal para adolescentes (Albano, Marten y Holt, 1991).

La **terapia cognitivo-conductual grupal para adolescentes** de Albano y cols. (1991) es un programa multicomponente grupal dirigido a enseñar a los adolescentes habilidades específicas que les ayuden a afrontar las situaciones sociales que les generen ansiedad; incluye varios componentes terapéuticos en las dos fases de ocho sesiones

cada una en que está dividido:

a) Fase educativa y de entrenamiento en habilidades, que incluye terapia cognitiva de Beck, entrenamiento en resolución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales.
b) Fase de exposición, que incluye la realización de ensayos de conducta y de exposiciones en vivo para afrontar las situaciones sociales temidas que previamente los adolescentes han identificado y jerarquizado (Olivares Rodríguez y cols., 2003).

En esa misma revisión que se ha citado antes (Olivares Rodríguez, Rosa Alcázar, Piqueras Rodríguez y cols., 2003) también se identificaron los siguientes tratamientos, probablemente eficaces para la fobia social:

— La terapia para la eficacia social adaptada para niños (SET-C) y para adolescentes (SET-A) (Beidel y Roberson-Nay, 2005; Beidel, Turner y Morris, 2004).
— La **intervención en adolescentes con fobia social (IAFS)** (Olivares Rodríguez, 2005), una versión actualizada y mejorada de la SET-A para adolescentes españoles.

La IAFS es un programa multicomponente grupal que consta de cuatro componentes principales:

1. *Psicoeducación.* Incluye, por ejemplo, la presentación de un modelo explicativo de la fobia social, el establecimiento de conductas-meta jerarquizadas para cada miembro del grupo y la evaluación de las expectativas sobre el tratamiento y sus resultados.
2. *Entrenamiento en habilidades sociales.* Implica el entrenamiento en asertividad y en habilidades para iniciar y mantener conversaciones, dar y recibir cumplidos, etc., entrenamiento que es también una excusa para realizar el componente de exposición.
3. *Exposición.* Es el elemento más importante del programa y en torno al cual giran los demás, e implica la exposición a las diferentes situaciones sociales que forman parte del entrenamiento en habilidades, pero en condiciones de creciente ansiedad mediante la utilización, por ejemplo, de chicas y chicos ajenos al programa que han sido entrenados previamente para actuar como cómplices de los terapeutas.
4. *Técnicas de reestructuración cognitiva.* Se utilizan técnicas cognitivas basadas en la terapia cognitiva de Beck y en la terapia racional emotiva de Ellis.

El programa IAFS se desarrolla durante 12 sesiones semanales de 90 minutos de duración e incluye tareas para casa que conllevan exposiciones en vivo a situaciones

sociales relacionadas con las habilidades entrenadas. El contenido sesión a sesión del programa IAFS se recoge en la tabla 9.1.

2.1.3. Trastorno por estrés postraumático

Siguiendo también los criterios de la División 12 de Psicología Clínica de la Asociación Americana de Psicología, Silverman y cols. (2008) han identificado un programa multicomponente, la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, cuya eficacia está bien establecida para los niños y adolescentes que sufren trastorno por estrés postraumático (así como otros trastornos mentales) como consecuencia de haber estados expuestos a sucesos traumáticos, en particular a abusos sexuales (véase también Taylor y Chemtob, 2004).

La **terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma** engloba un conjunto de tratamientos multicomponentes que a veces han sido denominados con otros nombres por los investigadores (por ejemplo, terapia cognitiva-conductual para niños que han sido abusados sexualmente), pero que comparten un mismo conjunto de componentes terapéuticos: trabajo con el menor en formato individual, entrenamiento en procedimientos y habilidades cognitivas y conductuales (por ejemplo, relajación progresiva, parada de pensamiento, imaginación positiva, habilidades asertivas y de afrontamiento) y tareas de exposición mediante narraciones, dibujos u otros métodos en imaginación (Silverman y cols., 2008). Algunos de estos tratamientos también incluyen sesiones individuales con los padres dirigidas a proporcionarles psicoeducación sobre la situación traumática, así como a enseñarles estrategias para afrontar sus propios problemas emocionales derivados de dicha situación, habilidades de comunicación con sus hijos y habilidades de manejo de contingencias para reducir los miedos, síntomas de ansiedad y comportamientos sexuales inapropiados de sus hijos.

TABLA 9.1
Componentes terapéuticos del programa IAFS (intervención en adolescentes con fobia social)

Sesión	Componentes terapéuticos
1.ª	— Psicoeducación: modelo explicativo de la fobia social y presentación del programa y sus normas.
2.ª	— Reestructuración cognitiva (terapia cognitiva de Beck y terapia racional emotiva de Ellis).
3.ª	— Entrenamiento en habilidades sociales: iniciar y mantener conversaciones (I).
4.ª	— Entrenamiento en habilidades sociales: atender y recordar; iniciar y mantener conversaciones (II).
5.ª	— Entrenamiento en habilidades sociales: asertividad (I).
6.ª	— Entrenamiento en habilidades sociales: asertividad (II).

	— Exposición a iniciar y mantener conversaciones.
7.ª	— Entrenamiento en habilidades sociales: recibir y dar(se) cumplidos; establecer y mantener amistades.
8.ª	— Exposición a relacionarse con personas del sexo opuesto. — Entrenamiento en habilidades sociales: asertividad (III).
9.ª	— Entrenamiento en habilidades sociales: hablar en público (I: habilidades verbales y no verbales). — Exposición. — Uso del *videofeedback.*
10.ª	— Entrenamiento en habilidades sociales: hablar en público (II). — Exposición a preparar el inicio, desarrollo y conclusión de una charla apoyándose en notas. — Uso del *videofeedback.*
11.ª	— Entrenamiento en habilidades sociales: hablar en público (III). — Exposición a iniciar, desarrollar y concluir una charla apoyándose en notas. — Uso del *videofeedback.*
12.ª	— Entrenamiento en habilidades sociales: hablar en público (IV). — Exposición a iniciar, desarrollar y concluir una charla improvisada. — Detección de situaciones potencialmente peligrosas y prevención de recaídas.

FUENTE: modificado de Olivares (2011).

2.1.4. Trastorno de angustia

Al contrario de lo que ocurre con otros trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (por ejemplo, fobia específica, fobia social) y de lo que ocurre con el trastorno de angustia en adultos, existe muy poca investigación empírica sólida sobre el tratamiento psicológico del trastorno de angustia, con o sin agorafobia, en niños y adolescentes, en parte porque su baja prevalencia hace muy difícil el reclutar participantes para los estudios intergrupales de tratamiento. Por tanto, no existe actualmente ningún tratamiento que pueda considerarse bien establecido o probablemente eficaz según los criterios de la División 12 de Psicología Clínica de la Asociación Americana de Psicología. Sin embargo, los pocos datos que existen apoyan la utilización de la terapia de conducta en este trastorno.

En concreto, existe al menos un estudio experimental controlado (Pincus, May, Whitton, Mattis y Barlow, 2010) que ha puesto a prueba la eficacia del **Tratamiento para el control del pánico para adolescentes** o PCT-A (Panic Control Treatment for Adolescents; Hoffman y Mattis, 2000), obteniendo buenos resultados. El PCT-A es una adaptación para adolescentes del tratamiento para el control del pánico o PCT de Craske y Barlow (2006) y que ha demostrado de manera consistente su eficacia en el tratamiento de los trastornos de angustia y de agorafobia con adultos.

El PCT-A es un tratamiento de 11 sesiones que incorpora exposición interoceptiva

(exposición a las sensaciones corporales asociadas con las crisis de angustia), exposición situacional (exposición a las situaciones agorafóbicas), entrenamiento en respiración lenta diafragmática y reestructuración cognitiva, además de psicoeducación. En la tabla 9.2 se recogen, sesión por sesión, los componentes más importantes del PCT-A. Dos de esos componentes son especialmente importantes: la exposición interoceptiva y la exposición situacional. El programa utiliza ejercicios durante las sesiones y actividades que se realizan en contextos naturales para llevar a cabo exposiciones interoceptivas y descondicionar las reacciones de miedo a través de la exposición repetida y gradual a las sensaciones físicas asociadas con el pánico. Por ejemplo, al adolescente se le pide durante las sesiones que respire a través de una fina pajita o se le pide como tarea para casa que corra, para, en ambos casos, generar sensaciones de falta de respiración. A través de estos ejercicios y actividades, el adolescente empieza a separar las sensaciones físicas de las reacciones automáticas de miedo y a aprender que tales sensaciones no son en realidad peligrosas. Por otro lado, en la sesión séptima se elabora con el adolescente una jerarquía de situaciones agorafóbicas y se mandan tareas para casa de exposición a dichas situaciones, de tal manera que la ansiedad y las conductas de evitación ante las mismas vaya desapareciendo.

Los resultados del estudio de Pincus y cols. (2010) indican que, en adolescentes de 14-17 años con trastorno de angustia con o sin agorafobia, el PCT-A consigue reducciones significativamente mayores en sintomatología de pánico, ansiedad y depresión y en sensibilidad a la ansiedad que una intervención de control que consistió en la realización de autorregistros del estado de ánimo y de las crisis de angustia y en la revisión de tales autorregistros con el terapeuta.

2.1.5. Trastorno obsesivo-compulsivo

Los resultados de las investigaciones realizadas hasta la fecha sugieren que, teniendo en cuenta los criterios de la División 12 de Psicología Clínica de la Asociación Americana de Psicología para la validación empírica de los tratamientos psicológicos, la terapia cognitivo-conductual individual basada en la exposición puede considerarse un tratamiento probablemente eficaz en adolescentes para el trastorno obsesivo-compulsivo (Barrett y cols., 2008; Franklin y cols., 2010). Además de técnicas cognitivas de reestructuración de creencias disfuncionales y de realización de experimentos conductuales para ponerlas a prueba, el principal componente de este tratamiento es la exposición con prevención de respuesta.

La **exposición con prevención de respuesta** consiste en exponer a los niños y adolescentes a las situaciones temidas que provocan sus obsesiones y sus compulsiones, indicándoles que bajo ningún concepto debe realizar los actos y rituales compulsivos que habitualmente ponen en marcha para aliviar su ansiedad (por ejemplo, si una adolescente evita ponerse una camiseta recién lavada por su madre por miedo a que no esté bien

lavada y pueda coger alguna enfermedad y, sistemáticamente, lava ella misma la camiseta otras dos veces antes de ponérsela, se le pide que se ponga la camiseta tal y como sale de la lavadora y no se le permite quitársela ni que se la lave por su cuenta). La lógica que subyace tras la aplicación de la exposición en el trastorno obsesivo-compulsivo es el hecho de que la ansiedad habitualmente disminuye después de que durante un tiempo suficiente se haya tenido contacto con un estímulo temido que no es intrínsecamente peligroso. Por tanto, esta exposición debe ser larga y repetida, se debe realizar preferentemente en un contexto natural y debe hacerse siempre de manera gradual, iniciándose con las situaciones que les provocan menos ansiedad y pasando progresivamente a las que les producen más temor a partir de una jerarquía elaborada en colaboración con el niño o adolescente. Cada conducta de aproximación del niño o adolescente a las situaciones que teme es reforzada por el terapeuta con reforzadores sociales o materiales. Las obsesiones del niño y adolescente también son objeto de exposición pidiéndole previamente al niño o adolescente que diga en voz alta lo que piensa, grabando dichos pensamientos en una cinta o en un dispositivo de grabación y reproduciéndolos posteriormente durante la exposición mientras se evita que el menor lleve a cabo sus actos o rituales compulsivos. En el libro de Gavino, Nogueira y Godoy (2014) se puede encontrar una presentación detallada de cómo se adapta y utiliza la exposición con prevención de respuesta y otras técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes. Además, en dicho libro se incluyen diversos materiales empleados en su aplicación (por ejemplo, cómics).

TABLA 9.2
Componentes terapéuticos del tratamiento para el control del pánico para adolescentes (PCT-A)

Sesión	Componentes terapéuticos
1.ª	— Psicoeducación: naturaleza del pánico y lógica del tratamiento. — Componente para padres.
2.ª	— Psicoeducación: fisiología del pánico y la ansiedad.
3.ª	— Psicoeducación: fisiología de la hiperventilación. — Entrenamiento en respiración lenta diafragmática.
4.ª	— Naturaleza de las cogniciones en el trastorno de pánico. — Componente para padres.
5.ª	— Sobrestimación de la probabilidad, pensamiento catastrofista, identificación de las creencias sobre lo que pasaría si el peor ataque de pánico ocurriese; reestructuración cognitiva.
6.ª	— Exposición interoceptiva, test de inducción de síntomas.
7.ª	— Revisión de la exposición interoceptiva.

— Comprobación de hipótesis.
— Jerarquía de evitación del miedo y de situaciones agorafóbicas.
— Componente para padres.

8.ª — Práctica de la exposición interoceptiva.
— Tareas para casa de exposición a las situaciones agorafóbicas.

9.ª — Exposición interoceptiva.
— Exposición interoceptiva en contextos naturales.
— Tareas para casa de exposición a las situaciones agorafóbicas.

10.ª — Revisión de habilidades y discusión sobre lo que pasaría si el peor ataque de pánico ocurriese y sobre el miedo al pánico.

11.ª — Revisión de habilidades y planificación de una práctica continuada.
— Componente para padres.

FUENTE*:* modificado de Pincus y cols. (2010).

Componente para padres: 10 minutos finales de la sesión correspondiente durante los cuales los adolescentes explicaban a sus padres las nuevas habilidades aprendidas y el terapeuta podía contestar a cualquier pregunta de los padres sobre el tratamiento.

2.2. Tratamientos genéricos

Por otro lado, desde la terapia de conducta también se han elaborado programas cognitivo-conductuales genéricos, diseñados para tratar más de un trastorno de ansiedad. Normalmente, estos programas han sido puestos a prueba en estudios experimentales con muestras de niños y adolescentes que sufren de cualquiera de los trastornos para los cuales están indicados. En la práctica clínica, el psicólogo debe adaptar el programa tanto al trastorno concreto que el niño o adolescente padece como a las propias características individuales del menor.

El programa pionero de este tipo es el llamado *Coping Cat* de Kendall (1990), diseñado para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad por separación y la fobia social. Otro ejemplo de este tipo de programas es el denominado *FRIENDS* (Barrett, Lowry-Webster y Turner, 2000a, 2000b), diseñado para la fobia social, la fobia específica, el trastorno de ansiedad por separación y el trastorno de ansiedad generalizada, y que es una extensión grupal del programa de Kendall que incluye, además, sesiones para el manejo de la ansiedad familiar y cuenta con versiones para niños de 4-6 años, para niños de 7-11 años y para adolescentes de 12-16 años (Pahl y Barrett, 2010). En función de los estudios empíricos que han analizado hasta ahora su eficacia, ambos programas pueden considerarse tratamientos probablemente eficaces para esos trastornos (Kendall y cols., 2010; Pahl y Barrett, 2010). Como cabría esperar, los dos programas incluyen múltiples componentes terapéuticos que combinan técnicas

cognitivas y conductuales para abordar los procesos cognitivos, fisiológicos y de aprendizaje que supuestamente interactúan en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, como puede verse en la tabla 9.3, el programa *FRIENDS* incluye técnicas cognitivas para la identificación y modificación de pensamientos o autodiálogos negativos, entrenamiento en relajación (respiración diafragmática, relajación muscular progresiva y visualización), entrenamiento en habilidades de solución de problemas, entrenamiento en habilidades de afrontamiento de las situaciones temidas (mediante modelado, juego de roles, práctica y reforzamiento), exposición gradual en vivo a las situaciones temidas y entrenamiento en habilidades de autorreforzamiento.

Por último, es importante señalar que todos los tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes incluyen un componente psicoeducativo importante dirigido al menor y centrado, por ejemplo, en la normalización de la ansiedad y de las diferencias individuales en ansiedad (véase, por ejemplo, las sesiones 1 y 2 del programa FRIENDS en la tabla 9.3), pero también, en muchos de esos tratamientos, se incluye un componente psicoeducativo dirigido a los padres. En este sentido, es útil el empleo de libros para que los padres entiendan el trastorno de sus hijos y la mejor manera de ayudarles a superar ese problema y a prevenir su reaparición. Por ejemplo, en España contamos con dos excelentes libros para padres de niños con fobia (Méndez, 2003) o con trastorno de ansiedad por separación (Méndez Carrillo, Orgilés Amorós y Espada Sánchez, 2008b), vinculados a programas cognitivo-conductuales desarrollados por autores españoles para el tratamiento de dichos trastornos (Méndez, 1999; Méndez Carrillo, Orgilés Amorós y Espada Sánchez, 2008a). En la misma dirección, otros recursos terapéuticos para los casos de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo o miedo a la oscuridad son los libros de Huebner (2009a, 2009b, 2009c), que enseñan a los niños estrategias y habilidades cognitivo-conductuales para superar esos trastornos utilizando un lenguaje adaptado a los niños, atractivas ilustraciones, actividades animadas e instrucciones paso a paso, pero que también pueden utilizarse como elementos psicoeducativos con los padres.

TABLA 9.3
Resumen de la secuencia y el contenido del programa «AMIGOS de por vida» (FRIENDS for life) para niños de 7-11 años con trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, fobia social y fobia específica

Sesión	Objetivo de la sesión
1.ª	— Establecimiento de una buena relación y presentación de los participantes del grupo. — Establecer las directrices del grupo. — Normalización de la ansiedad y de las diferencias individuales en ansiedad.
2.ª	— Educación afectiva e identificación de varias emociones. — Presentar la relación entre pensamientos y sentimientos.

3.ª	— Sentimientos. — Identificar los síntomas fisiológicos de la preocupación. — Recuerda relajarte. Ten un momento de tranquilidad. — Actividades de relajación.
4.ª	— ¡Puedo hacerlo! ¡Puedo esforzarme lo máximo posible! — Identificar el autodiálogo, presentar los pensamientos «verdes» que ayudan y los pensamientos «rojos» que no ayudan.
5.ª	— Entrenamiento en atención; buscar los aspectos positivos en todas las situaciones. — Cuestionar los pensamientos rojos que no ayudan. — Analiza soluciones y planes de afrontamiento por pasos. — Planes de afrontamiento por pasos y establecimiento de objetivos.
6.ª	— Habilidades de solución de problemas (plan de solución de problemas en seis fases). — Modelos de afrontamiento a imitar. — Planes de apoyo social.
7.ª	— Ahora recompénsate. ¡Has hecho todo lo posible!
8.a	— No te olvides de practicar. — Sonríe. ¡Mantén la calma para toda la vida! — Piensa en formas de afrontar o arreglártelas en las situaciones difíciles.
9.ª	— Generalización de las habilidades de FRIENDS a varias situaciones difíciles. — Enseñar a otros cómo usar las habilidades de afrontamiento de FRIENDS.
10.ª	— Habilidades para mantener las estrategias de FRIENDS. — Prepararse para los pequeños reveses que pueden ocurrir.
1.ª y 2.ª de reforzamiento	— Revisión de las estrategias de FRIENDS y preparación para los retos futuros.

FUENTE: tomado con modificaciones de Pahl y Barrett (2010, p. 65).

3. EL PAPEL DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

Varias de las revisiones metaanalíticas que se citaban al principio de este capítulo han revisado la eficacia de los tratamientos farmacológicos para los trastornos de ansiedad y, en este sentido, los resultados son bastante consistentes. Salvo en el caso de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) para el trastorno obsesivo-compulsivo, no está totalmente demostrada la eficacia y utilidad de ningún tratamiento farmacológico para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, puesto que, para algunos trastornos (por ejemplo, trastorno de angustia, agorafobia, trastorno por estrés postraumático), aún no se ha publicado ningún estudio experimental con grupo de control que haya demostrado la eficacia de algún fármaco, mientras que para otros trastornos (por ejemplo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de

ansiedad por separación, fobia social y fobia específica), los estudios experimentales controlados, aunque muestran indicios de eficacia para los ISRS, son pocos o no demuestran de forma clara que los beneficios terapéuticos de los ISRS superen a los riesgos derivados de sus efectos secundarios, ni que tales beneficios se prolonguen a largo plazo (Ipser y cols., 2009).

Es más, aunque la clomipramina, un antidepresivo tricíclico, se ha mostrado eficaz en varios estudios experimentales controlados con niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo (Geller y cols., 2003), se le considera un fármaco de segunda línea tras los ISRS, ya que sus efectos secundarios son más graves y es necesario monitorizar las posibles irregularidades sanguíneas y cardíacas que podrían ser letales en caso de sobredosis (Ipser y cols., 2009; Vitiello y Waslick, 2010). Por su parte, las benzodiacepinas, a pesar de que han experimentado en algunos países un aumento en su prescripción a menores (Zito y cols., 2003), todavía no han demostrado en estudios experimentales controlados resultados significativos de su eficacia para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (Ipser y cols., 2009), lo que desautoriza ese incremento en su prescripción, máxime dado que la ausencia de indicios de su eficacia se combina con la constatación de su elevado riesgo de abuso y dependencia.

Por esta razón, no es de extrañar que, tal y como se muestra en la tabla 9.4, actualmente en España no hay apenas fármacos aprobados y comercializados para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Sorprende, sin embargo, dos datos de la tabla 9.4. El primero, que estén aprobados dos neurolépticos, puesto que no hay ningún estudio empírico que justifique de manera sólida ese uso y, en cambio, hay una gran cantidad de estudios que indican que su uso puede provocar efectos secundarios importantes en los niños y adolescentes (por ejemplo, Seida y cols., 2012). De hecho, las revisiones narrativas y metaanalíticas sobre la utilización de los neurolépticos (o antipsicóticos) de primera y segunda generación restringen su indicación en niños y adolescentes a la esquizofrenia, el trastorno bipolar o la irritabilidad en el autismo, pero no hay datos sobre su eficacia en los trastornos de ansiedad (por ejemplo, Seida y cols., 2012). El segundo dato que sorprende es la aprobación de tres ansiolíticos, ya que, como se comentó antes, no existen datos sólidos sobre su eficacia para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes y, en cambio, su uso continuado tiene un elevado riesgo de producir problemas de abuso y dependencia de los propios ansiolíticos.

TABLA 9.4
Fármacos aprobados y comercializados en España para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes

Tipo de fármaco	Principio activo	Indicación de uso en niños y adolescentes

Antidepresivos	Sertralina	Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes de 6 a 17 años.
	Clomipramina	Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes de 6 a 17 años.
Ansiolíticos	Bromazepam	Distintos tipos de ansiedad, especialmente la provocada por neurosis y ansiedad reactiva, en niños y adolescentes de 4 años o más.
	Clorazepato dipotásico*	Neurosis de angustia, fobias y estados fóbico-obsesivos en niños y adolescentes de 2 a 15 años.
	Diazepam	Ansiedad, agitación y tensión psíquica debidas a estados psiconeuróticos y trastornos situacionales transitorios en niños y adolescentes de 6 meses o más.
Neurolépticos	Levomepromazina	Estados de ansiedad (de cualquier origen) en niños y adolescentes de 3 años o más.
	Pimozida	Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes de 3 años o más.

FUENTE: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2016).

* Esta indicación solo aparece para el nombre comercial «Tranxilium pediátrico».

Estos dos datos sorprendentes en las fichas técnicas de los fármacos aprobadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios podrían explicarse, al igual que ocurría con la utilización de algunos antidepresivos tricíclicos en los trastornos depresivos en niños y adolescentes (véase el capítulo 5), por la larga historia de los ansiolíticos y los antipsicóticos. Puesto que estos fármacos empezaron a utilizarse a finales de los años cincuenta del siglo pasado y, por tanto, llevan mucho tiempo comercializados, cabría la posibilidad de que sus fichas técnicas no estuvieran convenientemente actualizadas en lo que respecta a su aplicación en niños y adolescentes y en función de las últimas investigaciones, y, en cambio, reflejen la situación de la psicofarmacología infantil y adolescente de hace varias décadas, cuando acríticamente y sin estudios controlados que lo demostrasen se asumía que los fármacos que funcionaban con los adultos también debían funcionar con los niños y adolescentes.

Estas incongruencias entre los datos más actuales de la literatura científica y las indicaciones de uso de las fichas técnicas de los fármacos comercializados y aprobados en España es ciertamente preocupante, máxime cuando varios estudios han demostrado que en la población general española, incluida niños y adolescentes, ha habido un aumento espectacular del consumo de ansiolíticos en los últimos 15 años (AEMPS, 2014; Vicente Sánchez y cols., 2013). Por ejemplo, entre el año 2000 y el 2012 el consumo de ansiolíticos aumentó en un 46,8 % (AEMPS, 2014), por lo que no es extraño que España esté situada por encima de la media europea en el consumo de estos medicamentos (Simó Miñana, 2012).

4. UN EJEMPLO DE PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

De los programas de tratamiento existentes para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes que cuentan actualmente con datos empíricos experimentales sobre su eficacia, a continuación se describe el programa *Coping Cat* de Kendall, por ser uno de los que tiene más amplio espectro de aplicación, mayor aval empírico y disponer de material terapéutico traducido al español, en concreto el cuaderno de actividades para el niño (Kendall, 2009) y el manual para el terapeuta (Kendall, 2010) para el tratamiento individual.

El programa de tratamiento *Coping Cat* («El gato valiente» en su traducción española, aunque algunos psicólogos españoles como Méndez Carrillo y cols., 2008a, también se refieren a él como «El gato habilidoso») fue desarrollado por Kendall en la Clínica de Trastornos de Ansiedad de Niños y Adolescentes de la Universidad de Temple (Kendall, 1990; Kendall y Hedtke, 2006a, 2006b) y está dirigido a niños entre 7 y 13 años que tienen un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada o fobia social.

Desde su versión original publicada en 1990, el programa ha sido revisado en varias ocasiones, de manera que actualmente cuenta con una versión grupal (Flannery-Schroeder y Kendall, 1996) y otra familiar (Howard, Chu, Krain, Marrs-Garcia y Kendall, 2000), junto a la versión individual original, y esta última va ya por su tercera edición (Kendall y Hedtke, 2006a).

En su formato individual, el programa consta de 16 sesiones semanales, de una hora duración, divididas en dos bloques de estructura similar (véase la tabla 9.5): el primer bloque (sesiones 1 a 8) incluye una sesión inicial de presentación, seis sesiones de aprendizaje de habilidades para controlar la ansiedad y una sesión intercalada con los padres (sesión 4) para obtener más información sobre los problemas del menor e involucrarles en su tratamiento, mientras que el segundo bloque (sesiones 9-16) se inicia con una sesión con los padres con parecidos objetivos a los del primer bloque, seis sesiones de práctica de las habilidades adquiridas en situaciones que, gradualmente, generan cada vez más ansiedad, y una sesión final de recapitulación y reforzamiento de lo aprendido.

El objetivo principal del programa es enseñar al niño o adolescente a reconocer los primeros signos de ansiedad no deseada y a utilizarlos como punto de partida para el uso de estrategias de manejo de la ansiedad. Este objetivo principal queda reflejado en cuatro conceptos: reconocimiento de las respuestas somáticas, emocionales y motoras de la ansiedad, reconocimiento del diálogo interno (autodiálogo) ansioso, modificación de este autodiálogo por otro de afrontamiento y por el desarrollo de planes para afrontar la ansiedad y las diferentes situaciones de manera más efectiva, y práctica de la autoevaluación y de la autorrecompensa, incluso por éxitos parciales. Para facilitar el

que el menor recuerde este plan de cuatro pasos para afrontar la ansiedad, el plan se presenta con una palabra TEMOR (FEAR en la versión original), cuyas letras (T-EM-O-R) representan cada uno de los pasos: ¿**T**ienes miedo?, ¿**E**speras que pase algo **M**alo?, **O**peraciones que ayudan (actitudes y acciones), y **R**esultados y recompensas.

Menos las sesiones con los padres, todas las sesiones del programa tienen una estructura parecida:

a) Una introducción, en la que se revisan las tareas para casa (actividades DQP: Demostrar-Que-Puedo) y se refuerza la realización competa o parcial de las tareas con puntos que se pueden intercambiar por premios al finalizar la sesión o, en el caso de que no se hubieran hecho, se analiza el motivo y se realizan las tareas antes de avanzar con el resto de la sesión.
b) Una parte central que, según la sesión, se dedica a la adquisición de habilidades de afrontamiento y de autocontrol (educación emocional e identificación de reacciones somáticas de ansiedad, relajación, identificación y modificación del autodiálogo, resolución de problemas, autorreforzamiento) o a la puesta en práctica de las habilidades aprendidas en situaciones con un aumento progresivo de la ansiedad (exposición gradual en imaginación y en vivo).
c) Una conclusión, en la que se asignan tareas para casa relacionadas con las actividades desarrolladas en la sesión.

En la tabla 9.5 se resumen los objetivos y las actividades de cada una de las sesiones del programa de tratamiento. Como se puede observar, hay una secuenciación graduada de las actividades de entrenamiento y de las tareas para poder avanzar en la adquisición de nuevas habilidades descansando en el aprendizaje y práctica de habilidades previas. Para este aprendizaje se utilizan procedimientos de modelado, *role-playing* y práctica reforzada, de manera que el terapeuta funciona como un modelo de afrontamiento a medida que las nuevas habilidades son introducidas, e invita al niño a practicar dichas habilidades acompañándole en situaciones de *role-playing*, para finalmente alentar al niño a que practique dicha habilidad solo.

TABLA 9.5
Resumen de la secuencia y el contenido del programa «El gato valiente» (Coping Cat) para niños con ansiedad

Sesión	Objetivos de la sesión
1.ª	— Establecer una buena relación (alianza terapéutica) y jugar al juego «Datos personales». — Proporcionar al niño una orientación y visión general del programa. — Fomentar la participación y las verbalizaciones del niño durante las sesiones. — Presentar las tareas para casa (actividades DQP o Demostrar-Que-Puedo) y las recompensas, y asignar una actividad DQP inicial y simple (por ejemplo, registrar una situación en la que se sintió realmente bien). — Divertirse (realizar una actividad divertida, seleccionada al comienzo de la sesión, durante los

últimos 5-10 minutos de la misma).

2.ª
— Revisar la actividad DQP de la primera sesión.
— Hablar sobre los objetivos del tratamiento.
— Ayudar al niño a identificar diferentes sentimientos y diferentes respuestas somáticas a la ansiedad (jugar al juego «Diga con mímica la emoción»; crear un «Diccionario de emociones»).
— Normalizar los sentimientos de miedo y ansiedad.
— Desarrollar una jerarquía de situaciones que generan ansiedad.
— Asignar una actividad DQP (por ejemplo, registrar una experiencia ansiosa y una no ansiosa, describiendo lo ocurrido, sus sentimientos, pensamientos, etc.) y terminar la sesión con la realización de una actividad divertida.

3.ª
— Revisar la actividad DQP de la sesión 2.
— Revisar la distinción entre sentimientos ansiosos y otros sentimientos.
— Aprender más sobre las respuestas somáticas a la ansiedad.
— Practicar la identificación de respuestas somáticas individuales a la ansiedad.
— Presentar el plan de afrontamiento en cuatro pasos T-EM-O-R y presentar el paso T: ¿Tienes miedo?
— Preparar al niño para la siguiente sesión junto a sus padres.
— Asignar una actividad DQP (por ejemplo, prestar atención a las reacciones de su cuerpo ante situaciones de ansiedad en dos ocasiones durante la semana) y terminar la sesión con la realización de una actividad divertida.

4.ª (sesión con los padres)
— Proporcionar a los padres información sobre el tratamiento.
— Ofrecer a los padres la oportunidad de hablar de sus preocupaciones.
— Aprender más sobre las situaciones en las que el niño se muestra más ansioso.
— Proporcionar a los padres modos concretos en los que se pueden involucrar en el programa de tratamiento.

5.ª
— Hablar sobre la sesión junto a sus padres.
— Revisar la actividad DQP de la sesión 3.
— Presentar el entrenamiento en relajación.
— Revisar el reconocimiento de los indicios somáticos de ansiedad.
— Realizar una versión del entrenamiento en relajación para que el niño practique en casa.
— Practicar las técnicas de relajación mediante el modelo de afrontamiento y el juego de roles.
— Dejar que el niño muestre sus habilidades a sus padres (se invita a los padres a los últimos 10-15 minutos de la sesión y el niño «enseña» sus nuevas habilidades a sus padres).
— Asignar una actividad DQP (por ejemplo, práctica diaria de ejercicios de relajación) y terminar la sesión con la realización de una actividad divertida.

6.ª
— Revisar la actividad DQP de la sesión 5 y revisar el entrenamiento en relajación.
— Utilizar historietas o cómics para identificar el diálogo interno o autodiálogo.
— Ayudar al niño a reconocer el diálogo interno ansioso.
— Ayudar al niño a generar un diálogo interno que provoque menos ansiedad (diálogo de afrontamiento).
— Presentar el paso EM: ¿Esperas que pase algo Malo?
— Practicar el diálogo interno de afrontamiento.
— Asignar una actividad DQP (por ejemplo, registrar dos situaciones en las que se sienta ansioso y preste especial atención a sus pensamientos) y terminar la sesión con la realización de una actividad divertida.

7.ª
— Revisar la actividad DQP de la sesión 6.
— Revisar los dos primeros pasos del plan TEMOR, revisar el diálogo interno ansioso y reforzar el cambio del diálogo interno ansioso por un diálogo interno de afrontamiento.
— Presentar el paso O: Operaciones (actitudes y acciones) que ayudan.

— Presentar las estrategias cognitivas para controlar la ansiedad: describir los pasos de la solución de problemas y practicar la solución de problemas en situaciones no estresantes.
— Practicar la solución de problemas en situaciones de ansiedad mínima y de mayor ansiedad.
— Asignar una actividad DQP (por ejemplo, registrar dos situaciones en las que siente ansiedad prestando atención a sus reacciones) y terminar la sesión con la realización de una actividad divertida.

8.ª
— Revisar la actividad DQP de la sesión 7.
— Presentar el paso R: Resultados y recompensas.
— Presentar la autoevaluación y la autorrecompensa.
— Practicar la autoevaluación y la autorrecompensa por el esfuerzo.
— Revisar las habilidades de los cuatro pasos del plan TEMOR y confeccionar un carné con la frase mnemotécnica TEMOR personalizado (por ejemplo, propios pensamientos de afrontamiento, posibles recompensas, etc.).
— Aplicar el plan TEMOR en una situación ansiosa.
— Revisar la jerarquía de situaciones que generan ansiedad y presentar las actividades de exposición.
— Preparar al niño para la siguiente sesión junto a sus padres.
— Asignar una actividad DQP (por ejemplo, registrar dos situaciones de ansiedad prestando atención a su autoevaluación y autorrecompensa) y terminar la sesión con la realización de una actividad divertida.

9.ª (sesión con los padres)
— Explicar la segunda mitad del tratamiento, especialmente la práctica de los pasos del plan TEMOR en las actividades de exposición (por ejemplo, explicar que la práctica será gradual, que esta parte del tratamiento puede provocar una mayor ansiedad, que los pasos del plan deber practicarse repetidamente, etc.).
— Animar a los padres a que hablen de los que les preocupa.
— Aprender más sobre situaciones que provocan ansiedad en el niño.
— Ofrecer maneras específicas de involucrar a los padres en la segunda mitad del tratamiento.

10.ª
— Revisar la actividad DQP de la sesión 8.
— Practicar el plan de afrontamiento de cuatro pasos (TEMOR) bajo condiciones que generan poca ansiedad, tanto en imaginación como en vivo.
— Repasar los ejercicios de relajación.
— Planificar las actividades de exposición para la sesión 11.
— Asignar una actividad DQP (por ejemplo, practicar los pasos del plan TEMOR en una situación similar a la practicada en la sesión) y terminar la sesión con la realización de una actividad divertida.

11.ª
— Revisar la actividad DQP de la sesión 10.
— Continuar con la práctica de las habilidades para afrontar la ansiedad en situaciones en vivo que provocan niveles bajos de ansiedad.
— Planificar las actividades de exposición para la sesión 12.
— Asignar una actividad DQP (por ejemplo, practicar los pasos del plan TEMOR en dos situaciones que le provoquen ansiedad leve y registrar lo sucedido) y acordar una recompensa por la actividad.

12.ª
— Revisar la actividad DQP de la sesión 11.
— Practicar las habilidades para afrontar la ansiedad en situaciones en imaginación y en vivo que provocan una ansiedad moderada.
— Planificar las actividades de exposición para la sesión 13.
— Asignar una actividad DQP (por ejemplo, practicar los pasos del plan TEMOR en dos situaciones que le provoquen ansiedad moderada y registrar lo sucedido) y acordar una recompensa por la actividad.

13.ª
— Revisar la actividad DQP de la sesión 12.
— Practicar las habilidades para afrontar la ansiedad en situaciones en vivo que producen niveles moderados de ansiedad.
— Planificar las actividades de exposición para la sesión 14.
— Asignar una actividad DQP (por ejemplo, practicar los pasos del plan TEMOR en dos situaciones que le provoquen ansiedad moderada y registrar lo sucedido) y acordar una recompensa por la actividad.

14.ª
— Revisar la actividad DQP de la sesión 13.
— Practicar las habilidades para afrontar la ansiedad en situaciones en imaginación y en vivo que producen niveles altos de ansiedad.
— Planificar las actividades de exposición para la sesión 15.
— Asignar una actividad DQP (por ejemplo, practicar los pasos del plan TEMOR en dos situaciones que le provoquen ansiedad alta y registrar lo sucedido) y acordar una recompensa por la actividad.
— Empezar a planificar el «anuncio» de la última sesión (una demostración del éxito en el manejo de la ansiedad y un reconocimiento de los logros del niño).

15.ª
— Revisar la actividad DQP de la sesión 14.
— Practicar las habilidades para afrontar la ansiedad en situaciones en vivo que producen niveles altos de ansiedad.
— Planificar una actividad de exposición de cierre para la sesión 16.
— Hablar sobre el fin del tratamiento.
— Continuar con la planificación del «anuncio».
— Asignar una actividad DQP (por ejemplo, practicar los pasos del plan TEMOR en dos situaciones que le provoquen ansiedad alta y registrar lo sucedido) y acordar una recompensa por la actividad.

16.ª
— Revisar la actividad DQP de la sesión 15.
— Práctica final de habilidades para afrontar la ansiedad en una situación en vivo que produce niveles altos de ansiedad.
— Grabar el «anuncio» y verlo con el niño (se puede invitar a los padres a mirarlo o incluso hacerlo).
— Revisar y resumir el programa.
— Concluir la relación terapéutica, incluyendo la realización de planes con los padres que ayuden al niño a mantener y generalizar las nuevas habilidades adquiridas, la concesión de un «diploma» al niño para conmemorar la finalización del tratamiento y la planificación de una llamada de seguimiento al mes.

FUENTE: Elaborado a partir de Kendall (2010), y Kendall y cols. (2010).

Finalmente, durante todo el programa se subraya la necesidad de que el niño viva la terapia como una experiencia positiva que puede ser divertida, para así aumentar la posibilidad de que siga asistiendo a la misma, participe en las actividades propuestas en la sesión y realice las tareas para casa. En este sentido, por ejemplo, se buscan actividades lúdicas para el aprendizaje y la práctica de habilidades, y todas las sesiones finalizan con la realización de una actividad divertida que haya seleccionado el niño al comienzo de la sesión (por ejemplo, buscar algo en Internet, contar historias graciosas, hablar de episodios de los programas favoritos de televisión, jugar a algún juego, etc.). Asimismo, el manual del programa de tratamiento hace hincapié en la necesidad de que

el terapeuta sea flexible en su aplicación, adaptando convenientemente la terapia a cada caso concreto, pero que, a su vez, sea fiel al programa de manera que se pueda asegurar la obtención de unos beneficios terapéuticos al menos comparables a los encontrados en las investigaciones sobre su eficacia. En este sentido, el manual del programa de tratamiento constituye una guía de actuación, no un recetario rígido de actividades, de manera que incluye recordatorios denominados FLEX en aquellos momentos en los que el terapeuta puede ser más flexible a la hora de presentar actividades y contenidos, y modificarlos y adaptarlos a la edad del menor, a su trastorno, a sus características personales, al entorno terapéutico, etc.

10

Casos clínicos de tratamiento de trastornos de ansiedad

1. UNA NIÑA CON TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

1.1. Descripción del caso

Amanda (nombre figurado) es una niña de 8 años, hija única, que vive con sus padres y estudia primaria. Los padres acuden a consulta para solicitar asesoramiento en relación con la dificultad que presenta su hija para dormir. Afirman que se despierta frecuentemente a lo largo de la noche llamándoles a gritos para que vayan a su habitación e insistiendo en pasar el resto de la noche con ellos y en mantener la luz encendida porque le da mucho miedo la oscuridad. Este problema ha provocado un detrimento de la vida familiar hasta el extremo de que ha afectado negativamente a la convivencia diaria: ninguno de los padres duerme bien, están muy preocupados por la niña y se perciben a sí mismos como muy irritables (discuten más entre ellos y gritan a la niña). Desde hace 6 meses la niña tampoco descansa lo suficiente y no quiere ir al colegio, ni siquiera a las excursiones del colegio ni a casa de amigas. Todos los años acudía a una granja escuela con sus compañeros y esta semana se ha negado a ir. También se niega a quedarse sola en casa y, algo que antes hacía la madre con normalidad, bajar a por la compra del coche o a dejar la basura, ahora no puede hacerlo sin llevarse a la niña. No saben por qué le da tanto miedo hacer ahora cosas que antes hacía con relativa normalidad. Están considerando la posibilidad de que esté enferma y por eso se sienta más débil y menos capaz de abordar todo. Pero han traído los informes que avalan la información del pediatra de que su hija está sana. Sin embargo, desde hace un par de meses la niña se muestra ansiosa en el colegio —según informan sus profesores— y manifiesta dolores de estómago, razón por la que en tres ocasiones han llamado a su madre antes de la hora de salida para que fuese a recogerla. Su madre cuenta que todas las mañanas se niega a quedarse en el colegio, por lo que la acompaña hasta la clase y allí la profesora la obliga. Actualmente la madre informa que está de baja por «problemas de ansiedad», que ella relaciona con el cansancio producido por el problema de su hija, y está recibiendo tratamiento farmacológico de su médico de familia. Sin embargo, padres e hija ponen de relieve que se consideran una familia feliz,

que siempre han estado todos muy unidos y que le han dado a su hija cuanto han podido para que se sintiera bien. Coinciden en señalar que educar, proteger y disfrutar de su hija es lo más importante en sus vidas. Han jugado con ella, la han acompañado siempre a sitios donde pudiera divertirse y aprender y siempre han tenido la sensación de ser buenos padres. Todo ello hasta hace unos meses, cuando los problemas para dormir de su hija se les han ido de las manos y están desesperados y desorientados.

Los padres no pueden determinar con exactitud cuándo empezaron los temores en la niña, estimando que siempre ha sido una niña temerosa de muchas cosas en comparación con los niños de su edad, aunque nunca ha estado tan afectada como ahora, y parece que el empeoramiento se ha producido en los últimos 6 meses, desde que tuvieron que cambiar de lugar de residencia debido al trabajo de los padres, ya que ambos pertenecen a los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado y tuvieron situaciones muy estresantes en su destino anterior que no quieren comentar. A pesar de que este cambio implicó un nuevo colegio y nuevos amigos, los padres señalan que tanto ellos como los profesores habían visto que la niña se había adaptado al colegio y a los compañeros perfectamente y no había queja de nadie en este sentido, ni tampoco por parte de la niña. Sin embargo, fue a partir de entonces cuando comenzaron a agravarse los temores a separarse de los padres y las pesadillas. Ahora los despertares nocturnos se producen diariamente, al menos en una ocasión durante la noche, y es bastante frecuente que al despertar recuerde sueños relacionados con la pérdida de sus padres o la separación de la familia, tales como haber vivido un incendio, un accidente, la explosión de una bomba o que la secuestren cuando está sola.

Sus padres recuerdan que Amanda tenía entre 4 y 5 años cuando comenzó a darles problemas porque no quería irse a dormir sola, y los padres, ya entonces, decidieron buscar ayuda y acudieron a su pediatra. No recuerdan ni aportan informe sobre cuál fue el medicamento que le prescribió la pediatra en aquella ocasión, pero coinciden en señalar que no percibieron mejorías y lo abandonaron. Después intentaron enseñarla a dormir con el método de un libro, pero no fueron capaces de ponerlo en práctica porque cuando la niña lloraba el método les exigía que no acudieran. Desde aquel momento, y hasta la actualidad, han intentado controlar el problema, pero confiesan que siempre de forma poco sistemática, lo que, según su propia valoración, les ha impedido conseguir resultados duraderos y al final siempre acaban durmiendo con ella, de uno u otro modo, antes o después.

A lo largo del tiempo se ha ido incrementando progresivamente en ellos una sensación de falta de control sobre el problema y de indefensión, que hace que, según ellos mismos comentan, reaccionen de un modo poco consistente ante el problema de la niña, dependiendo de su estado de ánimo, de su cansancio físico, de la hora a la que se tienen que levantar, de la hora a la que se despierta la niña, etc. Pero ahora, según explican, los despertares nocturnos de su hija llamándolos a gritos se producen diariamente. Admiten que con el cambio de domicilio han estado más nerviosos y esto

puede haber influido en la niña.

En resumen, ante los gritos de miedo de la niña cuando se despierta durante la noche y los llama puede ocurrir que los padres acudan rápidamente y se queden con ella, que se la lleven a su cama sin rechistar, que la amenacen con castigos y la reprochen su comportamiento, o que la dejen sola gritando y llorando durante un rato largo. Pero antes o después siempre ceden en llevársela a su cama o acompañarla hasta que se duerme, porque nunca se ha acostado sola. Si están de vacaciones y los padres se acuestan tarde, jamás se acuesta ella sola por muy cansada que esté. En el caso de que sus padres insistan en que se acueste sola, la niña dice que le da miedo y hace lo que sea hasta que consigue que sus padres la acompañen: «Se puede quedar hasta las tres de la madrugada observando cómo jugamos a las cartas con unos amigos; le da lo mismo. Aunque se quede dormida encima de la mesa, no se irá a dormir sola a su habitación».

1.2. Evaluación, diagnóstico y formulación clínica del caso

La evaluación del caso se llevó a cabo en dos sesiones. Durante la primera sesión, que tuvo lugar el primer día de consulta, cuando los padres acudieron sin su hija, se realizó una entrevista semiestructurada con ambos padres. Para la segunda sesión se planificó la realización de una entrevista con la madre y la niña juntas, y, posteriormente, con la menor a solas. Sin embargo, la rotunda negativa de la niña a quedarse a solas con la psicóloga cuando esta pidió a la madre que aguardara en la sala de espera (Amanda se agarró con fuerza a su madre mientras gritaba «mamita no me hagas esto») impidió poder hablar con la menor sin la presencia de su madre. Delante de ella, Amanda explicó que le daba mucho miedo estar en su habitación por las noches a oscuras y que por eso siempre llamaba a sus padres. Tras la entrevista se pidió a la niña que cumplimentara la Escala de Ansiedad para Niños de Spence o SCAS (Godoy y cols., 2011; véase el capítulo 8) y el Inventario de Depresión Infantil o CDI (Kovacs, 2004; véase el capítulo 4), y se pidió a la madre que completara en casa la versión para padres de la SCAS.

1.2.1. Resultados de la evaluación inicial

El primer día, durante la entrevista con los padres, se les pidió que describieran detalladamente lo que había ocurrido la noche anterior cuando llegó la hora de que Amanda se acostase. Explicaron que, tras ver las noticias de las nueve en la televisión, como hacían habitualmente, le dijeron que se fuera preparando para acostarse, pero que no comenzase a protestar como hacía siempre y a pedir que fueran con ella, porque ya tenía edad más que de sobra para acostarse sola. La madre recuerda que hizo alguna alusión a que ella «necesitaba dormir y no podía estar siempre despertándose con sus miedos». El padre cree que hizo algún comentario a la niña pidiéndole que se portara bien «por su madre, para que descansara y se pusiera bien». Luego, la instaron a que se

marchase a su habitación, y la niña, tal y como esperaban, pidió que la acompañasen. La madre la acompañó a su habitación, la acostó y le dio un beso. La madre permaneció en la habitación hasta que la niña se durmió. Confesaron que en otras ocasiones, si estaban cansados, directamente la dejaban dormir con ellos y luego o bien la llevaban dormida a su cama o pasaba la noche en la cama de sus padres. Los días en los que pasaba la noche durmiendo en la cama de sus padres eran las únicas ocasiones en las que todos en la familia dormían y sin problemas, pero sabían que esto tenían que cambiarlo porque no era lo adecuado. En alguna ocasión que la madre la acompañó a su camita y salió de la habitación antes de que la niña se durmiera, la niña la llamó y el padre acudió a relevar a la madre hasta que se durmió. Luego, cuando la niña se dormía, solían dejarla sola en su habitación, pero, al menos una vez cada noche, los despertaba llamándolos a gritos porque tenía miedo o aparecía llorando en su habitación (en la de sus padres) porque había vuelto a tener pesadillas. Por ejemplo, el día antes de venir a consulta, después de acompañarla hasta que se quedó dormida en su habitación, los padres vieron un rato la televisión y luego se acostaron. Aproximadamente a las dos de la madrugada, Amanda se despertó y comenzó a gritar y a llorar llamándolos. Cuando el padre llegó a la habitación, lo primero que hizo fue encender la luz y la niña se calmó bastante (el padre lo atribuía a que había encendido la luz). Luego, el padre terminó de tranquilizarla sentado junto a ella en su cama y la niña le pidió por favor que le dejase ir a dormir con ellos. El padre accedió, la niña se fue a la habitación de sus padres, se tranquilizó y se durmió en la cama con ellos. Sin embargo, los padres también comentaron que algunas veces, cuando la dejaban dormir con ellos, le hacían reproches de que a su edad debería dormir sola.

Casi cada día, los padres pasaban mucho tiempo diciendo a Amanda que se acostase y la niña actuaba disimulando, como si no fuese con ella, y retrasando la hora de acostarse hasta que la acompañaban. Nunca se iba ella sola a dormir. Entre estos retrasos en acostarse y los despertares que solían producirse con una frecuencia de al menos una vez cada noche, los padres creían que la niña no dormía lo suficiente y, por eso, le costaba mucho trabajo levantarse por las mañanas y algunos días se mostraba cansada y sin ganas de hacer cosas.

Cuando a los padres se les preguntó si había sido algo excepcional el hecho de que la noche antes de venir a consulta hubiesen visto juntos las noticias en la televisión, durante la cena, o, en cambio, era algo habitual, comentaron que era algo que hacían juntos todos los días porque pensaban que: «Un buen modo de educar a nuestra hija es haciéndola participe de las realidades del mundo en el que vive, para que desde pequeña aprenda a estar atenta a todos los peligros que pueden surgirle y sepa cuidarse». Según los padres, ver las noticias juntos les permitía enseñar a su hija lo peligroso que puede resultar, por ejemplo, ir a lugares con aglomeraciones de gente, «especialmente cuando hay alertas de riesgo terrorista». Y cuando, por ejemplo, la noticia era sobre alguna niña que había sido abusada o había desaparecido, los padres aprovechaban para prevenir a su hija de que

este tipo de cosas ocurrían muy a menudo y que no debía irse jamás con desconocidos.

La madre informó de que tenía mucho miedo de que algo pudiera pasarle a su familia, ya que, según ella, cuando menos uno se lo espera pueden ocurrir atentados, accidentes de tráfico, etc.: «El mundo está lleno de peligros y es cuestión de tiempo el que te toque a ti un día u otro, sin que puedas hacer nada por evitarlo». También afirmaba que, a pesar de que le molestaba mucho el comportamiento de su hija por las noches, su niña era lo más importante en el mundo para ella, y cuando estaba consolándola o cuando se la llevaba a su cama sentía un gran bienestar por tenerla junto a ella y tenía la sensación de que se había «hecho mayor muy deprisa».

Llegado el momento de concretar las *conductas problemáticas* de Amanda (véase la tabla 10.1) se tuvo en cuenta que, aunque tenía miedo a la oscuridad, lo que suele darse con relativa frecuencia entre los 6 y 8 años, esta oscuridad por sí sola no generaba un excesivo temor, salvo que fuera en situaciones en las que estaba separada de sus padres. Cuando estaba sola en la oscuridad y encendía la luz sus temores no desaparecían, y sin embargo podía estar tranquila a oscuras estando con sus padres. Por eso no se incluyó como problema, sino como estímulo intensificador del principal problema de la niña, que en realidad era un miedo intenso y muy frecuente a que les ocurriera algo a sus padres o a ella misma cuando estaban separados. Estos pensamientos de desprotección le llevaban a realizar continuas conductas de evitación o escape de estas situaciones, tales como requerir la compañía de sus padres, llorar, negarse a ir a sitios que suponían estar lejos de ellos o ir a buscarlos para no separarse de ellos. Otros problemas a tener en cuenta eran: las frecuentes pesadillas, asociadas, por sus contenidos, al problema de ansiedad de separación; las molestias de estómago que presentaba en el colegio cuando se hallaba lejos de sus padres; el cansancio que aparecía como consecuencia de dormir mal, y un déficit conductual que llamaba la atención desde el principio: el hecho de que una niña de su edad nunca hubiera desarrollado el hábito de acostarse y dormirse sola aprendiendo la cadena de conductas de desactivación que habitualmente aprenden los niños hacia los 4 años.

En cuanto a las conductas problemáticas de los padres, llamaba la atención su excesiva ansiedad ante las situaciones de amenaza que habían vivido en el trabajo y que habían provocado el cambio de domicilio, aunque no quisieron esclarecer estos hechos. Su ansiedad suponía un problema porque condicionaba sus comportamientos, desde sus creencias sobre cómo proteger a su hija hasta sus manifestaciones de ansiedad viendo las noticias de la televisión con su hija. Además de estos problemas relacionados directamente con su ansiedad, también mostraban falta de habilidades para manejar la conducta de su hija, incurriendo en errores como hacer reproches ante las conductas de miedo, pero a su vez premiar dichas conductas con caricias y mimos en lugar de premiar las conductas valientes de la niña y, en general, todas las conductas que implicasen un enfrentamiento paulatino a las situaciones temidas. Esta falta de habilidades parecía interactuar con su cansancio, irritabilidad y sensación de indefensión para hacer menos

probable que los padres reaccionasen adecuadamente ante los episodios de miedo de Amanda.

TABLA 10.1
Comportamientos problemáticos de la niña y de los padres

Niña	Padres
— Miedo/ansiedad al quedarse sola. — Sensación de desprotección al separarse de sus padres temiendo que les ocurra algo, especialmente si se queda sola. — Conductas de evitación y escape para no estar lejos de sus padres (especialmente para no quedarse sola): gritos, llamadas, «negarse a» ir al colegio, a excursiones, etc. — Pesadillas. — Malestar de estómago. — Cansancio. — No sabe dormirse sola.	— Ansiedad excesiva ante situación de amenaza por su trabajo. — Manifestar su ansiedad delante de la niña (viendo la televisión antes de acostarse, etc.). — Creencias inadecuadas sobre que el miedo ayuda a protegerse. — Falta de habilidad para manejar el comportamiento de su hija (por ejemplo, reprocharle su miedo y no confiar en que puede superarlo). — No facilitar conductas de enfrentamiento de su hija ante la situación de quedarse sola, sino acompañarla siempre que lo pide. — Cansancio. — Irritabilidad. — Sensación de indefensión.

Puesto que la ansiedad que sufría Amanda cuando se separaba de sus padres o cuando tenía la expectativa de que esto iba a ocurrir era excesiva, generaba un gran malestar en la niña, no era propia de su nivel de desarrollo evolutivo y aparecía asociada desde hacía más de 4 semanas (en concreto, 6 meses) a conductas exageradas e inadecuadas de evitación, a pesadillas con temáticas de separación y a otros síntomas de ansiedad como, por ejemplo, molestias de estómago, todos los cuales había ocasionado un deterioro importante de su vida familiar, escolar y social, se llegó a la conclusión de que el problema de Amanda se correspondía con un diagnóstico, según los criterios del DSM-IV, de *trastorno de ansiedad por separación,* ya que, además, no parecía que hubiera otros trastornos que pudieran encajar mejor con dichos síntomas (por ejemplo, la ansiedad y la preocupación se centraba predominantemente en la separación respecto a sus padres y en la posibilidad de que les ocurriera algo malo a ellos o a ella misma, pero no mostraba ansiedad o preocupaciones, o al menos no excesivas, respecto a otros aspectos de su vida diaria como, por ejemplo, su rendimiento escolar o deportivo, hablar delante de sus compañeros de clase, etc.).

Los resultados obtenidos por Amanda en la SCAS y en el CDI corroboraron ese diagnóstico y la naturaleza de sus problemas. Como se puede ver en la tabla 10.2, la niña mostraba niveles clínicamente significativos y muy altos de sintomatología de ansiedad de separación (con puntuación en la subescala correspondiente de la SCAS igual a 17 sobre una puntuación máxima posible de 18), niveles que fueron confirmados por las

respuestas de la madre a la SCAS. Sin embargo, ni la SCAS completada por la menor ni la completada por la madre indicaban la presencia de síntomas clínicamente significativos de pánico-agorafobia, fobia social u obsesiones-compulsiones. Tampoco la SCAS completada por la madre señalaba la presencia en Amanda de síntomas significativos de ansiedad generalizada o de miedo al daño físico y, aunque el autoinforme de la propia Amanda parecía contradecir esa conclusión, ya que sus puntuaciones en las subescalas correspondientes sí que alcanzaron el criterio de significación clínica, este hecho se debió, fundamentalmente, a que la subescala de miedo al daño físico de la SCAS incluye un ítem sobre el miedo a la oscuridad, en el que, lógicamente, Amanda puntuaba muy alto, mientras que la redacción de varios ítems de la subescala de ansiedad generalizada es tan vaga (por ejemplo, «me preocupa que algo malo pueda pasarme», «tengo miedo», «hay cosas que me preocupan») que también parecía lógico que Amanda hubiera reflejado en esos ítems sus miedos y preocupaciones de separación más que la presencia de miedos y preocupaciones más generalizados típicos del trastorno de ansiedad generalizada. Por otro lado, según sus puntuaciones en el CDI, Amanda no presentaba niveles significativos de sintomatología depresiva.

TABLA 10.2
Resultados de los cuestionarios aplicados antes y después del tratamiento en el caso de la niña con trastorno de ansiedad por separación

Medida	**Rango**	**Punto de corte***	**Puntuación de la paciente**	
			Pretratamiento	**Postratamiento**
Autoinforme				
— Ansiedad (SCAS)				
• Pánico-agorafobia	0-27	≥10	7	3
• Ansiedad de separación	0-18	≥10	17	6
• Fobia social	0-18	≥9	3	3
• Miedo al daño físico	0-15	≥8	8	5
• Obsesiones-compulsiones	0-18	≥10	2	2
• Ansiedad generalizada	0-18	≥12	12	5
— Depresión (CDI)	0-54	≥19	8	5
Informe de la madre				
— Ansiedad (SCAS)				

• Pánico-agorafobia	0-27	≥10	3	3
• Ansiedad de separación	0-18	≥10	18	7
• Fobia social	0-18	≥9	2	3
• Miedo al daño físico	0-15	≥8	7	6
• Obsesiones-compulsiones	0-18	≥10	2	2
• Ansiedad generalizada	0-18	≥12	9	6

CDI = Inventario de Depresión Infantil. SCAS = Escala de Ansiedad para Niños de Spence.

* Los puntos de corte para la SCAS se corresponden con la media más 1,5 desviaciones típicas de la muestra normativa de niñas y adolescentes de Godoy y cols. (2011; véase también Spence, 2014) y para el CDI con el valor recomendado para identificar la depresión clínica (Kovacs, 2004; véase también Figueras Masip, Amador-Campos, Gómez-Benito y del Barrio Gándara, 2010).

1.2.2. Formulación clínica del caso y objetivos terapéuticos

Con toda la información obtenida durante el proceso de evaluación, y en función de los factores y modelos explicativos más conocidos sobre los trastornos de ansiedad y, en particular, sobre el trastorno de ansiedad por separación (véase el capítulo 7), se plantearon varias hipótesis sobre los posibles factores causales de origen, desencadenamiento, mantenimiento e intensificación del trastorno en el caso de Amanda. Sin embargo, se encontraron algunos factores, tales como el cambio de domicilio o la ansiedad de los padres, y en especial de la madre, motivada tal vez por su profesión, que les obligaba a estar siempre anticipando peligros, que, aun teniendo una claro valor causal o funcional, no eran fácilmente modificables. Por tanto, se realizó un análisis funcional teniendo en cuenta solo aquellos factores que tenían una relación causal con el problema de ansiedad de la niña, pero que además fueran susceptibles de modificación y, por tanto, pudieran constituirse en objetivos de la intervención. Estos factores se resumen en la tabla 10.3, y sus posibles relaciones funcionales con el trastorno de ansiedad por separación de Amanda, es decir, con sus conductas cognitivas, emocionales, fisiológicas y motoras de ansiedad ante la separación de sus padres, se reflejan en la figura 10.1.

TABLA 10.3
Factores causales (de origen, desencadenamiento o mantenimiento) de las conductas problemáticas y objetivos de intervención

Factores causales	Objetivos de intervención
Creencias inadecuadas de los padres sobre	Explicar a los padres que su modo de proceder induce miedo y

el modo de proteger a su hija preocupándola.	no protege.
Ansiedad de los padres.	Manejo de la ansiedad en los padres delante de la niña.
Inducción de preocupaciones y activación viendo y comentando las noticias de la televisión en familia antes de acostarse.	Sustituir la actividad de ver las noticias por otra conjunta que no genere ansiedad.
El que los padres acudan rápidamente cuando la niña les llama por las noches y acompañarla en todo momento.	Ir incrementando el tiempo que tardan en acudir cuando su hija les llama para aumentar el tiempo que la niña está sola.
Reforzamiento positivo (mimos) de las conductas inadecuadas y bienestar de los padres por la sensación de proteger a su hija.	Planificar situaciones reforzantes (mimos) que no refuercen conductas inadecuadas sino que sean consecuencias de conductas de aproximación a la situación temida.
La niña no sabe acostarse y dormirse sola.	Aprender la secuencia de conductas de desactivación para acostarse y dormirse sola.
Anticipaciones negativas y reproches de los padres.	Desarrollar actitudes más adaptativas que impliquen que es normal tener miedo y una mayor confianza en que la niña puede superarlo: los valientes son los que tienen miedo y lo superan.

1.3. Tratamiento

Teniendo en cuenta, pues, los factores causales enumerados en la tabla 10.3 y el análisis funcional reflejado en la figura 10.1, se diseñó un plan de tratamiento centrado, en primer lugar, en las creencias de los padres sobre cómo educar a su hija para protegerla de los peligros del mundo, y en su hábito de ver juntos las noticias en la televisión cada noche comentando los peligros y alertando de ellos a la niña. Modificar estas creencias inadecuadas y cambiar ese hábito por otra conducta que pudieran hacer juntos generando emociones incompatibles con la ansiedad parecían ser dos objetivos terapéuticos de máxima urgencia para reducir la ansiedad de la niña, sus pesadillas, sus pensamientos de desprotección y su negativa a acostarse y dormirse sola.

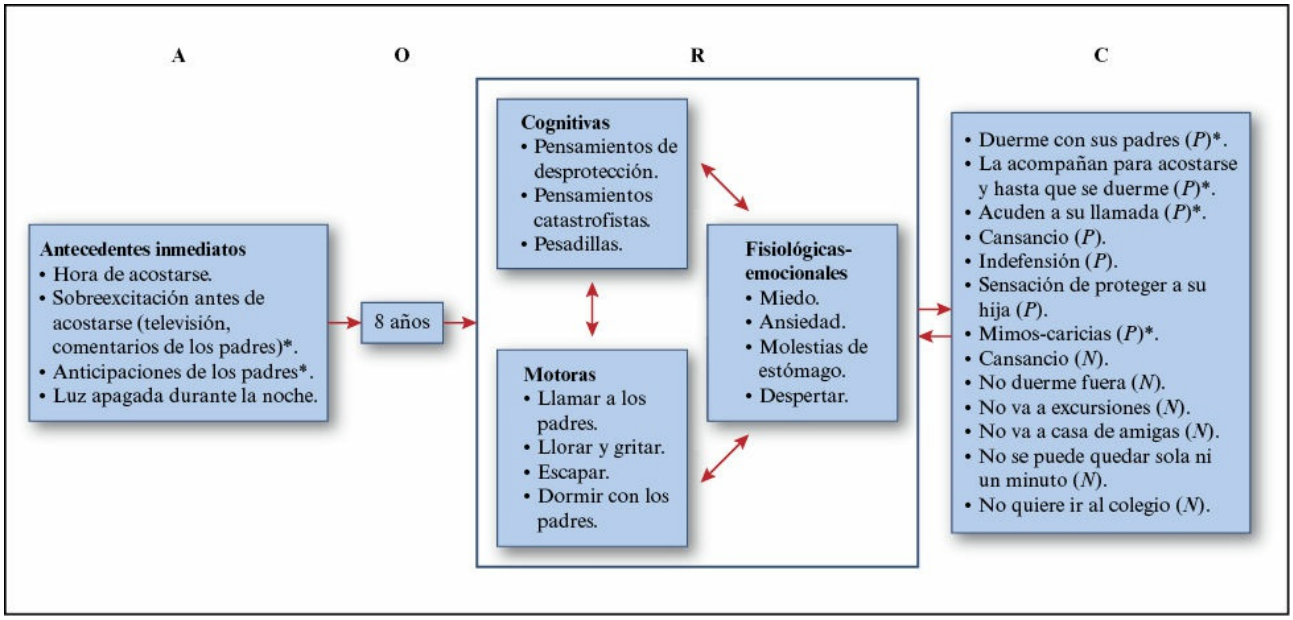


Figura 10.1.—Formulación clínica del caso de la niña con trastorno de ansiedad por separación (los antecedentes y las consecuencias marcadas con un asterisco se consideran objetivos terapéuticos: *P* indica consecuencias relacionadas con los padres; *N* indica consecuencias relacionadas con la niña).

El modo en que los padres reaccionaban ante las conductas de la niña para que no se separasen de ella, llorando y gritando, si era preciso, para conseguirlo, era también un factor de mantenimiento del problema, ya que con las conductas de los padres de acudir inmediatamente se reforzaban negativamente estas conductas de evitación y escape. Se podría decir que los padres habían aprendido a acudir corriendo para evitar sus lloros o a ceder a sus presiones para que no protestase, pero también que ella había aprendido a llorar y a negarse cada vez más para evitar que se alejasen o estar sola. Pero al final, el resultado es que la niña no había tenido la oportunidad de aprender que no pasaría nada aunque se separase de sus padres ni la oportunidad de habituarse a estar sola. Por otra parte, parecían también claros los efectos reforzadores que tenían los mimos y la sensación de protección, contingentes con las conductas inadecuadas, y no, como debía ser, con las conductas de valor. En este sentido, la intervención también se centró en exponer a la niña a las situaciones de ansiedad de forma gradual y en planificar las situaciones reforzantes de modo que aumentase la probabilidad de las conductas de valor.

En cuanto a los reproches de los padres al acompañar a Amanda a la habitación y su falta de confianza en que la niña pudiera dormir sola, se consideraron también factores causales, ya que podrían haber desanimado a la niña y hacer que no se sintiera capaz de enfrentarse con su ansiedad. En consecuencia, sustituir estos reproches por expectativas positivas que animasen a la niña y la hicieran sentirse apoyada fue también un objetivo desde el comienzo de la intervención.

Por último, parecía obvio que, dado que las conductas de acostarse y dormirse sola

nunca habían formado parte del repertorio conductual de Amanda, era muy poco probable que la niña realizase esas conductas sin más. Si antes de que apareciesen la ansiedad y la preocupación relacionadas con la separación Amanda hubiera practicado frecuentemente las conductas de acostarse y dormirse sola, llegando incluso a automatizarlas, entonces trabajar con esa ansiedad y preocupación quizá hubiese sido suficiente para conseguir que la niña durmiera sola. Por tanto, esta conducta se convirtió en sí misma en objetivo terapéutico: que Amanda aprendiera la secuencia de comportamientos de desactivación que los niños suelen hacer para acostarse y dormirse solos.

Una vez establecidos los objetivos de la intervención en función de las variables causales (véase la tabla 10.3), se eligieron las técnicas que serían más adecuadas para su consecución y se planificó de qué forma se aplicarían teniendo en cuenta la edad de la niña y el funcionamiento familiar, y tratando de prever los obstáculos que podrían surgir durante la intervención. En este caso, las creencias erróneas de los padres sobre el mejor modo de proteger a su hija y el bienestar que les producía dormir con ella fueron los principales obstáculos que se preveían en el desarrollo del tratamiento. Otros obstáculos, como, por ejemplo, el sufrimiento asociado al enfrentamiento gradual a los estímulos temidos, el cual, en ocasiones, es motivo de abandono terapéutico, no parecía que en esta ocasión fuera determinante, ya que la forma en que se iba a abordar dicho enfrentamiento (a través de la técnica de escenificaciones emotivas) garantizaba que dicho enfrentamiento no tenía por qué implicar un sufrimiento en la niña, también fueron incluidos en la psicoeducación.

Por tanto, en el caso de Amanda se puso en marcha un programa de tratamiento durante 12 sesiones que se basó en los siguientes componentes y técnicas (véase la tabla 10.4):

1. *Psicoeducación con la niña.* Se abordó con la niña el funcionamiento del miedo y cómo superarlo. Se le explicó cómo el miedo se hace fuerte cuando huyes de él y cómo se debilita cuando le vas haciendo frente. El objetivo era que Amanda aceptara el miedo como algo normal: «Lo importante es lo que las personas hacemos cuando tenemos miedo, ya que los valientes no son los que no tienen miedo, sino los que lo controlan y hacen lo que tienen que hacer incluso asustados».

TABLA 10.4
Tratamiento psicológico en el caso de una niña con trastorno de ansiedad por separación

Sesiones	Contenido de la sesión
1, 2 y 3	— Evaluación: entrevistas semiestructuradas con los padres, entrevistas libre y semiestructurada con la niña, SCAS, CDI.

3, 4, 5 y 6	— Psicoeducación con la niña y con los padres. — Aprender a acostarse y a dormirse sola (control de la activación al acostarse y práctica reforzada de las secuencias de conductas). — Preparación de la exposición a los estímulos temidos (mediante la técnica de escenificaciones emotivas) en consulta. — Técnicas de control de estímulos en casa. — Reforzamiento positivo de las conductas de aproximación.
7, 8, 9, 10, 11 y 12	— Escenificaciones emotivas en consulta. — Escenificaciones emotivas en casa. — Reforzamiento positivo de las conductas de aproximación.
13 y 14	— Generalización de la exposición a otras situaciones. — Prevención de recaídas.

2. *Psicoeducación con los padres.* En la psicoeducación con los padres se abordaron los siguientes temas: lo difícil que es ser padres y lo bien que ellos habían actuado pidiendo ayuda en esta situación; el funcionamiento del miedo en los niños y cómo educar a los niños para que sean valientes y superen sus miedos (véase la tabla 10.5 para un ejemplo de cómo abordar este tema); en qué consistiría la terapia y cómo esta se realizaría de forma gradual y marcando el ritmo conjuntamente para no generar sufrimiento innecesario; la necesidad de evitar los reproches y de confiar en su hija y expresarlo delante de ella a la menor oportunidad (reforzando así sus comportamientos de valor y prestando la menor atención posible al resto), y la necesidad de manejar sus conductas de ansiedad delante de su hija. En este sentido, se dieron a los padres unas pautas para el manejo de ansiedad y el reconocimiento y la aceptación de sus propias emociones. También se abordó en la psicoeducación la necesidad de que aceptaran las pérdidas que implicaría para ellos como padres el éxito de la terapia, y esto se hizo, fundamentalmente, analizando qué ocurriría si la niña dejase de llamarlos, elaborando con los padres una lista con las ganancias (por ejemplo, dormirían mejor) y las pérdidas (por ejemplo, se acabarían los mimos y la sensación de bienestar que conlleva protegerla cada noche) y ayudándoles a reconocer que la sensación de proteger a un hijo y acariciarlo o mimarlo desempeña una función primordial en la vida de los padres a la que nadie quiere renunciar y que, por tanto, habría que buscar otras situaciones para realizar esas conductas, como por ejemplo asociarlas a modo de premio a las conductas de valentía de Amanda, en vez de lo que había ocurrido hasta entonces, pues tales conductas habían estado asociadas a sus conductas de miedo. Entre las ganancias, se subrayó uno de los mejores sentimientos que pueden compartir padres e hijos: sentirse mutuamente orgullosos de sus logros. Finalmente, también se abordó la necesidad de comprometerse con el tratamiento y, por el momento, no discutir o replantearse nada, tan solo cumplir las indicaciones que entre todos (psicóloga, padres y niña) se habían acordado,

dejando hasta dentro de un mes el análisis de su evolución y sus resultados. Así, se acordó con los padres que si un día uno de ellos no se sentía con fuerzas para realizar las indicaciones, pediría al otro que lo hiciera.

TABLA 10.5
Ejemplo de cómo abordar la psicoeducación de los miedos con los padres

Se les explicó que los niños pequeños necesitan un mundo seguro para desarrollarse plenamente y convertirse en adultos psicológicamente sanos. Les pedimos a los dos padres que vieran juntos la película titulada *La vida es bella* (Benigni, 1997/1999) y que nos explicaran qué les había sugerido. El objetivo de aquella reflexión compartida era aceptar el hecho de que informar a los hijos de los peligros no siempre es el mejor modo de protegerles de ellos. Luego les pedimos que vieran vídeos sobre cómo se entrena a los niños para responder a las catástrofes naturales o a las amenazas terroristas, todas ellas situaciones en las que el riesgo es real. En todos los ejemplos se enseñaba a los niños a protegerse haciendo práctica reforzada con las conductas de protección hasta que los niños las automatizaban, pero teniendo mucho cuidado de no inducir miedo ni ansiedad. Se mostraba cómo la automatización de los comportamientos de protección es uno de los entrenamientos para proteger a los niños, que en situaciones de peligro, cuando estén asustados, harán lo que han automatizado. Se valoró el efecto que puede tener inducir miedo a los niños haciendo adultos temerosos, asustados y poco confiados en sus capacidades.

3. *Técnica de control de estímulos.* La costumbre de ver la televisión juntos por la noche comentando los peligros contribuía a generar miedos en la niña y a activarla justo a la hora de acostarse y, por eso, también se había trabajado con los padres durante la psicoeducación la necesidad de no hablar delante de su hija del peligro que corrían por su profesión. El espacio para hablar sobre ello y ventilar sus emociones podía ser un espacio compartido entre ellos, pero nunca delante de su hija. Por tanto, se les pidió que generaran alternativas sobre posibles actividades que pudieran realizar juntos en familia por la noche y optaron por seguir viendo la televisión, aunque sustituyendo las noticias por una serie cómica. Además, los padres se comprometieron a no hablar de ningún tipo de peligros antes de ir a dormir.
4. *Exposición gradual con escenificaciones emotivas a los estímulos atemorizantes utilizando una muñeca en el modelo participante.* Durante las sesiones de evaluación y las primeras sesiones de tratamiento se había observado que Amanda siempre iba con su muñeca y llevaba las cosas de ésta en una pequeña maletita. Contó a la psicóloga que había visto varias películas de Barbie y que esta siempre se portaba bien y ayudaba a la gente, y sobre todo a los niños. Cuando se comprobó que sentía admiración por ella y que incluso en algunas ocasiones, como en Navidad o en fiestas escolares, se vestían iguales, se decidió aprovechar su muñeca como modelo en las escenificaciones emotivas para generar emociones incompatibles con la ansiedad. La abuela de Amanda confeccionó para su nieta y para la muñeca dos disfraces rosas iguales con un antifaz blanco que solo podrían ponerse para sus aventuras, y así ambas se convertirían en las valientes heroínas

que ponían a los niños a salvo de situaciones peligrosas enfrentándose a salas oscuras y a un sinfín de aventuras a lo largo de las cuales la niña fue superando los ítems de la jerarquía de estímulos y situaciones atemorizantes que previamente se había elaborado (véase la tabla 10.6). La capacidad de los estímulos y las situaciones para generar ansiedad tenía en cuenta la distancia de separación de sus padres, el tiempo de separación, la posibilidad de comprobar que sus padres estaban bien y la presencia de su muñeca Barbie para animarla y darle instrucciones (ya fuera su madre o la psicóloga quienes la manejaran o estuviera sola con la muñeca, sin que nadie le pusiera voz o incluso estuviera con otros muñecos que hacían de niños). La oscuridad también intensificaba el poder ansiógeno de la separación. La niña ordenó las situaciones según su dificultad, aunque hubo que ir reorganizándolas a lo largo de todas las exposiciones. En cualquier caso, Amanda estuvo muy de acuerdo en emprender esta aventura con su muñeca y le pareció muy divertido. La madre estaba entusiasmada con su participación.

5. *Reforzamiento positivo de las conductas de aproximación*. Desde el principio se entrenó a los padres, y especialmente a la madre, para que cualquier pequeño cambio en la dirección adecuada, el más mínimo intento de la niña por ser valiente, aunque no conllevara un enfrentamiento a la situación temida, fuera reforzado con gestos de admiración, apoyo y confianza en que podía conseguirlo. Durante las escenificaciones emotivas siempre había un reforzamiento positivo de la conducta de estar lejos de sus padres, y la niña obtenía numerosos premios incluso dentro de la propia escenificación (por ejemplo, todos los muñecos-niños la aplaudían, su Barbie la condecoraba con una medalla y todos aplaudían, ella decía unas palabras a todos para explicarles cómo había conseguido ser tan valiente, etc.). Otras veces los premios consistieron en obtener complementos para su Barbie y para ella, como por ejemplo una gomita del pelo para cada una, una bufanda igual para cada una o una foto enmarcada de ellas dos juntas con sus trajes de heroínas.
6. *Control de la activación al acostarse y práctica reforzada de las secuencias de conductas de desactivación que llevan a acostarse y dormirse sola.* Con ayuda de la niña y de su madre se estableció una cadena de conductas que Amanda llevaría a cabo todas las noches para irse desactivando y preparándose para dormir: tomarse un vasito de leche, lavarse los dientes y las manos, ir a su habitación, colocar su ropa y ponerse el pijama, colocar a su muñeca, encender la luz de la lámpara pequeña, etc., hasta estar dentro de la camita con su muñeca y apagar la luz. Estas conductas fueron ensayadas durante el día mediante práctica reforzada. Los padres fueron entrenados para reforzar cada una de las conductas al principio y luego ir reforzando la ejecución de todas al final de la secuencia.
7. *Juegos de oscuridad.* Para completar las tareas en casa los padres recibieron

información sobre juegos de oscuridad que podían utilizar para entrenar a su hija en situaciones sociales con otros niños o cuando estuvieran juntos en casa (véase los juegos propuestos por Méndez, 1999). Estos juegos conllevaban que Amanda se acostumbrase a estar sola en la oscuridad en situaciones divertidas: buscando un objeto escondido, permaneciendo escondida en una habitación mientras otro niño la buscaba, etc.

8. *Prevención de recaídas*. Se repasó con Amanda qué es lo que había aprendido en la terapia y cómo podría enfrentarse adecuadamente a situaciones de miedo que pudieran surgirle en el futuro. De forma separada, también se hizo ese repaso con los padres y se analizaron qué posibles situaciones ansiógenas podrían ocurrirle a su hija y cómo podrían ayudarle a superarlas.

TABLA 10.6
Jerarquía de situaciones temidas en distintos contextos (en orden ascendente por la ansiedad que generaban) para el caso de una niña con trastorno de ansiedad por separación

En la consulta	1. Estar en la consulta con la psicóloga y que la madre esté entrando y saliendo continuamente, y cuando sale la niña puede escuchar su voz en el pasillo (10 minutos). 2. Estar en la consulta sola con la psicóloga y que se oiga a su madre fuera, pero sin entrar (10 minutos). 3. Estar en la consulta sola con la psicóloga sin que se oiga a su madre (3 minutos) haciendo alguna actividad. 4. Estar en la consulta a solas con la psicóloga aumentando el tiempo (5-10-15-20-30-35-40-45 minutos). 5. Estar en la consulta a solas con la psicóloga y que esta salga de la sala y regrese en 3-5-10-20 minutos. 6. Estar sola en una sala desconocida sin la psicóloga haciendo alguna actividad. 7. Ir sola a los baños que están alejados de la sala de consulta encontrando a gente conocida por el camino. 8. Ir sola a los baños que están con la luz apagada alejados de la consulta y encender la luz al llegar.
En casa por la noche	1. Ir con su madre a la habitación para acostarse y quedarse allí sola metiéndose en la camita mientras su madre va paseando por el pasillo sin entrar en la habitación. 2. Estar sola en la habitación viendo pasar a su madre por el pasillo, pero sin que entre para estar con ella (5-10 minutos). 3. Estar sola en la habitación y apagar la luz mientras se mantiene encendida la luz del pasillo y la madre pasa de vez en cuando (5-10-15 minutos y hasta que se duerme). 4. Poner el despertador durante la noche a una hora prefijada y permanecer sola en la cama, encender la luz y coger su muñeca sin llamar a sus padres sabiendo que están despiertos porque también se han puesto el despertador a la misma hora (mientras ellos la animan desde la habitación y luego van a darle un beso, cada vez más tiempo). 5. Despertarse sola y encender la luz sin moverse de la cama y sin llamar a sus padres (2-5-10 minutos antes de llamar a sus padres). 6. Despertarse sola en la habitación y encender la luz sin moverse de la cama hasta quedarse dormida sin llamar a sus padres. 7. Despertarse sola en la habitación y volver a dormirse sin encender la luz ni llamar a sus padres.
	1. Estar sola en la habitación sabiendo que su madre está en casa y oyéndola hacer ruido y pasar de un lado a otro.

En casa de día	2. Estar sola en la habitación, pero sin verla ni oírla. 3. Estar sola en casa sabiendo que su madre ha bajado al garaje (5-10-15 minutos). 4. Ir sola a su habitación para acostarse con su muñeca y que sus padres vayan después a darle un beso y se queden allí hasta que se duerma (10-15-20 minutos). 5. Ir sola a la habitación, dormirse sola.
Otras	1. Dormir fuera, en casa de alguna amiga. 2. Ir sola al garaje a llevar la basura. 3. Ir de excursión con el colegio. 4. Que sus padres se vayan el fin de semana y ella se quede con su abuela. 5. Que sus padres se vayan el fin de semana y ella se quede con una amiga.

1.4. Resultados

Al cabo de 12 sesiones de tratamiento, Amanda había superado todos los ítems de la jerarquía y se acostaba y se dormía sola. Las pesadillas y las molestias de estómago habían desaparecido y se separaba de sus padres con normalidad. Cuando se despertaba por la noche a veces encendía la luz, lo que parecía suceder unas 2 o 3 veces por semana. Es probable que el resto de las noches, al despertarse, simplemente volviera a dormirse sin encender la luz, aunque no se pudo obtener información clara al respecto porque Amanda no recordaba esos despertares. Las puntuaciones obtenidas por Amanda en la SCAS que se aplicó en el postratamiento, tanto a ella como a su madre, confirmaron las ganancias terapéuticas conseguidas, de manera, que tal y como puede observarse en la tabla 10.2, los niveles de sintomatología de ansiedad de separación se habían reducido de manera considerable y se situaban ya en niveles normales, como normales también lo eran sus puntuaciones en las restantes subescalas de la SCAS en las que se habían apreciado valores clínicamente significativos en el pretratamiento (ansiedad generalizada y miedo al daño físico). Por otro lado, los padres llevaban ya varias semanas durmiendo bien por las noches e informaron de que ya no se sentían irritables.

Dos meses después de finalizar el tratamiento se contactó telefónicamente con los padres de Amanda para realizar un seguimiento del caso. La madre informó de que su hija no los llamaba ya nunca cuando se despertaba por la noche y que había normalizado su vida social, acudiendo a dormir a casa de amigas y asistiendo a las excursiones del colegio sin ningún tipo de reparo o problema. Es más, la madre había regresado al trabajo y comentó que había aplicado con ella misma las habilidades de control emocional que había aprendido durante el tratamiento de su hija y que seguía jugando con ella a las aventuras de Barbie. Según sus palabras, lo había pasado tan estupendamente durante la terapia que nunca pensó que «el miedo diera tanta risa».

2. UN NIÑO CON TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO[1]

2.1. Descripción del caso

A sus 11 años Alberto (nombre figurado) había sido testigo directo de un atentado terrorista que podía haber acabado con su vida. Esperaba para hacer el cambio de vías en la estación de Atocha cuando frente a él explotó uno de los vagones. Cuenta que se quedó sin reaccionar, totalmente aturdido, como si no tuviese emociones y como si lo que veía no fuera real, sino un sueño o algo fantástico, sumido en un embotamiento que no desaparecería hasta después de 24 horas. No sabe cuánto tiempo se quedó en el andén, frente al vagón destruido, y qué hizo. Recuerda que un desconocido le sacó de allí y le llevó a su casa. Y desde entonces no ha vuelto a acercarse a un tren. Solo de pensar en ello sentía náuseas y ganas de vomitar.

Cuando el 18 de marzo de 2004 se presentó por primera vez en la consulta iba acompañado de su madre y de un profesor de su colegio. Se quejaba de dolores de estómago y vómitos, coincidentes con el momento de prepararse para ir al colegio. Cuando veía información en la televisión o recordaba algo relacionado con el atentado se le aparecían imágenes desagradables relacionadas con el mismo: cadáveres tendidos en el andén, gente intentando hacer camillas con bancos de la estación, lo que le provocaba vómitos ocasionales y náuseas muy frecuentes. Otras veces estas imágenes se le aparecían sin que pudiera relacionar su aparición con nada. También nos contó que tenía dificultades para dormirse y que todas las noches se despertaba con pesadillas desagradables relacionadas con el atentado, sobresaltado y muy nervioso. Por eso dice evitar todo lo que le recuerda a aquella explosión y por eso no ha vuelto a montar en tren y realiza sus desplazamientos al colegio en autobús. Ha faltado al colegio en dos ocasiones para irse a una iglesia a rezar.

2.2. Evaluación y diagnóstico

La evaluación psicológica se llevó a cabo durante las dos primeras sesiones y consistió en la realización de varias entrevistas semiestructuradas con el niño, su madre, un profesor del colegio y la directora pedagógica del mismo —con quien se mantuvo una entrevista telefónica—. Tanto la madre como los profesores confirmaron la existencia de los síntomas disociativos, de reexperimentación, evitación y aumento de la activación que Alberto había referido y, además, señalaron que habían notado en el niño irritabilidad (se enfadaba más que antes cuando no conseguía lo que quería), dificultades para concentrarse en las tareas escolares, y manifestaciones de alerta y sobresaltos de forma ocasional. Por ejemplo, cuando vio una mochila en el suelo del autobús salió corriendo sin que su madre pudiera controlarlo. También su madre y el profesor indicaron que Alberto parecía haber perdido el interés por jugar al fútbol, una actividad que antes le apasionaba. En base a todos los síntomas observados se establece inicialmente para Alberto un diagnóstico de trastorno por estrés agudo. Para completar el

proceso de evaluación, la psicóloga utilizó la Escala de Valoración Escala de Síntomas de Estrés Agudo (ESEA; García-Vera, Labrador y Larroy, 2008)[2] como instrumento de heteroevaluación, completando ella misma la escala a partir de la información obtenida con las entrevistas. La ESEA arrojó una puntuación de 8, por encima del punto de corte clínico (> 4) y confirmando, por tanto, la presencia de niveles clínicos de sintomatología por estrés.

Para comprobar la evolución de los problemas de Alberto, durante la quinta sesión (tercera sesión de tratamiento) se llevó a cabo una evaluación mediante la realización de una entrevista y la administración de la adaptación española del Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC; Spielberger y cols., 1990) y la versión para niños del STAI, que, como este, evalúa los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo. Para el STAIC, Rivas, Vázquez y Pérez (1995) han propuesto una puntuación mayor que el percentil 70 como criterio para establecer la presencia de niveles de ansiedad clínicamente significativos. En el momento de realizar esta evaluación intertratamiento, la mayoría de la sintomatología que Alberto refería inicialmente seguía presente y su intensidad apenas había disminuido. De hecho, la información que ofrecía la entrevista en este sentido venía corroborada por unas puntuaciones en el STAIC bien por encima del percentil 70 (véase la tabla 10.7). Por tanto, y puesto que ya había transcurrido más de un mes desde los atentados, y la sintomatología que presentaba Alejandro cumplía los criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático, este diagnóstico sustituyó al inicial de trastorno por estrés agudo.

TABLA 10.7
Resultados del tratamiento en el caso del niño con trastorno por estrés postraumático

Medida	**Rango**	**Punto de corte**	**Puntuación del paciente**		
			Pretratamiento	**Quinta sesión**	**Postratamiento**
ESEA	0-22	> 4	8	8	1
STAIC*					
— Ansiedad estado	0-60	> (70)	n.d.	49 (98)	20 (30)
— Ansiedad rasgo	0-60	> (70)	n.d.	40 (80)	35 (50)

* Entre paréntesis las puntuaciones en percentiles.

ESEA = Escala de Síntomas de Estrés Agudo; STAIC = Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en Niños; n.d. = no disponible.

2.3. Tratamiento

Se estableció como objetivo principal del tratamiento reducir la sintomatología descrita y normalizar lo antes posible la actividad del niño. Para ello se puso en marcha, a lo largo de 12 sesiones, un programa de intervención cuya secuencia temporal y de técnicas de intervención aparece recogida en la tabla 10.8, y que tenía los siguientes componentes:

— *Psicoeducación.* Entre otras cosas, se le explicó al niño el porqué de su irritabilidad, falta de apetito, dificultades para dormir, náuseas y sus pocas ganas de hablar y jugar, indicándole que todo ello constituía una reacción normal ante el acontecimiento vivido. También se le explicó que, aunque el miedo a viajar en tren era comprensible, su mejora pasaba por enfrentarse poquito a poco a esas situaciones que le asustaban tanto, ya que, de no hacerlo, seguiría teniéndoles miedo y esto le impediría recuperar su vida normal.

— *Técnicas de control de la ansiedad.* Se le enseñó al paciente a reconocer estímulos responsables de los aumentos de ansiedad y a poner en marcha ante ellos estrategias de control de la ansiedad, en concreto la respiración lenta abdominal, las autoinstrucciones positivas y la parada de pensamiento. Para explicar la lógica de estas técnicas al niño, en el caso del entrenamiento en respiración se le explicó que cuando nos ponemos nerviosos respiramos mucho más rápido y que la respiración lenta puede ayudarnos a sentirnos más tranquilos, a disminuir las náuseas y a dormir si la practicamos antes de acostarnos, etc. Las autoinstrucciones positivas se le explicaron comparándolas con los ánimos que se le dan a los jugadores de fútbol durante un partido, y explicándole que las autoinstrucciones serían algo similar, pero que nos damos a nosotros mismos y que, igualmente que a los jugadores, a nosotros también nos harían sentir más fuertes para enfrentarnos a las situaciones. Finalmente, la parada de pensamiento se explicó comparándola con la forma en que espantamos a un insecto que revolotea a nuestro lado molestándonos: igualmente habría pensamientos que nos molestan y no nos ayudan a sentirnos mejor, y deben ser apartados y sustituidos por otros más agradables.

TABLA 10.8
Tratamiento psicológico en el caso del niño con trastorno por estrés postraumático

Número de sesión	Fecha	Contenido de la sesión
1.ª sesión de evaluación	18-III-2004	— Evaluación: entrevista con el paciente, su madre y un profesor del colegio del paciente.
2.ª sesión de	24-III-	— Evaluación: entrevista con el paciente, su madre y la directora del

evaluación	2004	colegio.
1.ª sesión de tratamiento	1-IV-2004	— Psicoeducación sobre la naturaleza de su problema y su tratamiento.
2.ª sesión de tratamiento	21-IV-2004	— Psicoeducación sobre el procesamiento emocional y el papel de las conductas de evitación.
3.ª sesión de tratamiento	28-IV-2004	— Entrenamiento en respiración.
4.ª sesión de tratamiento	5-V-2004	— Entrenamiento en respiración. — Entrenamiento en parada del pensamiento.
5.ª sesión de tratamiento	12-V-2004	— Entrenamiento en parada de pensamiento. — Entrenamiento en autoinstrucciones positivas. — Reestructuración cognitiva. — Evaluación intertratamiento (cuestionarios).
6.ª sesión de tratamiento	19-V-2004	— Reestructuración cognitiva. — Exposición en imaginación (relato escrito de los acontecimientos vividos el día del atentado).
7.ª sesión de tratamiento	20-V-2004	— Exposición en imaginación.
8.ª sesión de tratamiento	9-VI-2004	— Exposición en imaginación. — Construcción de una jerarquía de ítems para la realización de la exposición en vivo.
9.ª sesión de tratamiento	16-VI-2004	— Finalización de la jerarquía de ítems. — Instrucciones para la realización de autoexposición en vivo acompañado de un familiar. — Revisión de la exposición en imaginación.
10.ª sesión de tratamiento	30-VI-2004	— Revisión de exposición en imaginación y autoexposición en vivo.
11.ª sesión de tratamiento	28-VII-2004	— Revisión de exposición en imaginación y autoexposición en vivo.
12.ª sesión de tratamiento	1-IX-2004	— Revisión de autoexposición en vivo. — Prevención de recaídas. — Evaluación postratamiento (entrevista y cuestionarios).

— *Técnicas de exposición en imaginación y en vivo.* En este caso se pidió al paciente que escribiese el relato de lo vivido el 11 de marzo, desde que se levantó por la mañana hasta que finalizó el día, explicándole la importancia de recrear la situación vivida con la mayor precisión posible, describiendo todas las sensaciones experimentadas. Una vez escrito el relato, fue leído por el niño en voz alta y grabado en una cinta de audio. La función de la grabación era que el paciente se

expusiese a ella diariamente el tiempo necesario hasta que su ansiedad disminuyese. La exposición en imaginación se utilizó como paso previo a la exposición en vivo, ya que los niveles de ansiedad producidos por la primera son más tolerables al inicio del tratamiento. Para la exposición en vivo se estableció, en colaboración con el niño, una jerarquía de estímulos que generaban ansiedad, la cual incluía, en los primeros ítems, la utilización de un acompañante para viajar en tres, ya que al paciente viajar en tren con alguien le provocaba menos ansiedad que hacerlo solo; asimismo, los primeros ítems de la jerarquía implicaban viajar por la tarde, ya que esto le resultaba menos ansiógeno que hacerlo por la mañana.

— *Técnicas de reestructuración cognitiva.* Especialmente se trabajaron los pensamientos del paciente relativos a la probabilidad de ocurrencia de nuevos acontecimientos similares, el grado de peligrosidad del hecho de viajar en tren, así como las creencias respecto a la existencia de «mucha gente mala» a su alrededor que podía hacerle daño.

— *Prevención de recaídas.* Se abordó cómo afrontar las dificultades que podían aparecer, se normalizó la posibilidad de presentar de nuevo los síntomas tratados, y se ensayaron formas de afrontar esa posible aparición: cómo enfocar esos síntomas, cómo actuar, qué decirse y cómo reducir la ansiedad que generan.

2.4. Resultados

Después de 12 sesiones de tratamiento, la vida del paciente había vuelto a la normalidad. Cada día acudía al colegio viajando en el tren sin que nadie le acompañase. Toda la sintomatología de ansiedad que mostraba antes del tratamiento (pesadillas, recuerdos, náuseas, reacciones de sobresalto, etc.) había desaparecido y, cuando se le pedía, no evitaba ni ponía obstáculos a recordar aspectos relacionados con el 11-M. Había recuperado su ilusión por el fútbol y también había desaparecido la irritabilidad que había mostrado en casa y en el colegio. Esta información, que fue corroborada mediante una entrevista semiestructurada llevada a cabo durante la última sesión de tratamiento, también quedaba confirmada por las puntuaciones que obtuvo el niño en la ESEA (nuevamente completada como instrumento de heteroevaluación por la psicóloga) y en el STAIC. Como puede observarse en la tabla 10.7, en ambos instrumentos sus puntuaciones estaban por debajo de los niveles clínicamente significativos de sintomatología de ansiedad y de estrés, y situaban al niño dentro de la normalidad.

NOTAS

1 Este caso ha sido tomado del artículo escrito por la primera autora de este libro y por Laura Romero Colino, titulado «Tratamiento psicológico de los trastornos por estrés derivados de los atentados del 11-M: de la psicología clínica basada en la evidencia a la práctica profesional» y publicado en la revista *Clínica y Salud* (vol. 15, núm. 3, pp. 355-385, 2004).

2 La ESEA es un cuestionario de autoinforme diseñado para evaluar la presencia de los síntomas del trastorno por estrés agudo recogidos en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Esta escala fue creada *ad hoc* para incluirla como instrumento de autoevaluación en la «Guía de autoayuda psicológica tras los atentados del 11-M» que se recoge en García-Vera, Labrador y Larroy (2008), de forma que pudiera ayudar a los usuarios de la guía a conocer qué síntomas de estrés podrían estar sufriendo como consecuencia de los atentados del 11-M y en qué momento era aconsejable que buscaran ayuda profesional. La escala está formada por 22 ítems; seis ítems cubren los síntomas disociativos característicos del trastorno por estrés agudo, cuatro los síntomas de reexperimentación del acontecimiento traumático, dos los síntomas de evitación de estímulos que recuerdan al trauma, seis los síntomas de ansiedad y aumento de la activación, y los restantes cuatro ítems los síntomas que más frecuentemente suelen aparecer asociados al trastorno por estrés agudo (por ejemplo, sentimientos de culpabilidad). La intensidad de cada uno de estos síntomas en el momento de completar el instrumento se valora en escalas de tipo Likert de 4 puntos («nada», «un poco», «bastante» y «mucho»), y se considera que un síntoma está presente cuando la persona valora un ítem como «bastante» o «mucho». Así, la puntuación de la escala oscila entre 0 y 22, indicando una mayor puntuación la presencia de un mayor número de síntomas de estrés agudo. La fiabilidad de consistencia interna de la ESEA con víctimas directas o indirectas de los atentados del 11-M es excelente, con un coeficiente alfa igual a 0,93 (García-Vera y Romero Colino, 2004). Con el fin de potenciar la sensibilidad del instrumento para identificar niveles de estrés clínicamente significativos, y siguiendo la misma estrategia que Schuster y cols. (2001) y Stein y cols. (2004), utilizaron el Listado de Síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático-versión para Civiles (Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian version, PCL-C; Weathers, Litz, Herman, Huska y Keane, 1993). El punto de corte de la ESEA se ha establecido en la presencia de al menos cinco síntomas, es decir, en una puntuación de 5.

PARTE CUARTA

Conclusiones

11

El futuro del tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes

Aunque la investigación sobre el tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en la infancia y adolescencia ha avanzado mucho en los últimos años, sigue todavía dependiendo mucho de la investigación sobre los trastornos depresivos y de ansiedad en los adultos, de forma que en su mayor parte se basa en una extensión más o menos adaptada de las estrategias y programas de tratamiento utilizados con los adultos. En este sentido, es de esperar que la investigación futura abandonará esa excesiva dependencia de los modelos y tratamientos utilizados para la depresión y ansiedad en adultos, en favor de la elaboración de modelos y tratamientos específicos para los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes y de la identificación de los principales factores de protección y riesgo para la depresión y la ansiedad en esta etapa evolutiva en particular, tan importante, pero a veces tan olvidada.

Por tanto, sería deseable que los programas de tratamiento futuros incorporen componentes terapéuticos que reflejen y aborden mejor las circunstancias reales de la vida de los niños y adolescentes. Como bien señalan Stark, Rouse y Kurowski (1994), independientemente de que los síntomas de los trastornos depresivos y de ansiedad sean o no los mismos en los niños y en los adultos, las vidas de los niños y de los adultos son bien distintas. Por ejemplo, los niños son mucho más dependientes y están expuestos de un modo más continuo y diario a las influencias de sus padres y de su familia de lo que lo están los adultos. En consecuencia, los niños se ven expuestos de una forma más continuada y diaria que los adultos a los factores familiares que pueden estar contribuyendo o manteniendo su trastorno depresivo o de ansiedad, como por ejemplo las actitudes disfuncionales de sus padres y los patrones desadaptativos de interacción con ellos. Asimismo, los niños están expuestos diariamente a las posibles consecuencias negativas derivadas de sus problemas de habilidades sociales, mientras que los adultos pueden organizar su vida de forma que puedan evitar contactos familiares y sociales de los cuales se deriven consecuencias negativas debido a su falta de habilidades sociales. Por ejemplo, un niño con déficit de habilidades sociales puede recibir consecuencias negativas de sus compañeros de clase de forma casi diaria, mientras que un adulto con el mismo déficit puede encontrar un trabajo que requiera un contacto mínimo con otras personas.

Por otro lado, hasta la fecha muchos estudios hacen hincapié en una única teoría de la depresión o de la ansiedad y, por tanto, se centran solo en algunos aspectos de los trastornos depresivos y de ansiedad. Sin embargo, como se ha expuesto en los capítulos dedicados a los modelos explicativos (capítulos 3 y 7), los trastornos depresivos y de ansiedad, y sobre todo en la infancia y en la adolescencia, son el resultado de múltiples factores; por consiguiente, los tratamientos han de ser multicomponentes, para poder así abordar esa multiplicidad de factores. Probablemente, las líneas futuras del tratamiento psicológico de los trastornos depresivos y de ansiedad en los menores se moverán aún más hacia esa mayor amplitud en su foco de intervención, reconociendo explícitamente la interdependencia de varios sistemas (cognitivo, conductual, afectivo, fisiológico, interpersonal y ambiental) en los trastornos depresivos y de ansiedad que sufren los niños y adolescentes.

Además, las intervenciones futuras en los trastornos depresivos y de ansiedad de niños y adolescentes deberán diseñar estrategias, procedimientos y técnicas que despierten y mantengan la motivación de los menores por la terapia. A tenor de los datos ofrecidos por las investigaciones, parece inexcusable el abordaje terapéutico de los aspectos cognitivos en los trastornos depresivos y de ansiedad de niños y adolescentes. Pero las técnicas que actualmente se utilizan para modificar esos aspectos están excesivamente basadas en procedimientos lógico-verbales, los cuales, amén de su posible dificultad para muchos menores, especialmente para niños más pequeños, son aburridos para todos ellos. El desinterés resultante puede conducir a una terminación prematura de la terapia o a la posibilidad de que el menor no se beneficie completamente del tratamiento. Por tanto, sería deseable que los investigadores y profesionales desarrollaran otras estrategias y procedimientos basados en juegos, historias y actividades, ajustadas a la edad y el contexto sociocultural del menor, para poner en marcha las técnicas correspondientes. En este sentido, los programas de tratamiento para los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes propuestos por Méndez (1998, 2001, 1999; Méndez y cols., 2008a; Méndez Carrillo, Llavona Uribelarrea, Espada Sanchez y Orgilés Amorós, 2013) pueden servir como un buen elemento de referencia en España.

En relación con el desarrollo de estrategias, procedimientos y técnicas terapéuticas más motivantes, en los últimos años ha despertado un gran interés la utilización de las nuevas tecnologías, y se han diseñado y puesto a prueba programas de tratamiento psicológico, especialmente cognitivo-conductuales, aplicados mediante ordenador, internet o aplicaciones para teléfonos móviles. De hecho, recientemente Ebert y cols. (2015) llevaron a cabo una revisión metaanalítica de la eficacia de ese tipo de programas de tratamiento para los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes. Los autores encontraron que, hasta diciembre de 2013, se habían publicado 13 ensayos clínicos controlados al respecto, siete dirigidos al tratamiento de la ansiedad, cuatro al tratamiento de la depresión y dos de naturaleza transdiagnóstica, dirigidos tanto a la

ansiedad como a la depresión. En los tres casos, los resultados indicaban que los tratamientos cognitivo-conductuales aplicados por ordenador, Internet o aplicaciones para teléfonos móviles eran más eficaces que las condiciones de control, encontrándose diferencias entre moderadas y grandes en la reducción de la sintomatología ansiosa o depresiva en comparación a esas condiciones de control. No obstante, no existe actualmente ningún tratamiento psicológico aplicado por ordenador, Internet o aplicaciones para teléfonos móviles que cumpla todos los requisitos que en el capítulo 2 se establecían para considerar un tratamiento como bien establecido en cuanto a su eficacia para los trastornos depresivos o de ansiedad en niños o adolescentes, por lo que será necesaria más investigación al respecto.

En cualquier caso, las ventajas de los tratamientos psicológicos aplicados mediante ordenador, internet o aplicaciones para teléfonos móviles, o su utilización conjunta con la terapia psicológica presencial, ya que sus efectos y la adherencia terapéutica a los mismos mejoran si hay un contacto regular con un terapeuta, residen no solo en su capacidad para motivar a los pacientes, sino también en la posibilidad de llegar a pacientes que no tienen fácil acceso a centros de salud mental o a consultas psicológicas donde puedan recibir dichos tratamientos (por ejemplo, pacientes que viven en áreas rurales). Otra ventaja tiene que ver con el ahorro en costes que implican tanto para los servicios sanitarios que los proporcionan como para los pacientes que los reciben. Los tratamientos psicológicos bien establecidos en cuanto a su eficacia para los trastornos depresivos y de ansiedad, aunque son eficientes en términos de su relación costes-beneficios, implican alrededor de 16-24 sesiones de terapia intensiva cara a cara con un profesional clínico, y los costes de estas sesiones pueden suponer una inversión muy importante de dinero para los servicios públicos de salud o ser prohibitivos para grandes sectores de la población si a las personas no les queda más remedio que acudir a consultas privadas o a consultas vinculadas a seguros privados de salud para poder recibir dichos tratamientos. De hecho, en la mayoría de los países, incluyendo España, el número de niños con problemas de salud mental supera con creces, por ejemplo, al número de psicólogos clínicos disponibles. Además, muchos niños y adolescentes con trastornos depresivos y de ansiedad no son detectados por los servicios de salud, y entre los que sí lo son, por ejemplo en los centros de atención primaria, muchos no reciben la ayuda que necesitan debido a la falta de recursos de atención especializados en salud mental infanto-juvenil, a las largas listas de espera y a la tendencia a la medicalización en detrimento de la aplicación de tratamientos psicológicos. Y esto a pesar del enorme impacto personal, familiar, social y económico que puede provocar la falta de atención a los trastornos mentales en la infancia y en la adolescencia en las políticas sanitarias de las administraciones públicas responsables. Un reciente informe elaborado por un grupo de trabajo de la Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres (London School of Economics and Political Science) para el gobierno de Reino Unido ponía en evidencia que los problemas de salud mental sin identificar y sin tratar en la juventud, incluyendo

los trastornos depresivos y de ansiedad, pueden tener consecuencias devastadoras y costosas como, por ejemplo, una peor salud física a corto y largo plazo, una disminución de los hábitos de conducta saludables (por ejemplo, un aumento del consumo de alcohol, tabaco y abuso de sustancias) y un impacto negativo en el desarrollo social, en el rendimiento educativo y en la empleabilidad posterior, todo lo cual suponía, a la larga, mayores costes sociales y económicos para la sociedad (Knapp y cols., 2016).

Finalmente, cabe esperar que todas estas estrategias de cambio en la forma en que se fundamentarán, desarrollarán e implementarán en el futuro los tratamientos psicológicos para los trastornos depresivos y de ansiedad conseguirán aumentar las tasas de eficacia de las terapias actualmente disponibles, puesto que hay mucho margen de mejora, especialmente en el campo de la depresión infantil y adolescente. De hecho, algunos estudios señalan que los efectos beneficiosos de las terapias psicológicas para la depresión en niños y adolescentes serían menores de lo que se pensaba; como ocurre en otros ámbitos, los estudios más rigurosos metodológicamente parecen encontrar efectos beneficiosos más pequeños (Weisz y cols., 2006).

Para mejorar la eficacia y efectividad de los tratamientos es muy importante que la investigación futura estudie en mayor profundidad los mecanismos de cambio terapéutico (Kazdin, 2007; Kazdin y Nock, 2003). Afortunadamente, se dispone hoy en día de un arsenal terapéutico eficaz y clínicamente útil para los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes, pero, sin embargo, no se sabe muy bien cómo funcionan las terapias que forman parte de ese arsenal. En el capítulo 2 se comentaba cómo diversas investigaciones han demostrado que ciertos factores comunes a toda psicoterapia, como por ejemplo el establecimiento de una buena alianza terapéutica, están relacionados significativamente con una mayor eficacia terapéutica. No obstante, la inmensa mayoría de esos estudios no han descartado la posibilidad de que una buena relación terapéutica sea el resultado de cambios iniciales en la sintomatología de los pacientes o en alguna otra tercera variable (por ejemplo, cambios en las expectativas de los pacientes), más que el mecanismo responsable de dichos cambios sintomáticos. Es decir, cabe la posibilidad de que si al principio del tratamiento los síntomas de los pacientes empiezan a mejorar, dichos cambios sean los que faciliten el que se establezca una buena relación terapéutica entre los pacientes y los terapeutas y no viceversa. Por ejemplo, en un estudio realizado por Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis y Siqueland (2000) sobre los procesos de cambio durante una terapia de orientación psicodinámica se encontró, en consonancia con la mayoría de la literatura científica, que la existencia de cambios positivos en la alianza terapéutica en las primeras sesiones de terapia (por ejemplo, en la sesión quinta) predecía una mayor reducción en la presencia de síntomas depresivos al final del tratamiento, pero dichas reducciones sintomatológicas y dichos cambios en la alianza terapéutica también estaban relacionados con la existencia de reducciones en la sintomatología depresiva durante las primeras sesiones de terapia. Por supuesto, con estas afirmaciones no se quiere decir que

la alianza terapéutica sea siempre la consecuencia y no la causa, ya que, de hecho, los resultados de Barber y cols. (2000) son correlacionales y, por tanto, pueden ser interpretados tanto en una dirección (los cambios iniciales en la alianza terapéutica causaron los cambios iniciales en sintomatología depresiva) como en la otra (los cambios iniciales en la sintomatología depresiva causaron los cambios iniciales en la alianza terapéutica). Tampoco se quiere decir que el establecimiento de una buena relación terapéutica no sea un factor importante para que una terapia sea eficaz y clínicamente útil. Al contrario, tal y como se ha comentado extensamente a lo largo de este libro y, en especial, en el capítulo 2, creemos que una buena alianza terapéutica con los niños y adolescentes y con sus padres es clave en el tratamiento psicológico de los trastornos depresivos y de ansiedad. Sin embargo, lo que sí se quiere decir con las afirmaciones anteriores y con la referencia al estudio de Barber y cols. (2000) es que la creencia que compartimos en la importancia de la alianza terapéutica, por muy plausible que pueda ser y a pesar de los datos correlacionales iniciales que la apoyan, adolece, todavía, de la suficiente investigación sobre la secuencia temporal de las relaciones causales entre los cambios sintomáticos y los cambios en la relación terapéutica para descartar con mayor seguridad la posibilidad de que estos últimos cambios sean simplemente la consecuencia de las mejorías iniciales en sintomatología o de cambios en una tercera variable que explique tanto los cambios iniciales sintomatológicos como los cambios iniciales en la alianza terapéutica. Lamentablemente, la situación de la investigación sobre otros posibles mecanismos de cambio terapéutico, incluidos los mecanismos más específicos que presuntamente están en la base de los efectos específicos de las diferentes terapias psicológicas (por ejemplo, los cambios en los pensamientos automáticos negativos y en las actitudes disfuncionales que supuestamente subyacen tras la eficacia de la terapia cognitiva), no es muy distinta a la que presenta la investigación sobre el papel de la alianza terapéutica (Kazdin, 2007). En definitiva, de forma complementaria a los estudios sobre la eficacia y utilidad clínica de los tratamientos, se necesitan más estudios que analicen el por qué y cómo funcionan los tratamientos, ya que este último tipo de investigación es imprescindible para mejorar la práctica clínica y la atención a los pacientes. Conociendo bien los mecanismos de cambio terapéutico es mucho más fácil mejorar o implementar las estrategias y técnicas que los fomentan y eliminar los obstáculos que los impiden.

De manera también complementaria a esos dos tipos de investigación, es importante que estudios futuros profundicen en el análisis de cuáles son las características o el perfil de los niños y adolescentes más propensos a responder positivamente a los tratamientos eficaces y clínicamente útiles para los trastornos depresivos y de ansiedad. Pero, a pesar de todas esas limitaciones en la investigación terapéutica, cuando uno mira hacia atrás y es consciente de que hace apenas 30 años el campo del tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en la infancia y adolescencia apenas era capaz de sugerir algunas estrategias terapéuticas que se suponían que podían ser eficaces, el hecho de que

hoy en día se disponga de un arsenal terapéutico que, aunque mejorable, permite devolver la felicidad a muchos niños y adolescentes, es sin duda un gran logro que debe inspirar y espolear nuestros esfuerzos futuros.

Referencias bibliográficas

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Alloy, L. Y. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review, 96,* 358-372.

Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87,* 49-74.

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2014). *Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000-2012.* Informe de utilización de medicamentos U/HAY/V1/17012014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consultado en Internet el 9 de febrero de 2015 en http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/informes.htm.

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2015). *Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el período 2000-2013.* Informe de utilización de medicamentos U/AD/V1/14012015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consultado en Internet el 9 de febrero de 2015 en http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/informes.htm.

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2016). *CIMA. Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS. Búsqueda por descripción clínica.* Consultado en Internet el 10 de mayo de 2016 en http://www.aemps.gob.es.

Aláez Fernández, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema, 12,* 525-532.

Albano, A. M., Marten, P. A. y Holt, C. S. (1991). *Therapist's manual for cognitive-behavioral group therapy for adolescent social phobia.* Manuscrito no publicado. Albany: State University of New York.

Alisic, E., Zalta, A. K., Van Wesel, F., Larsen, S, E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K. y Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 204,* 335-340.

Allen, J. L., Rapee, R. M. y Sandberg, S. (2008). Severe life events and chronic adversities as antecedents to anxiety in children: a matched control study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*(7), 1047-1056.

American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition. DSM–III.* Washington: American Psychiatric Press (traducción española publicada en Barcelona: Masson, 1983).

American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. DSM-IV.* Washington: American Psychiatric Press (traducción española publicada en Barcelona: Masson, 1995).

American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of*

mental disorders. Fourth edition. Text Revision. DSM-IV-TR. Washington: American Psychiatric Press (traducción española publicada en Barcelona: Masson, 2002).

American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. DSM-5.* Washington: American Psychiatric Press (traducción española publicada en Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2014).

Anderson, I. M. (2000). Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *Journal of Affective Disorders, 58,* 19-36.

Angst, J., Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V. y Rössler, W. (2014). Is two weeks the optimum duration criterion for major depression? *Actas Españolas de Psiquiatría, 42,* 18-27.

Avenevoli, S., Swendsen, J., He, J., Burstein, M. y Merikangas, K. R. (2015). Major depression in the national comorbidity survey–adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 54,* 37-44.

Aydin, A. (2014). Parental involvement in cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Turkish Journal of Psychiatry, 2,* 1-9.

Bachmann, C. J., Aagaard, L., Burcu, M., Glaeske, G., Kalverdijk, L. J., Petersen, I., Schuiling-Veninga, C. C. M., Wijlaars, L., Zito, J. M. y Hoffmann, F. (2016). Trends and patterns of antidepressant use in children and adolescents from five Western countries, 2005-2012. *European Neuropsychopharmacology, 26,* 411-419.

Bados López, A. (2005a). *Fobias específicas.* Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Consultado en Internet el 28 de enero de 2015 en http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/360/1/113.pdf.

Bados López, A. (2005b). *Agorafobia y pánico.* Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Consultado en Internet el 28 de enero de 2015 en http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/358/1/115.pdf.

Bados López, A., García Grau, E. y Fusté Escolano, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology, 2,* 477-502.

Baldwin, D. S., Anderson, I. M., Nutt, D. J., Bandelow, B., Bond, A., Davidson, J. R., den Boer, J. A., Fineberg, N. A., Knapp, M., Scott, J. y Wittchen, H. U. (2005). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology, 19*(6), 567-596.

Baldwin, G. y Shean, G. D. (2006). A taxometric study of the center for epidemiological studies depression scale. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 132,* 101-128.

Ballespí Sola, S., Jané Ballabriga, M. C., Riba Lloret, M. D. y Domènech-Llaberia, E. (2003). Escala de Inhibición Conductual para Preescolares, versión de Maestros (EICP-M): propiedades psicométricas. *Psicothema, 15,* 205-210.

Baltes, P. B. (1998). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Development Psychology, 23*, 611-626.

Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L. y Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 1027-1032.

Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist, 55*, 1247-1263.

Barrett, P. M., Farrell, L., Pina, A. A., Peris, T. S. y Piacentini, J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(1), 131-155.

Barrett, P. M., Lowry-Webster, H. y Turner. C. (2000a). *Friends for Children group leader manual* (2.a ed.). Brisbane, Australia: Australian Academic Press.

Barrett, P. M., Lowry-Webster, H. y Turner. C. (2000b). *Friends for Children participant workbook* (2.a ed.). Brisbane, Australia: Australian Academic Press.

Bear, M. F., Connors, B. W. y Paradiso, M. A. (2016). *Neuroscience. Exploring the brain* (4.a ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 1*, 5-37.

Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety and phobias: a cognitive perspective.* Nueva York: Basic Books.

Beck, A. T. y Emery, G. (2014). *Trastornos de ansiedad y fobias. Una perspectiva cognitiva.* Bilbao: Desclée de Brouwer (original de 2005).

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, E. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión.* Bilbao: DDB (original de 1979).

Beck, A. T. y Steer, R. A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck* (adaptación española: Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación.

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II* (adaptación española: Sanz, J. y Vázquez, C.). Madrid: Pearson Educación.

Beidel, D. C. y Alfano, C. A. (2011). *Child anxiety disorders: a guide to research and treatment* (2.a ed.). Nueva York: Routledge.

Beidel, D. C. y Roberson-Nay, R. (2005). Treatment of social phobia in children: Social Effectiveness Therapy for Children. En E. D. Hibbs y P. Jensen (eds.), *Psychosocial treatments for children and adolescents: empirically validated treatments* (pp. 75-96). Washington, DC: American Psychological Association.

Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. L. (1995). A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment, 7*, 73-79.

Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. L. (2004). *Social Effectiveness Therapy for Children and Adolescents (SET-C).* Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.

Bellack, A. S. y Hersen, M. (eds.) (1985). *Dictionary of behavior therapy techniques.* Nueva York: Pergamon Press.

Benigni, R. (dir.) (1999). *La vida es bella* [DVD]. Barcelona: Lauren Film (original de 1997).

Beutler, L. E. (2002). The dodo bird is extinct. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9,* 30-34.

Beyondblue (2011). *Clinical practice guidelines. Depression in adolescents and young adults.* Melbourne: Beyond Blue Ltd.

Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S. y Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38,* 1230-1236.

Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J. y Neer, S. M. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36,* 545-553.

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

Blader, J. C. y Carlson, G. A. (2007). Increased rates of bipolar disorder diagnoses among US child, adolescent, and adult inpatients, 1996-2004. *Biological Psychiatry, 62,* 107-114.

Blanco, C., Clougherty, K. F., Lipsitz, W. J., Mufson, L. y Weissman, M. M. (2006). Homework in interpersonal psychotherapy (IPT): rationale and practice. *Journal of Psychotherapy Integration, 16,* 201-218.

Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B. y Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety, 27,* 168-189.

Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez-Bernardos, M., Bersabe, R., Loriga, A. y Monsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos, en niños y adolescentes: resultados preliminares. *Clínica y Salud, 6,* 67-82.

Bravo Ortiz, M. F. (2002). *Psicofarmacología para psicólogos.* Madrid: Síntesis.

Bridge, J. A., Iyengar, S., Salary, C. B., Barbe, R. P., Birmaher, B., Pincus, H. A., Ren, L. y Brent, D. A. (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA, 297*(15), 1683-1696.

Broman-Fulks, J., Ruggiero, K. J., Green, B. A., Smith, D. W., Hanson, R. F., Kilpatrick, D. G. y Saunders, B. E. (2009). The latent structure of posttraumatic stress disorder among adolescents. *Journal of Traumatic Stress, 22,* 146-152.

Bronstein, A. C., Spyker, D. A., Cantilena, L. R., Green, J. L., Rumack, B. H. y Giffin, S. L. (2010). 2009 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 27th Annual Report. *Clinical Toxicology, 48,* 979-1178.

Caballo, V. E. (ed.) (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad.* Madrid: Pirámide.

Caballo, V. E., Arias, B., Salazar, I. C., Calderero, M., Irurtia, M. J. y Ollendick, T. H. (2012). Una nueva medida de autoinforme para evaluar la ansiedad/fobia social en niños: el «Cuestionario de ansiedad social para niños» (CASO-N24). *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 20,* 485-504.

Calvete, E. y Cardeñoso, O. (2002). Self-talk in adolescents: dimensions, states of mind, and psychological maladjustment. *Cognitive Therapy and Research, 26,* 473-485.

Calvete, E. y Cardeñoso, O. (2005). Gender differences in cognitive vulnerability to depression and behavior problems in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33,* 179-192.

Calvete, E. y Orue, I. (2012). Validación del cuestionario de cogniciones sociales en adolescentes españoles. *Ansiedad y Estrés, 18,* 131-139.

Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L. y Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema, 27,* 223-228.

Calvete, E., Orue, I. y Hankin, B. L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: the mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of Anxiety Disorders, 27,* 278-288.

Calvete, E., Villardón, L., Estévez, A. y Espina, M. (2007). La desesperanza como vulnerabilidad cognitiva al estrés: adaptación del Cuestionario de Estilo Cognitivo para Adolescentes. *Ansiedad y Estrés, 13,* 215-227.

Canino, G., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., Bird, H. R., Bravo, M., Ramírez, R., Chavez, L., Alegría, M., Bauermeister, J. J., Hohmann, A., Ribera, J., García, P. y Martínez-Taboas, A. (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Archives of General Psychiatry, 61,* 85-93.

Capafóns, J. L., Sosa, C. D., Conesa-Peraleja, M. D., Navarro, A. M. y Silva, F. (1993). ICI. Inventario de creencias irracionales. En F. Silva y M. C. Martorell (eds.), *EPIJ. Evaluación de la personalidad infantil y juvenil* (vol. 3, pp. 83-98). Madrid: MEPSA.

Carballo, J. J., Baca-García, E., Blanco, C., Pérez-Rodríguez, M. M., Jiménez Arriero, M. A., Artes-Rodríguez, A., Group for the Study of Evolution of Diagnosis (SED), Rynn, M., Shaffer, D. y Oquendo, M. A. (2010). Stability of childhood anxiety disorder diagnoses: a follow-up naturalistic study in psychiatric care. *European Child & Adolescent Psychiatry, 19,* 395-403.

Cardeñoso, O. y Calvete, E. (2004). Desarrollo de un «Inventario de creencias irracionales» para adolescentes. *Psicología Conductual, 12,* 289-304.

Carrillo, F., Godoy, A., Gavino, A., Nogueira, R., Quintero, C. y Casado, Y. (2012). «Escala de Ansiedad Infantil de Spence» (*Spence Children's Anxiety Scale,* SCAS): fiabilidad y validez de la versión española. *Psicología Conductual, 20,* 529-545.

Caspi, A. y Silva, P. A. (1995). Temperamental qualities at age 3 predict personality traits in young adulthood: longitudinal evidence from a birth cohort. *Child*

Development, 66, 486-498.
Caspi, A., Harrington, H., Milne, B., Amell, J. W., Theodore, R. F. y Moffitt, T. E. (2003). Children's behavioral styles at age 3 are linked to their adult personality traits at age 26. *Journal of Personality, 71,* 495-513.
Castilla del Pino, C. (1977). La psiquiatría española 1939-1975. En J. M. Castellet (ed.), *La cultura bajo el franquismo* (pp. 79-102). Barcelona: Península.
Castro-Fornieles, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B. y Toro, J. (2004). Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Adolescence Health, 353,* 392-398.
Cautela, J. R. y Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial.* Barcelona: Martínez Roca (original de 1978).
Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52,* 685-716.
Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P. [...] y Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist, 51,* 3-16.
Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C. E., Umemoto, L. A. y Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Behaviour Research and Therapy, 38,* 835-855.
Clark, D. A. y Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. Ciencias y práctica.* Bilbao: Desclée de Brouwer (original de 2010).
Clarke, G. N. y Lewinsohn, P. M. (1986). *The Coping with Depression Course-Adolescent Version. A psychoeducational intervention for unipolar depression in high school students.* Manuscrito no publicado. Eugene, OR: Oregon Research Institute.
Coles, M. E., Wolters, L. H., Sochting, I., De Haan, E., Pietrefesa, A. S. y Whiteside, S. P. (2010). Development and initial validation of the Obsessive Belief Questionnaire-Child Version (OBQ-CV). *Depression and Anxiety, 27,* 982-991.
Collishaw, S., Maughan, B., Goodman, R. y Pickles, A. (2004). Time trends in adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45,* 1350-1362.
Comeche Moreno, M. I. y Vallejo Pareja, M. A. (eds.) (2012). *Manual de terapia de conducta en la infancia* (2.a ed.). Madrid: Dykinson.
Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, R. y Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43,* 930-959.
Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España (2010). *Código deontológico del psicólogo.* Consultado en Internet el 1 de julio de 2016 en http://www.cop.es.
Cook, N. E. y Gorraiz, M. (2016). Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self-injury and depression among adolescents: preliminary meta-analytic evidence. *Child*

and Adolescent Mental Health, 21, 81-89.
Cornelius, J. R., Bukstein, O. G., Wood, D. S., Kirisci, L., Douaihy, A. y Clark, D. B. (2009). Double-blind placebo-controlled trial of fluoxetine in adolescents with comorbid major depression and an alcohol use disorder. *Addictive Behavior, 34,* 905-909.
Cornelius, J. R., Bukstein, O. G., Douaihy, A. B., Clark, D. B., Chung, T. A., Daley, D. C., Wood, D. S. y Brown, S. J. (2010). Double-blind fluoxetine trial in comorbid MDD-CUD youth and young adults. *Drug and Alcohol Dependence, 112,* 39-45.
Correll, C. U., Gerhard, T. y Olfson, M. (2013). Prescribing of psychotropic medications to children and adolescents: quo vadis? *World Psychiatry, 12,* 127-128.
Costello, E. J., Erkanli, A. y Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47,* 1263-1271.
Cox, G. R., Callahan, P., Churchill, R., Hunot, V., Merry, S. N., Parker, A. G. y Hetrick, S. E. (2014). Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 11,* CD008324.
Cox, B. J., Enns, M. W., Borger, S. C. y Parker, J. D. A. (1999). The nature of the depressive experience in analogue and clinically depressed samples. *Behaviour Research and Therapy, 37,* 15-24.
Craighead, W. E., Curry, J. F. y McMillan, D. K. (1994). Childhood and adolescent depression. En L. W. Craighead, W. E. Craighead, A. E. Kazdin y M. J. Mahoney (eds.), *Cognitive and behavioral interventions: an empirical approach to mental health problems* (pp. 301-312). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
Craske, M. G. y Barlow, D. H. (2006). *Mastery of your anxiety and panic* (4.a ed.). Nueva York: Oxford University Press.
Cuijpers, P., Donker, T., Weissman, M. M., Ravitz, P. y Cristea, I. A. (2016). Interpersonal psychotherapy for mental health problems: a comprehensive meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 173,* 680-687.
Cuijpers, P., Muñoz, R. F., Clarke, G. N. y Lewinsohn, P. M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: the «coping with depression» course thirty years later. *Clinical Psychology Review, 29,* 449-458.
Cuijpers, P., Van Straten, A. y Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27,* 318-326.
David-Ferdon, C. y Kaslow, N. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*(1), 62-104.
Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review, 33,* 846-861.
Degnan, K. A., Almas, A. N. y Fox, N. A. (2010). Temperament and the environment in the etiology of childhood anxiety. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(4), 497-517.

Del Barrio, V. (1997). *Depresión infantil.* Barcelona: Ariel.
Del Barrio, V. y Mestre, V. (1989). *Epidemiología de la depresión infantil en Valencia.* Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum.
Del Barrio, V., Colondrón, M. F., De Pablo, C. y Roa, M. L. (1996). Primera adaptación de las escalas de depresión de Reynolds RCDS y RADS a población española. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 2,* 75-100.
Del Barrio, V., Silva, F., Conesa-Pareja, C. D., Martorell, M. C. y Navarro, A. M. (1993). EED. Escala de Evaluación de la Depresión. En F. Silva y M. C. Martorell (eds.), *EPIJ. Evaluación de la personalidad infantil y juvenil* (vol. 3, pp. 55-82). Madrid: MEPSA.
Del Prette, Z. A. P., Monjas Casares, M. I. y Caballo, V. E. (2006). La evaluación del repertorio de las habilidades sociales en niños. En V. E. Caballo (ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 373-399). Madrid: Pirámide.
Delgado, P. L. (2000). Depression: the case for a monoamine deficiency. *Journal of Clinical Psychiatry, 61* (supl. 6), 7-11.
Delgado, P. y Moreno, F. (2000). Role of norepinephrine in depression. *Journal of Clinical Psychiatry, 61* (supl. 1), 5-11.
Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K. y Levy, S. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49,* 122-131.
Division 12 of the American Psychological Association (2016). *Research-supported psychological treatments.* Consultado en Internet el 1 de julio de 2016 en http://www.div12.org/psychological-treatments.
Dobson, K. S. y Shaw, B. F. (1988). The use of treatment manuals in cognitive therapy: experience and issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 673-680.
Domènech, E. y Polaino, A. (1990). La Escala ESDM como instrumento adicional en el diagnóstico de la depresión infantil. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 17,* 105-113.
Domènech, E., Araneda, N., Xifró, A. y Riba, D. (2003). Escala de depresión preescolar para maestros (ESDM 3-6): primeros resultados de validación. *Psicothema, 15,* 575-580.
Dubicka, B., Hadley, S., Roberts, C. y Harrington, R. (2006). Suicidal behaviour in youths with depression treated with new generation antidepressants: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 189,* 393-398.
D'Zurilla, T. J. (1993). *Terapia de resolución de conflictos.* Bilbao: DDB.
Ebert, D. D., Zarski, A., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M. y Riper, H. (2015). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: a meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PLoS One, 10*(3). DOI:10.1371/journal.pone.0119895.
Echeburúa, E. y de Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y*

adolescencia. Madrid: Pirámide.
Egan, S. J., Wade, T. D. y Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review. *Clinical Psychology Review*, *31*, 203-212.
Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. y Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, *48*, 43-49.
Enns, M. W., Cox, B. J. y Borger, S. C. (2001). Correlates of analogue and clinical depression: a further test of the phenomenological continuity hypothesis. *Journal of Affective Disorders, 66,* 175-183.
Essau, C. A., Conradt, J. y Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 14,* 263-279.
Esposito-Smythers, C., Spirito, A., Kahler, C. W., Hunt, J. y Monti, P. (2011). Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: a randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79,* 728-739.
Esposito-Smythers, C., Walsh, A., Spirito, A., Rizzo, C., Goldston, D. B. y Kaminer, Y. (2012). Working with the suicidal client who also abuses substances. *Cognitive and Behavioral Practice, 19,* 245-255.
Ezama Coto, E., Alonso, Y. y Fontanil Gómez, Y. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 10,* 293-314.
Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes.* Madrid: Síntesis.
Ezpeleta, L., De la Osa, N. y Doménech, J. M. (2014). Prevalence of DSM-IV disorders, comorbidity and impairment in 3-year-old Spanish preschoolers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *49*, 145-155.
Ezpeleta, L., Osa, N. de la, Doménech, J. M., Navarro, J. B. y Losilla, J. M. (1995). La *Diagnostic Interview for Children and Adolescents,* DICA-R: acuerdo diagnóstico entre niños/adolescentes y sus padres. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, *22*, 153-163.
Eurostat (2015). *Eurostat database. Death due to suicide.* Consultado en Internet el 14 de enero de 2015 en http://ec.europa.eu/eurostat/data/database.
Fall, K. A., Holden, J. M. y Marquis, A. (2010). *Theoretical models of counseling and psychotherapy* (2.a ed.). Nueva York: Routledge.
Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos.* Barcelona: Paidós.
Fernández Hermida, J. R. y Pérez Álvarez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, *13*, 337-344.
Fernández-Llebrés, R., Godoy, A. y Gavino, A. (2010). Adaptación española del Cuestionario de Fusión Pensamiento-Acción para Adolescentes (TAFQ-A). *Psicothema, 22,* 489-494.
Figueras, A., Amador, J. A. y Guàrdia, J. (2008). Psychometric properties of the Reynolds Child Depression Scale in community and clinical samples. *The Spanish*

Journal of Psychology, 11, 641-649.
Figueras-Masip, A., Amador-Campos, J. A. y Peró-Cebollero, M. (2008). Características psicométricas de la Reynolds Adolescent Depression Scale en población comunitaria y clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8,* 247-266.
Figueras Masip, A., Amador-Campos, J. A., Gómez-Benito, J. y Del Barrio Gándara, V. (2010). Psychometric properties of the Children's Depression Inventory in community and clinical sample. *The Spanish Journal of Psychology, 13,* 990-999.
Flannery-Schroeder, E. y Kendall, P. C. (1996). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: therapist manual for group treatment.* Ardmore, PA: Workbook Publishing.
Flett, G. L., Hewitt, P. L., Boucher, D. J., Davidson, L. A. y Munro, Y. (2000). *The Child-Adolescent Perfectionism Scale: development, validation, and association with adjustment.* Manuscrito no publicado. Toronto: Department of Psychology, York University.
Flett, G. L., Vredenburg, K. y Krames, L. (1997). The continuity of depression in clinical and nonclinical samples. *Psychological Bulletin, 121,* 395-416.
Fliege, H., Lee, J., Grimm, A. y Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 66,* 477-493.
Foa, E. B., Coles, M. E., Huppert, J. D., Pasupuleti, R., Franklin, M. E. y March, J. S. (2010). Development and validation of a child version of the Obsessive Compulsive Inventory. *Behavior Therapy, 41,* 121-132.
Forbes, D., Haslam, N., Williams, B. J. y Creamer, M. (2005). Testing the latent structure of posttraumatic stress disorder: a taxometric study of combat veterans. *Journal of Traumatic Stress, 18,* 647-656.
France, C. M., Lysaker, P. H. y Robinson, R. P. (2007). The «chemical imbalance» explanation for depression: origins, lay endorsement, and clinical implications. *Professional Psychology: Research and Practice, 38,* 411-420.
Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría.* Barcelona: Ariel.
Franklin, M. E., Freeman, J. y March, J. S. (2010). Treating pediatric obsessive-compulsive disorder using exposure-based cognitive-behavioral therapy. En J. R. Weisz y A. E. Kazdin (eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2.a ed., pp. 80-92). Nueva York: Guilford.
Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A. y Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety, 28,* 750-769.
Fromme, D. K. (2011). *Systems of psychotherapy. Dialectical tensions and integration.* Nueva York: Springer.
Gallagher, M. W., Bentley, K. H. y Barlow, D. H. (2014). Perceived control and vulnerability to anxiety disorders: a meta-analytic review. *Cognitive Therapy and Research, 38,* 571-584.
Gallagher-Thompson, D., Steffen, A. M. y Thompson, L. W. (eds.) (2008). *Handbook of*

behavioral and cognitive therapies with older adults. Nueva York: Springer.
Gambrill, E. (2005). *Critical thinking in clinical practice. Improving the quality of judgments and decisions* (2.a ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
García-Fernández, J. M., Espada Sánchez, J. P., Orgilés Amorós, M. y Méndez Carrillo, X. (2010). Psychometric properties of the School Fears Survey Scale for preadolescents (SFSS-II). *Psicothema, 22*(3), 502-508.
García-López, L. J., Díaz-Castela, M. M., Muela-Martínez, J. A. y Espinosa-Fernández, L. (2014). Can parent training for parents with high levels of expressed emotion have a positive effect on their child's social anxiety improvement? *Journal of Anxiety Disorders, 28*, 812-822.
García Pérez, E. M. y Magaz Lago, A. (1998). *PEE. Perfil de Estilos Educativos.* Baracaldo, Vizcaya: Grupo ALBOR-COHS.
García-Vera, M. P. y Romero Colino, L. (2004). Tratamiento psicológico de los trastornos por estrés derivados de los atentados del 11-M: de la psicología clínica basada en la evidencia a la práctica profesional. *Clínica y Salud, 15*, 355-385.
García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2000). Tratamientos cognitivo-conductuales para la hipertensión esencial. En L. Oblitas y E. Becoña (eds.), *Psicología de la salud* (pp. 215-275). México: Plaza y Valdés.
García-Vera, M. P., Gil, F. y Sanz, J. (1998). Entrenamiento en habilidades sociales. En F. Gil y J. M. León (eds.), *Entrenamiento en habilidades sociales: teoría, evaluación y aplicaciones* (pp. 63-93). Madrid: Síntesis.
García-Vera, M. P., Labrador, F. J. y Larroy, C. (eds.) (2008). *Ayuda psicológica a las víctimas de atentados y catástrofes.* Madrid: Editorial Complutense.
García-Vera, M. P., Morán, N., González, M. y Sanz, J. (2014). Diálogo interno y autoinstrucciones. En J. M. Ortigosa Quiles, F. X. Méndez Carrillo y A. Riquelme Marín (eds.), *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes* (pp. 251-265). Madrid: Pirámide.
García-Vera, M. P., Sanz, J. y Prieto, J. M. (2013). Psychotherapy in Spain: rapid growth and the vicissitudes of clinical psychology. En R. Moodley, U. P. Gielen y R. Wu (eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy in an international context* (pp. 326-336). Nueva York: Routledge.
Gavino, A., Nogueira, R. y Godoy, A. (2014). *Tratamiento del TOC en niños y adolescentes.* Madrid: Pirámide.
Geller, D. A., Biederman, J., Stewart, S. E., Mullin, B., Martin, A., Spencer, T. y Faraone, S. V. (2003). Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 160*(11), 1919-1928.
Gerard, A. (1994). *Parent-Child Relationship Inventory. Manual.* Los Ángeles, CA: Western Psychological Services.
Gesteira Santos, C., González-Álvarez, M., Fernández-Arias, I. y García-Vera, M. P. (2009). Menores que agreden a sus padres: fundamentación teórica de criterios para la creación y aplicación de tratamientos psicológicos específicos. *Psicopatología*

Clínica, Legal y Forense, 9, 99-147.
Gibbons, R. D., Brown, C. H., Hur, K., Davis, J. M. y Mann, J. (2012). Suicidal thoughts and behaviour with antidepressant treatment: reanalysis of the randomized placebo-controlled studies of fluoxetine and venlafaxine. *Archives of General Psychiatry, 69,* 580-587.
Gillis, J. S. (1980). *Child Anxiety Scale manual.* Champaign, IL: Institute for Personality and. Ability Testing.
Gillis, J. S. (1989). *Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS)* (adaptación española: Gómez, D. E. y Pulido, M. T.). Madrid: TEA Ediciones.
Gismero, E. (2002). *EHS. Escala de Habilidades Sociales.* Madrid: TEA Ediciones.
Gjerris, A. (1988). Baseline studies on transmitter substances in cerebrospinal fluid in depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 78* (supl.), 1-35.
Gladstone, T. R. G. y Kaslow, N. J. (1995). Depression and attributions in children and adolescents: a meta-analytic review. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23,* 597-606.
Glenn, C. R., Franklin, J. C. y Nock, M. K. (2015) Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 441,* 1-29.
Gómez-Beneyto, M. (coord.) (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
Goñi Sarriés, A., Fernández Montalvo, J., Landa González, N. y García de Jalón Aramayo, E. (2009). Prevalencia de psicopatología infanto-juvenil en un centro de salud mental de Navarra. *Anales de Psiquiatría, 25,* 237-245.
Goodkin, K., Baldewicz, T. T., Blaney, N. T., Asthana, D., Kumar, M., Shapshak, P. y Zheng, W. L. B. (2001). Physiological effects of bereavement and bereavement support group intervention. En M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (eds.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care* (pp. 671-703). Washington, DC: American Psychological Association.
Godoy, A., Gavino, A., Blanco, J. M., Martorell, M. C., Navarro, A. M. y Silva, F. (1993). EA. Escala de asertividad. En F. Silva y M. C. Martorell (eds.), *EPIJ. Evaluación de la Personalidad Infantil y Juvenil* (vol. 2, pp. 141-174). Madrid: MEPSA.
Godoy, A., Gavino, A., Carrillo, F., Cobos, M. P. y Quintero, C. (2011). Composición factorial de la versión española de la *Spence Children Anxiety Scale* (SCAS). *Psicothema, 23*(2), 289-294.
Godoy, A., Gavino, A., Valderrama, L., Quintero, C., Cobos, M. P., Casado, Y., Sosa, M. D. y Capafóns, J. I. (2011). Estructura factorial y fiabilidad de la adaptación española de la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown para Niños y Adolescentes en su versión de autoinforme (CY-BOCS-CR). *Psicothema, 23,* 330-335.
González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.

Graae, F., Milner, J., Rizzotto, L. y Klein, R. G. (1994). Clonazepam in childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33,* 372-376.

Graña, J. L. (2005). Formulación de casos en psicología clínica. En V. Caballo (ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 99-120). Madrid: Pirámide.

Griffith, H. (2016). Anti-depressants: WHO concern over use by children. *BBC News. Health* (8 de marzo de 2016). Consultado en Internet el 1 de julio de 2016 en http://www.bbc.com/news/health-35756602.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (2009a). *Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en el niño y en el adolescente. Plan de calidad para el sistema nacional de salud del Ministerio de Sanidad y Política Social.* Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.

Grupo de Trabajo sobre la Depresión Mayor en el Niño y en el Adolescente (2009b). *Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en el niño y en el adolescente.* Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS, avalia-t núm. 2008/00.

Gutermann, J., Schreiber, F., Matulis, S., Schwartzkopff, L., Deppe, J. y Steil, R. (2016). Psychological treatments for symptoms of posttraumatic stress disorder in children, adolescents, and young adults: a meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review, 19,* 77-93.

Hammad, T. A., Laughren, T. y Racoosin, J. (2006). Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Archives of General Psychiatry, 63,* 332-339.

Hankin, B. L. y Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin, 127,* 773-796.

Haynes, S. N. (2005). La formulación clínica conductual del caso: pasos para la elaboración del análisis funcional. En V. Caballo (ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 77-97). Madrid: Pirámide.

Haynes, S. N, Godoy, A. y Gavino, A. (2011). *Cómo elegir el mejor tratamiento. Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento.* Madrid: Pirámide.

Hazell, P. y Mirzaie, M. (2013). Tricyclic drugs for depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 18*(6), CD002317.

Hazell, P., O'Connell, D., Heathcote, D. y Henry, D. (2005). Fármacos tricíclicos para la depresión en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). En *Biblioteca Cochrane Plus, 2.* Oxford: Update Software Ltd. http://www.cochrane.org/es/CD002317/farmacos-triciclicos-para-la-depresion-en-ninos-y-adolescentes.

Herculano-Houzel, S. (2012). The remarkable, yet not extraordinary, human brain as a scaled-up primate brain and its associated cost. *Proceedings of the National Academy*

of Sciences, 109 (supl. 1), 10661-10668.
Hersen, M. y Sledge, W. H. (eds.) (2002). *Encyclopedia of psychotherapy* (vols. 1 y 2). Nueva York: Academic Press.
Hetrick, S., Merry, S., McKenzie, J., Sindahl, P. y Proctor, M. (2008). Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para los trastornos depresivos en niños y adolescentes [revisión Cochrane traducida]. *La Biblioteca Cochrane Plus, 4.* Consultado en Internet el 1 de julio de 2016 en http://www.cochrane.org/es/CD004851/inhibidores-selectivos-de-la-recaptacion-de-serotonina-isrs-para-los-trastornos-depresivos-en-ninos (traducida de *The Cochrane Library, 2008, 3.* Chichester, UK: John Wiley & Sons).
Hodson, K. J., McManus, F. V., Clark, D. M. y Doll, H. (2008). Can Clark and Wells' (1995) cognitive model of social phobia be applied to young people. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36,* 449-461.
Hoffman, E. C. y Mattis, S. G. (2000). A developmental adaptation of panic control treatment for panic disorder in adolescence. *Cognitive and Behavioral Practice, 7,* 253-261.
Howard, B. L., Chu, B. C., Krain, A. L., Marrs-Garcia, A. L. y Kendall, P. C. (2000). *Cognitive-behavioral family therapy for anxious children: therapist manual* (2.a ed.). Ardmore, PA: Workbook Publishing.
Huebner, D. (2008). *Qué puedo hacer cuando estallo por cualquier cosa. Un libro para ayudar a los niños a superar sus problemas con la ira.* Madrid: TEA Ediciones.
Huebner, D. (2009a). *Qué puedo hacer cuando me preocupo demasiado. Un libro para ayudar a los niños con ansiedad.* Madrid: TEA Ediciones.
Huebner, D. (2009b). *Qué puedo hacer cuando me obsesiono demasiado. Un libro para ayudar a los niños con TOC.* Madrid: TEA Ediciones.
Huebner, D. (2009c). *Qué puedo hacer cuando me da miedo irme a la cama. Un libro para ayudar a los niños a superar sus problemas para dormir.* Madrid: TEA Ediciones.
Hunsley, J. y Lee, C. M. (2007). Research-informed benchmarks for psychological treatments: Efficacy, effectiveness studies, and beyond. *Professional Psychology: Research and Practice, 38,* 21-33.
Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology, 6,* 155-179.
Instituto Nacional de Estadística (INE) (2011). *Defunciones según la causa de muerte. Tablas INEbase. Resultados detallados 1995-2009.* Consultado en Internet el 15 de mayo de 2011 en http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=1171.
Ipser, J. C., Stein, D. J., Hawkridge, S. y Hoppe, L. (2009). Farmacoterapia para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (Revision Cochrane traducida). En *Biblioteca Cochrane Plus, 2009, 3.* Oxford: Update Software Ltd. http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-farmacoterapia-los-trastornos-ansiedad-ninos-S0716864011703996?referer=buscador.

Iruela Cuadrado, L. M., Picazo Zappino, J. y Peláez Fernández, C. (2009).Tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescentes. *Información Terapeutica del Sistema Nacional de Salud, 33,* 35-38.

Ishikawa, S.-I., Okajima, I., Matsuoka, H. y Sakano, Y. (2007). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents: a meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health, 12,* 164-172.

Jacobs, R. H., Reinecke, M. A., Gollan, J. K. y Kane, P. (2008). Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: a cognitive science and developmental perspective. *Clinical Psychology Review, 28,* 759-782.

Jacobson, C. M. y Mufson, P. (2010). Treating adolescente depression using interpersonal psychotherapy. En J. R. Weisz y A. E. Kazdin (eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2.a ed., pp. 140-155). Nueva York: Guilford.

Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E. y Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 295-304.

James, A., Soler, A. y Weatherall, R. (2008). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). En *La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, 2.* Oxford: Update Software Ltd. http://www.cochrane.org/es/CD004690/terapia-cognitivo-conductual-para-los-trastornos-de-ansiedad-en-ninos-y-adolescentes.

Jiménez García, L., Menéndez Álvarez-Dardet, S. e Hidalgo García, M. V. (2008). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología, 26,* 427-440.

Jureidini, J. N., Doecke, C. J., Mansfield, P. R., Haby, M. M., Menkes, D. B. y Tonkin, A. L. (2004). Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *British Medical Journal, 328,* 879-883.

Kaizar, E. E., Greenhouse, J., Seltman, H. y Kelleher, K. (2006). Do antidepressants cause suicidality in children? A Bayesian meta-analysis. *Clinical Trials, 3*(2), 73-90.

Kambeitz, J. P. y Howes, O. D. (2015). The serotonin transporter in depression: meta-analysis of in vivo and post mortem findings and implications for understanding and treating depression. *Journal of Affective Disorders, 186,* 358-366.

Kaplan, N. M. (1990). *Clinical hypertension* (5.a ed.). Sidney: Williams and Wilkins.

Kaslow, N., Rehm, L., Pollack, S. y Siegel, A. (1988). Attributional style and self-control behavior in depressed and nondepressed children and their parents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16,* 163-175.

Kaslow, N. J., Stark, K. D., Printz, B., Livingston, R. y Tsai, S. L. (1992). Cognitive triad inventory for children: development and relation to depression and anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology, 21,* 339-347.

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D. y Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age

Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(7), 980-988.

Kazdin, A. E. (1983). *Historia de la modificación de conducta.* Bilbao: Desclée de Brouwer (original de 1978).

Kazdin, A. E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents: directions for research and practice.* Nueva York: Oxford University Press.

Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica* (3.a ed.). México: Pearson Educación.

Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 1-27.

Kazdin, A. E. y Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 1116-1129.

Keane, T. M. y Barlow, D. H. (2002). Posttraumatic stress disorder. En D. H. Barlow (ed.), *Anxiety and its disorders* (2.a ed., pp. 418-453). Nueva York: Guilford Press.

Kearney, C. A., Albano, A. M., Eisen, A. R., Allan, W. D. y Barlow, D. H. (1997). The phenomenology of panic disorder in youngsters: an empirical study of a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders, 11*, 49-62.

Keeley, M. y Storch, E. A. (2008). The nature, assessment, and treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 16*(3), 535-551.

Kendall, P. C. (1981). Cognitive-behavioral interventions with children. En B. B. Lahey y A. E. Kazdin (eds.), *Advances in clinical child psychology* (vol. 4). Nueva York: Plenum Press.

Kendall, P. C. (1990). *Coping Cat workbook.* Ardmore, PA: Workbook.

Kendall, P. C. (2009). *El Gato Valiente: cuaderno de actividades.* Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.

Kendall, P. C. (2010). *Tratamiento cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad en niños. Manual para el terapeuta.* Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.

Kendall, P. C. y Hedtke, K. A. (2006a). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: therapist manual* (3.a ed.). Ardmore, PA: Workbook.

Kendall, P. C. y Hedtke, K. A. (2006b). *Coping Cat workbook* (2.a ed.). Ardmore, PA: Workbook.

Kendall, P. C. y Treadwell, K. R. H. (2007). The role of self-statements as a mediator in treatment for youth with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 380-389.

Kendall, P. C., Furr, J. M. y Podell, J. L. (2010). Child-focused treatment of anxiety. En J. R. Weisz y A. E. Kazdin (eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2.a ed., pp. 45-60). Nueva York: Guilford.

Kendler, K. S., Myers, J. y Zisook, S. (2008). Does bereavement-related major depression differ from major depression associated with other stressful life events?

American Journal of Psychiatry, 165, 1449-1455.
Kessler, R. C., Avenevoli, S. y Merikangas, K. R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry, 49*, 1002-1014.
Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, J., Greif Green, J., Gruber, M. J., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. y Merikangas, K. R. (2012). Severity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry, 69,* 381-389.
Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. y Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression.* Nueva York: Basic Books.
Kliem, S., Kröger, C. y Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78,* 936-951.
Knapp, M., Ardino, V., Brimblecombe, N., Evans-Lacko, S., Iemmi, V., King, D. [...] y Wilson, J. (2016). *Youth mental health: new economic evidence.* Londres: London School of Economics and Political Science. Consultado en Internet el 28 de julio de 2016 en http://www.pssru.ac.uk/publication-details.php?id=5160.
Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory, CDI.* Toronto: Multi-Health Systems.
Kovacs, M. (1996). Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 705-715.
Kovacs, M. (2004). *CDI. Inventario de Depresión Infantil* (adaptación española: Del Barrio, V. y Carrasco, M. A.). Madrid: TEA Ediciones.
Kovacs, M. y Beck, A. T. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. En J. G. Schulterbrandt (ed.), *Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models.* Nueva York: Raven Press.
Kovacs, M., Akiskal, H., Gatsonis, C. y Parrone, P. (1994). Childhood-onset dysthymic disorder: clinical features and prospective naturalistic outcome. *Archives of General Psychiatry, 51,* 365-374.
Kowalik, J., Weller, J., Venter, J. y Drachman, D. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: a review and meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42,* 405-413.
Kupersmidt, J. B. y Patterson, C. J. (1991). Childhood peer rejection, aggression, withdrawal, and perceived competence as predictors of self-reported problems in preadolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 19*, 427-449.
La Greca, A. M. y López, N. (1998). Social anxiety among adolescents: linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26,* 83-94.
La Greca, A. M. y Stone, W. L. (1993). Social Anxiety Scale for Children-Revised: factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology, 22,* 17-27.
Labelle, R., Pouliot, L. y Janelle, A. (2015). A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural treatments for suicidal and self-harm behaviours in adolescents.

Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 56, 368-378.
Labrador, F. J. (ed.) (2008). *Técnicas de modificación de conducta.* Madrid: Pirámide.
Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica.* Madrid: Dykinson.
Lamb, K., Pies, R. y Zisook, S. (2010). The bereavement exclusion for the diagnosis of major depression: to be or not to be. *Psychiatry, 7,* 19-25.
Lang, M. y Tisher, M. (1983). *Childrens Depression Scale: Second Research Edition.* Melbourne: The Australian Council for Educational Research Limited.
Lang, M. y Tisher, M. (2003). *CDS. Cuestionario de Depresión para Niños. Manual* (adaptación española: Seisdedos, N.). Madrid: TEA Ediciones (original de 1978).
Lang, M. y Tisher, M. (2014). *CDS. Cuestionario de Depresión para Niños. Manual* (8.a ed.) (adaptación española: Seisdedos, N.). Madrid: TEA Ediciones (original de 1978).
Langhoff, C., Baer, T., Zubraegel, D. y Linden, M. (2008). Therapist-patient alliance, patient-therapist alliance, mutual therapeutic alliance, therapist-patient concordance, and outcome of CBT in GAD. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 22,* 68-79.
Larroy, C. (2007). *Mi hijo no me obedece. Soluciones realistas para padres desorientados.* Madrid: Pirámide.
Lee, C. M., Horvath, C. y Hunsley, J. (2013). Does it work in the real world? The effectiveness of treatments for psychological problems in children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice, 44,* 81-88.
Lemos, S., Fidalgo, A. M., Calvo, P. y Menéndez, P. (1992). Validación de la escala de psicopatología infanto-juvenil YSR. *Clínica y Salud, 3,* 183-194.
Lemos Giráldez, S., Vallejo Seco, G. y Sandoval Mena, M. (2002). Estructura factorial del Youth Self-Report (YSR). *Psicothema, 14,* 816-822.
Leung, P. W. L., Hung, S., Ho, T., Lee, C., Liu, W., Tang, C. y Kwong, S. (2008). Prevalence of DSM-IV disorders in Chinese adolescents and the effects of an impairment criterion. A pilot community study in Hong Kong. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17*(7), 452-461.
Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. En R. J. Friedman y M. M. Katz (eds.), *The psychology of depression: contemporary theory and research* (pp. 157-185). Nueva York: John Wiley & Sons.
Lewinsohn, P. M. y Clarke, G. N. (1986). *The Coping with Depression Course-Adolescent Version. Parent manual.* Manuscrito no publicado. Eugene, OR: Oregon Research Institute.
Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M., Teri, L. y Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R. R. Bootzin (eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 331-359). Orlando, FL: Academic Press.
Lewinsohn, P. M., Rohde, P. y Seeley, J. R. (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 297-305.
Lieb, R., Isensee, B., Hofler, M., Pfister, H. y Wittchen, H.-U. (2002). Parental major

depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring. *Archives of General Psychiatry, 59*, 365-374.
Linehan, M. M. (1993). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite.* Barcelona: Paidós (original de 1993).
Linn, S. J. y Garske, J. P. (eds.) (1988). *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos.* Bilbao: Desclée de Brouwer (original de 1985).
López Méndez, E. y Costa Cabanillas, M. (2012a). Desvelar el secreto de los enigmas. Despatologizar la psicología clínica. *Papeles del Psicólogo, 33,* 162-171.
López Méndez, E. y Costa Cabanillas, M. (2012b). *Manual de consejo psicológico. Una visión despatologizada de la psicología clínica.* Madrid: Síntesis.
López Méndez, E. y Costa Cabanillas, M. (2013). Despatologizar y emancipar a la psicología clínica en la controversia sobre los itinerarios formativos. *Papeles del Psicólogo, 34*, 169-181.
López Méndez, E. y Costa Cabanillas, M. (2014). *Los problemas psicológicos no son enfermedades. Una crítica radical de la psicopatología.* Madrid: Pirámide.
Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E. y Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 20,* 561-592.
Lozano, L. M., Valor-Segura, I., Pedrosa, I., Suárez-Álvarez, J., García-Cueto, E. y Lozano, L. (2016). Adaptación del Inventario de la Tríada Cognitiva Infantil en población española. *Anales de Psicología, 32,* 158-166.
Maas, P. H. J. (2010). Dodo-Raphus cucullatus. En P. H. J. Maas (ed.), *The Sixth Extinction Website.* Consultado en Internet el 1 de julio de 2016 en http://www.petermaas.nl/extinct.
MacGillivray, S., Arroll, B., Hatcher, S., Ogston, S., Reid, I., Sullivan, F. [...] y Crombie, I. (2003). Efficacy and tolerability of selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants in depression treated in primary care: systematic review and meta-analysis. *BMJ, 326,* 1014-1017.
Mandoki, M. W., Tapia, M. R., Tapia, M. A., Sumner, G. S. y Parker, J. L. (1997). Venlafaxine in the treatment of children and adolescents with major depression. *Psychopharmacological Bulletin, 33,* 149-154.
Marcus, D. K., O'Connell, D., Norris, A. L. y Sawaqdeh, A. (2014). Is the dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review, 34,* 519-530.
Mardomingo Sanz, M. J. (2005). Trastornos de ansiedad en el adolescente. *Pediatría Integral, IX*, 125-134.
Mardomingo Sanz, M. J. (2012). Trastornos de ansiedad en el niño. Una patología de nuestro tiempo. *Vox Paediatrica, XIX*, 24-29.
Masia-Warner, C., Storch, E., Pincus, D., Klein, R., Heimberg, R. G. y Liebowitz, M. R. (2003). The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents: an initial psychometric investigation. *Journal of the American Academic of Child and Adolescent Psychiatry, 42,* 1076-1084.

Mataix-Cols, D., Cullen, S., Lange, K., Zelaya, F., Andrew, C., Amaro, E., Brammer, M. J., Williams, S. C., Speckens, A. y Phillips, M. L. (2003). Neural correlates of anxiety associated with obsessive-compulsive symptom dimensions in normal volunteers. *Biological Psychiatry, 53*, 482-493.

Maunder, L. y Cameron, L. (2013). *Shyness and social anxiety. A self help guide.* Northumberland, Tyne and Wear NHS Foundation Trust. Consultado en Internet el 2 de febrero de 2015 en http://www.ntw.nhs.uk/pic/selfhelp/.

Maydeu-Olivares, A., Rodríguez-Fornells, A., Gómez-Benito, J. y D'Zurilla, T. (2000). Psychometric properties of the Spanish adaptation of the Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R). *Personality and Individual Differences, 29*, 669-708.

Mazzucchelli, T., Kane, R. y Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for depression in adults: a meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16,* 383-411.

McKay, M. y Fanning, P. (1991). *Autoestima. Evaluación y mejora.* Barcelona: Martínez Roca.

McLeod, B. D., Weisz, J. R. y Wood, J. J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27,* 986-1003.

McNally, R. J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological Psychiatry, 52,* 938-946.

Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification.* Nueva York: Plenum Press.

Melvin, G. A., Tonge, B. J., King, N. J., Heyne, D., Gordon, M. S. y Klimkeit, E. (2006). A comparison of cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 45,* 1151-1161.

Méndez, F. X. (1999). *Miedos y temores en la infancia. Ayudar a los niños a superarlos.* Madrid: Pirámide.

Méndez, F. X. (2001). *El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil.* Madrid: Pirámide (edición original de 1998).

Méndez, F. X. (2003). *El niño miedoso.* Madrid: Pirámide.

Méndez, X., Espada, J. P., Orgilés, M., Llavona, L. M. y García-Fernández, J. M. (2014). Children's Separation Anxiety Scale (CSAS): psychometric properties. *PLoS One*, *9*(7), e103212.

Méndez, X., Rosa, A. I., Montoya, M., Espada, J. P., Olivares, J. y Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿Evidencia o promesa? *Psicología Conductual, 10*(3), 563-580.

Méndez Carrillo, F. X., Llavona Uribelarrea, L. M., Espada Sánchez, J. P. y Orgilés Amorós, M. (2013). *Programa FORTIUS. Fortaleza psicológica y prevención de las dificultades emocionales.* Madrid: Pirámide.

Méndez Carrillo, X., Orgilés Amorós, M. y Espada Sánchez, J. P. (2004). Escenificaciones emotivas para la fobia a la oscuridad: un ensayo controlado. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4,* 505-520.

Méndez Carrillo, F. X., Orgilés Amorós, M. y Espada Sánchez, J. P. (2008a). *Ansiedad por separación. Psicopatología, evaluación y tratamiento.* Madrid: Pirámide.

Méndez Carrillo, F. X., Orgilés Amorós, M. y Espada Sánchez, J. P. (2008b). *Cómo dar alas a los hijos para que vuelen solos. El niño sombra de sus padres.* Madrid: Pirámide.

Méndez Carrillo, F. X., Rosa Alcázar, A. I., Montoya Fernández, M., Espada Sánchez, J. P. y Olivares Rodríguez, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión en la infancia y adolescencia. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III: infancia y adolescencia* (pp. 57-85). Madrid: Pirámide.

Méndez Carrillo, F. X., Rosa Alcázar, A. I., Orgilés Amorós, M., Santacruz Prieto, I. y Olivares Rodríguez, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para miedos y fobias en la infancia y adolescencia. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III: infancia y adolescencia* (pp. 111-136). Madrid: Pirámide.

Merikangas, K. R., Chakravarti, A., Moldin, S. O., Araj, H., Blangero, J., Burmeister, M., Crabbe, J. Jr., Depaulo, J. R. Jr., Foulks, E., Freimer, N. B., Koretz, D. S., Lichtenstein, W., Mignot, E., Reiss, A. L., Risch, N. J. y Takahashi, J. S. (2002). Future of genetics of mood disorders research. *Biological Psychiatry, 52,* 457-477.

Merikangas, K. R., He, J. P., Brody, D., Fisher, P. W., Bourdon, K. y Koretz, D. S. (2010a). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics, 125,* 75-81.

Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K. y Swendsen, J. (2010b). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49,* 980-989.

Michael, K. D. y Crowley, S. L. (2002). How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 22,* 247-269.

Miller, A. L., Rathus, J. H. y Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents.* Nueva York: Guilford Press.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (eds.) (1999). *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas.* Barcelona: Paidós.

Millon, T. (2011). *MACI. Inventario Clínico para Adolescentes de Millon.* Madrid: Pearson.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2013.* Consultado en Internet el 13 de julio de 2016 en http://www.msssi.gob.es.

Monjas, M. I. (1994). Evaluación de la competencia social y las habilidades sociales en

la edad escolar. En M. A. Verdugo (ed.), *Evaluación curricular: una guía para la intervención psicopedagógica* (pp. 423-498). Madrid: Siglo XXI.

Moreno, C., Del Barrio, V. y Mestre, V. (1995a). Acontecimientos vitales en adolescentes. Un estudio comparativo en dos niveles de edad. *Ciencia Psicológica, 2,* 18-28.

Moreno, C., del Barrio, V. y Mestre, V. (1995b). Ansiedad y acontecimientos vitales en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología, 27,* 471-496.

Moreno, C., del Barrio, V. y Mestre, V. (1996). Acontecimientos vitales y depresión en adolescentes. *IberPsicología, 1,* 1-10.

Moreno, I. (2012). Características de la intervención terapéutica en la infancia. En M. I. Comeche Moreno y M. A. Vallejo Pareja (eds.), *Manual de terapia de conducta en la infancia* (2.a ed., pp. 27-77). Madrid: Dykinson.

Morris, R. J. y Kratochwill, T. R. (1983). *Treating children's fears and phobias. A behavioral approach.* Nueva York: Pergamon Press.

Mowry, J. B., Spyker, D. A., Brooks, D. E., McMillan, N. y Schauben, J. L. (2015). 2014 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 32nd Annual Report. *Clinical Toxicology, 53,* 962-1147.

Mufson, L., Dorta, K. P., Moreau, D. y Weissman, M. M. (2004). *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents* (2.a ed.). Nueva York: Guilford.

Muris, P., Meesters, C., Rassin, E., Merckelbach, H. y Campbell, J. (2001). Thought-action fusion and anxiety disorders symptoms in normal adolescents. *Behaviour Research and Therapy, 39,* 843-852.

Murray, M. L., de Vries, C. S. y Wong, I. C. K. (2004). A drug utilisation study of antidepressants in children and adolescents using the General Practice Research Database. *Archives of Disease in Childhood, 89,* 1098-1102.

Myers, K., McCauley, E., Calderon, R. y Treder, R. (1991). Risk for suicidality in major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30,* 804-810.

Nathan, P. E., Stuart, S. P. y Dolan, S. L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin, 126,* 954-981.

National Advisory Mental Health Council Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention Development and Deployment (2001). *Blueprint for change: research on child and adolescent mental health.* Bethesda, MD: National Institute of Mental Health.

National Collaborating Centre for Mental Health (2005). *Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care.* Londres: The British Psychological Society y The Royal College of Psychiatrists.

National Health and Medical Research Council (2009). *NHMRC additional levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines.* Consultado

en Internet el 1 de julio de 2016 en http://www.nhmrc.gov.au.
National Institute for Health and Care Excellence (2015). *Addendum to clinical guideline 28, depression in children and young people. Clinical guideline addendum 28.1. Methods, evidence and recommendations. March 2015. Final version.* Consultado en Internet el 1 de julio de 2016 en https://www.nice.org.uk.
Navarro, F. A. (2015). *Diccionario de dudas y dificultades de traducción del inglés médico* (3.a ed.). Edición en línea (versión 3.05). Madrid: Cosnautas.
Navarro-Pardo, E., Meléndez Moral, J. C., Sales Galán, A. y Sancerni Beitia, M. D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, *24*, 377-383.
Nelles, W. B. y Barlow, D. H. (1988). Do children panic? *Clinical Psychology Review, 8*, 359-372.
Nezu, A. M., Ronan, G. F., Meadows, E. A. y McClure, K. S. (eds.) (2000). *Practitioner's guide to empirically based measures of depression.* Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
Noël, V. A. y Francis, S. E. (2011). A meta-analytic review of the role of child anxiety sensitivity in child anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39,* 721-733.
Nogueira Arjona, R., Godoy Ávila, A., Romero Sanchíz, P., Gavino Lázaro, A. y Cobos Alvarez, M. P. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española del Obsessive Belief Questionnaire-Children Version (OBQ-CV) en una muestra no clínica. *Psicothema*, *24*, 674-679.
Nolen-Hoeksema, S. (1991). Response to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 569-582.
Nolen-Hoeksema, S. (2000). Further evidence for the role of psychosocial factors in depression chronicity. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7,* 224-227.
Norcross, J. C. y Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy, 48,* 98-102.
O'Donohue, W. y Fisher, J. E. (eds.) (2009). *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy.* Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
O'Kearney, R. T., Anstey, K. J. y Von Sanden, C. (2008). Terapia conductual y cognitivo-conductual para el trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). En La Biblioteca Cochrane Plus. http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocumentForPrint.asp?DocumentID=CD004856
Oliva, A., Jiménez, J., Parra, Á. y Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 13,* 53-62.
Olivares, J. (2011). Catorce años de Intervención en Adolescentes con Fobia Social (1997-2011). *Información Psicológica, 102,* 90-109.
Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M. D., García-López, L. J., Rosa, A. I. y Piqueras, J. A. (2005). Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): psychometric properties in a

Spanish-speaking population. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5,* 85-97.

Olivares, J., Sánchez-García, R. y López-Pina, J. A. (2009). The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents. *Psicothema, 21,* 486-491.

Olivares, J., Sánchez-García, R., López-Pina, J. A. y Rosa-Alcázar, A. I. (2010). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children in a Spanish sample. *The Spanish Journal of Psychology, 13,* 961-969.

Olivares-Olivares, P. J., Macià Antón, D. y Olivares Rodríguez, J. (2014). El papel de los padres en los tratamientos psicológicos. En J. M. Ortigosa Quiles, F. X. Méndez Carrillo y A. Riquelme Marín (eds.), *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes* (pp. 47-81). Madrid: Pirámide.

Olivares Rodríguez, J. (ed.) (2005). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en adolescentes.* Madrid: Pirámide.

Olivares Rodríguez, J., Méndez Carrillo, F. X. y Macià Antón, D. (1997). *Tratamientos conductuales en la infancia y adolescencia. Bases históricas, conceptuales y metodológicas. Situación actual y perspectivas futuras.* Madrid: Pirámide.

Olivares Rodríguez, J., Rosa Alcázar, A. I., Caballo, V. E., García-López, L. J., Orgilés Amorós, M. y López-Gollonet, C. (2003). El tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual, 11,* 599-622.

Olivares Rodríguez, J., Rosa Alcázar, A. I., Piqueras Rodríguez, J. A., Méndez Carrillo, F. X. y Ramos Linares, V. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la fobia social y la timidez en niños y adolescentes. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III: infancia y adolescencia* (pp. 87-110). Madrid: Pirámide.

Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy, 21,* 685-692.

Organización Mundial de la Salud (2014). *Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. Resumen.* Ginebra, Suiza: OMS.

Orgilés, M., Méndez, X., Spence, S. H., Huedo-Medina, T. B. y Espada, J. P. (2012). Spanish validation of the Spence Children's Anxiety Scale. *Child Psychiatry and Human Development, 43,* 271-281.

Orgilés, M., Rosa, A. I., Santacruz, I., Méndez, X., Olivares, J. y Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamientos psicológicos bien establecidos y de elevada eficacia: terapia de conducta para las fobias específicas. *Psicología Conductual, 10,* 481-502.

Orgilés, M., Spence, S. H., Marzo, J. C., Méndez, X. y Espada, J. P. (2014). Psychometric properties and factorial structure of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) in Spanish adolescents. *Journal of Personality Assessment, 96,* 95-102.

Orgilés Amorós, M., Méndez Carrillo, X., Rosa Alcázar, A. I. e Inglés Saura, C. J. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología, 19,* 193-204.

Ortigosa Quiles, J. M., Méndez Carrillo, F. X. y Riquelme Marín, A. (eds.) (2014). *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes.* Madrid: Pirámide.

Osa, N. de la, Ezpeleta, L., Doménech, J. M., Navarro, J. B. y Losilla, J. M. (1996). Fiabilidad entre entrevistadores de la Entrevista Diagnóstica Estructurada para Niños y Adolescentes (DICA-R). *Psicothema, 8,* 359-368.

Öst, L. (1990). Relaxation training and biofeedback for the treatment of anxiety. En R. Noyes, M. Roth y G. D. Burrows (eds.), *Handbook of anxiety, vol. 4. The treatment of anxiety* (pp. 405-424). Nueva York: Elsevier.

Ougrin, D. (2011). Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 11,* 200. DOI:http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-11-200.

Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P. y Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 54,* 97-107.

Padilla Paredes, P. y Calvete Zumalde, E. (2011). Rumiación, género y síntomas depresivos en adolescentes: adaptación de la escala de respuestas rumiativas del cuestionario CRSS. *Ansiedad y Estrés, 17,* 51-61.

Pahl, K. M. y Barrett, P. M. (2010). Interventions for anxiety disorders in children using group cognitive-behavioral therapy with family involvement. En J. R. Weisz y A. E. Kazdin (eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2.a ed., pp. 61-79). Nueva York: Guilford.

Paul, G. L. (1967). Insight vs. desensitization in psychotherapy two years after termination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 31,* 333-348.

Peine, H. y Howarth, R. (1992). *Padres e hijos: problemas cotidianos de conducta.* Madrid: Siglo XXI.

Pelechano, V. (1984). Programas de intervención psicológica en la infancia: miedos. *Análisis y Modificación de Conducta, 10*(23-24), 1-220.

Perepletchikova, F., Axelrod, S. R., Kaufman, J., Rounsaville, B. J., Douglas-Palumberi, H. y Miller, A. L. (2011). Adapting dialectical behaviour therapy for children: towards a new research agenda for paediatric suicidal and non-suicidal self-injurious behaviours. *Child and Adolescent Mental Health, 16,* 116-121.

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (eds.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (3 vols.). Madrid: Pirámide.

Peterson, C., Semmel, A., von Baeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Seligman, M. E. P. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research, 6,* 287-300.

Pezawas, L., Angst, J. y Kasper, S. (2005). Recurrent brief depression revisited. *International Review of Psychiatry, 17,* 63-70.

Pfeffer, C. R. (1995). Relación entre depresión y conducta suicida. En M. Shafii y S. L. Shafii (eds.), *Depresión en niños y adolescentes: clínica, evaluación y tratamiento*

(pp. 108-117). Barcelona: Martínez Roca.
Pincus, D. B., May, J. E., Whitton, S. W., Mattis, S. G. y Barlow, D. H. (2010). Cognitive-behavioral treatment of panic disorder in adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 39,* 638-649.
Pineda, J. y Dadds, M. R. (2013). Family Intervention for adolescents with suicidal behavior: a randomized controlled trial and mediation analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 52,* 851-862.
Polaino-Lorente, A. (1988). *Las depresiones infantiles.* Madrid: Morata.
Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. y Rohde, L. A. (2015). Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* DOI: 10.1111/jcpp.12381.
Probes, L. M., Kouznetsov, V., Verbitski, V. y Molodyi, V. (1992). Trends in Soviet and post-Soviet psychiatry. *PSR Quarterly, 2,* 67-76.
Qin, B., Zhang, Y., Zhou, X., Cheng, P., Liu, Y., Chen, J., Fu, Y., Luo, Q. y Xie, P. (2014). Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants in young patients: a meta-analysis of efficacy and acceptability. *Clinical Therapeutics, 36,* 1087-1095.
Quakley, S., Coker, S., Palmer, K. y Reynolds, S. (2003). Can children distinguish between thoughts and behaviors? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 31,* 159-168.
Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy, 31,* 149-154.
Ramos-Paúl, R. (2012). Dificultades frecuentes en la intervención con padres. En L. M. Llavona Uribelarrea y F. X. Méndez Carrillo (eds.), *Manual del psicólogo de familia. Un nuevo perfil profesional* (pp. 429-456). Madrid: Pirámide.
Rao, P. A., Beidel, D. C., Turner, S. M., Ammerman, R. T., Crosby, L. E. y Sallee, F. R. (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: descriptive psychopathology. *Behaviour Research and Therapy, 45,* 1181-1191.
Rapee, R. M., Schniering, C. A. y Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology, 5,* 311-341.
Read, P. P. (2010). *¡Viven! La tragedia de Los Andes.* Barcelona: La Vanguardia Ediciones.
Real Academia Española (2015). *Diccionario de la lengua española* (23.a ed.). Consultado en Internet el 1 de julio de 2016 en http://dle.rae.es/.
Real Academia Nacional de Medicina (2012). *Diccionario de términos médicos.* Madrid: Editorial Médica Panamericana.
Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy, 8,* 787-804.
Rehm, L. P., Kaslow, N. J. y Rabin, A. (1987). Cognitive and behavioral targets in a self-control therapy program for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 60-67.

Reich, W., Leacock, N. y Shanfeld, K. (1997). *Diagnostic Interview for Children and Adolescents-IV (DICA-IV).* Manuscrito no publicado. St. Louis, MO: University of Washington.

Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety and panic. *Clinical Psychology Review, 11,* 141-153.

Reiss, S. y McNally R. J. (1985). Expectancy model of fear. En S. Reiss y R. R. Bootzin (eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107-121). Orlando, FL: Academic Press.

Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M. y McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy, 24,* 1-8.

Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (2004). *BASC. Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes* (adaptación española: González, J., Fernández, S., Pérez, E. y Santamaría, P.). Madrid: TEA Ediciones.

Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J. y Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 32,* 251-262.

Riggs, P. D., Mikulich-Gilbertson, S. K., Davies, R. D., Lohman, M., Klein, C. y Stover, S. K. (2007). A randomized controlled trial of fluoxetine and cognitive behavioral therapy in adolescents with major depression, behavior problems, and substance use disorders. *Archives of Pediatric and Adolescence Medicine, 161,* 1026-1034.

Rivas Terán, M., Vázquez Barquero, J. L. y Pérez Álvarez, M. (1995). Alteraciones psicopatológicas en la infancia: el niño en EGB. *Psicothema, 7,* 513-526.

Roa Capilla, L. y Del Barrio, V. (2001). Adaptación del Cuestionario de Crianza Parental (PCRI-M) a población española. *Revista Latinoamericana de Psicología, 33*(3), 329-341.

Rodríguez-Jiménez, T., Blasco, L. y Piqueras, J. A. (2014). Relación entre subtipos de sintomatología obsesivo-compulsiva y de perfeccionismo en adolescentes. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 22,* 203-217.

Rodríguez Morejón, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo, 87,* 45-55.

Rodríguez-Naranjo, C. y Caño, A. (2010). Development and validation of an attributional style questionnaire for adolescents. *Psychological Assessment, 22,* 837-851.

Rodríguez-Naranjo, C., Godoy, A. y Esteve, R. (2001). Attributional style and social-skill deficits as predictors of dysphoric states and response to treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29,* 179-194.

Rollnick, S., Miller, W. R. y Butler, C. (2007). *Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior.* Nueva York: Guilford.

Rosa-Alcázar, A. I., Ruiz-García, B., Iniesta-Sepúlveda, M., López-Pina, J. A., Rosa-Alcázar, A. y Parada-Navas, J. L. (2014). Obsessive Compulsive Inventory-Child

Version (OCI-CV) in a Spanish community sample of children and adolescents. *Psicothema, 26,* 174-179.
Rosenhan, D. L. (1970). On being sane in insane places. *Science*, *179*, 250-258.
Rossouw, T. I. y Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51,* 1304-1313.
Ruhé, H. G., Mason, N. S. y Schene, A. H. (2007). Mood is indirectly related to serotonin, norepinephrine and dopamine levels in humans: a meta-analysis of monoamine depletion studies. *Molecular Psychiatry, 12,* 331-359.
Salkovskis, P. M. (1985). Obsessive-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *23*, 571-583.
San Sebastián Cabasés, J. y Manzanero Estopiñán, R. (2012). Tratamiento de la depresión en el niño y el adolescente. *Anales de Pediatría Continuada*, *10*, 72-78.
Sánchez-Meca, J. y Botella, J. (2010). Revisiones sistemáticas y meta-análisis: herramientas para la práctica profesional. *Papeles del Psicólogo, 31,* 7-17.
Sánchez-Meca, J., Méndez, X., Olivares, J., Espada, J., P., Inglés, C. J. y Rosa, A. I. (2002). Tratamiento psicológico en la infancia y la adolescencia: una revisión de su eficacia desde el metaanálisis. *Psicología Conductual*, *10*, 451-479.
Sanchis, F. y Simón, A. (2012). Conducta suicida y depresión en adolescentes. *Estudios de Psicología, 33,* 39-50.
Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes.* Madrid: Dykinson.
Sandín, B. (2002). *Diagnóstico de los trastornos de ansiedad: manual para la ADIS-IV: C/P*. Madrid: Klinik.
Sandín, B. y Chorot, P. (1998). Dimensiones de los miedos en niños: estructura factorial del FSSC-R. *Psiquis*, *19*, 23-32.
Sandín, B., Chorot, P. y McNally, R. J. (1996). Validation of the Spanish version of the Anxiety Sensitivity Index in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy, 34,* 283-209.
Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A. y Valiente, R. M. (2002). Análisis factorial confirmatorio del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños. *Psicothema, 14,* 333-339.
Sandín, B., Valiente, R. M. y Chorot, P. (2009). RCADS: evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *14*(3), 193-206.
Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P. y Chorpita, B. F. (2010). Development of a 30-item version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *15*(3), 165-178.
Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A. y Sánchez-Arribas, C. (1999). Escala de Ansiedad Social para Niños-Revisada (SASC-R): fiabilidad, validez y datos normativos. *Análisis y Modificación de Conducta, 25,* 827-847.
Sandoval, M., Lemos, S. y Vallejo, G. (2006). Self-reported competences and problems

in Spanish adolescents: A normative study of the YSR. *Psicothema*, *18*, 804-809.
Sanz, J. (2013). 50 años de los Inventarios de Depresión de Beck: consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del Psicólogo*, *34*, 161-168.
Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud, 25*, 39-48.
Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2016a). *Impact of the economic crisis on child and adolescent suicide in Spain.* Manuscrito bajo revisión editorial.
Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2016b). *Suicidio infantil y adolescente en España: prevalencia y características.* Manuscrito bajo revisión editorial.
Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2016c). *Ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento I.* Manuscrito bajo revisión editorial.
Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2016d). *Ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento II.* Manuscrito bajo revisión editorial.
Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, *10*, 303-318.
Sanz, J. y Vázquez, C. (2008). Trastornos del estado de ánimo: teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de Psicopatología* (vol. 2., edición revisada y actualizada, pp. 271-298). Madrid: McGraw-Hill.
Saxe, J. G. (2013). *Clever stories of many nations.* Londres: Forgotten Books (original, Boston: Ticknor and Fields, 1865).
Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K., Cicchetti, D. y Leckman, J. F. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 844-852.
Schuster, M. A., Stein, B. D., Jaycox, L., Collins, R. L., Marshall, G. N., Elliott, M. N., Zhou, A. J., Kanouse, D. E., Morrison, J. L. y Berry, S. H. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine, 345*, 1507-1512.
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2011). *SIGN 50. A guideline developer's handbook. Revised edition. November 2011*. Edimburgo: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
Segal, Z. V., Williams, J. M., Teasdale, J. D. y Gemar, M. (1996). A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. *Psychological Medicine, 26*, 371-380.
Seida, J. C., Schouten, J. R., Mousavi, S. S., Hamm, M., Beaith, A., Vandermeer, B., Dryden, D. M., Boylan, K., Newton, A. S. y Carrey, N. (2012). *First- and second-generation antipsychotics for children and young adults. Comparative effectiveness review, 39.* AHRQ Publication N.o 11(12), EHC077-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
Seligman, M. E. P. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy, 2*, 307-321.

Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: the Consumer Reports Study. *American Psychologist, 50,* 965-974.

Seligman, M. E. P. (2006). *Learned optimism. How to change your mind and your life.* Nueva York: Vintage Books (original, Nueva York: Alfred A. Knopf, 1991; trad. española, Barcelona: Grijalbo, 1998).

Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M. y Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry, 53,* 339-348.

Shapiro, F. (2004). *EMDR (eye movement desensitization and reprocessing). Desensibilización y reprocesamiento por medio del movimiento ocular.* México, DF: Pax México (original, Nueva York: Guilford Press, 2001).

Shirk, S. R., Karver, M. S. y Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy, 48,* 17-24.

Silva, F. y Martorell, M. C. (eds.) (1993). *EPIJ. Evaluación de la personalidad infantil y juvenil* (vols. 1, 2 y 3). Madrid: MEPSA.

Silverman, W. K. y Albano, A. M. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Silverman, W. K., Albano, A. M. y Sandín, B. (2001). *Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad en Niños según el DSM-IV. ADIS-IV: C. Entrevista para los padres.* Madrid: Klinik.

Silverman, W. K., Albano, A. M. y Sandín, B. (2003). *Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad en Niños según el DSM-IV. ADIS-IV: C. Entrevista para el niño.* Madrid: Klinik.

Silverman, W. K., Fleisig, W., Rabian, B. y Peterson, R. A. (1991). Childhood Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Clinical Child Psychology, 20,* 162-168.

Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W. y Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37,* 156-183.

Silverman, W. K., Pina, A. A. y Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37,* 105-130.

Simó Miñana, J. (2012). Utilización de medicamentos en España y en Europa. *Atención Primaria, 44,* 335-347.

Sosa, C. D., Capafóns, J. I., Conesa-Peraleja, M. D., Martorell, M. C., Silva, F. y Navarro, A. M. (1993). Inventario de miedos. En F. Silva y M. C. Martorell (eds.), *EPIJ. Evaluación de la personalidad infantil y juvenil* (vol. 3, pp. 99-124). Madrid: MEPSA.

Soutullo Esperón, C. (ed.) (2011). *Guía esencial de psicofarmacología del niño y del adolescente.* Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Sparks, J. y Duncan, B. (2013). Outside the black box: re-assessing pediatric

antidepressant prescription. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 22,* 240-256.
Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology, 106,* 280-297.
Spence, S. H. (2014). *Spence Children's Anxiety Scale. T-scores and interpretation of scores.*
Spielberger, C. D., Edwards, C. D., Lushene, R. E., Montuori, J. y Platzek, D. (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C).* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
Spielberger, C. D., Edwards, C. D., Lushene, R. E., Monturi, J. y Platzek, D. (1990). *Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en Niños STAIC* (adaptación española: Departamento de I+D+i de TEA Ediciones). Madrid: TEA Ediciones.
Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (adaptación española: Seisdedos Cubero, N. y Departamento de I+D+i de TEA Ediciones). Madrid: TEA Ediciones.
Stallard, P. (2007). *Pensar bien, sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes.* Bilbao: Descleé de Brouwer.
Stark, K. D. y Kendall, P. C. (1996). *Treating depressed children: therapist manual for «Action».* Ardmore, PA: Workbook Publishing.
Stark, K. D., Kendall, P. C., McCarthy, M., Stafford, M., Barron R. y Thomeer, M. (1996). *ACTION: a workboook for overcoming depression.* Ardmore, PA: Workbook Publishing.
Stark, K. D., Rouse, L. W. y Kurowski, C. (1994). Psychological treatment approaches for depression in children. En W. M. Reynolds y H. E. Johnston (eds.), *Handbook of depression in children and adolescents.* Nueva York: Plenum Press.
Stark, K. D., Streusand, W., Krumholz, L. S. y Patel, P. (2010). Cognitive-behavioral therapy for depression. The ACTION treatment program for girls. En J. R. Weisz y A. E. Kazdin (eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2.a ed., pp. 93-109). Nueva York: Guilford.
Steele, M. M. y Doey, T. (2007). Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 1: etiology and risk factors. *Canadian Journal of Psychiatry, 52,* 21S-33S.
Stein, B. D., Elliott, M. N., Jaycox, L., Collins, R. L., Berry, S. H., Klein, D. J. y Schuster, M. A. (2004). A national longitudinal study of the psychological consequences of the September 11, 2001 terrorist attacks: reactions, impairment, and help-seeking. *Psychiatry, 67,* 105-117.
Stewart, R. E. y Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: a meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77,* 595-606.
Storch, E. A., Murphy, T. K., Adkins, J. W., Lewin, A. B., Geffken, G. R., Johns, N. B., Jann, K. E. y Goodman, W. K. (2006). The Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Psychometric properties of child-and parent-report formats. *Journal of Anxiety Disorders, 20,* 1055-1070.

Strauss, C. C. y Last, C. G. (1993). Social and simple phobias in children. *Journal of Anxiety Disorders, 7*, 141-152.

Stroebe, M. S., Hansson, R. O. y Stroebe, W. (2001). Introduction: concepts and issues in contemporary research on bereavement. En M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (eds.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care* (pp. 3-22). Washington, DC: American Psychological Association.

Suveg, C., Jacob, M. L. y Thomassin, K. (2009). Generalized anxiety disorder in youth. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 17*(1), 41-66.

Szabó, M. y Lovibond, P. F. (2004). The cognitive content of thought-listed worry episodes in clinic-referred anxious and nonreferred children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33,* 613-622.

Szabó, M. y Lovibond, P. F. (2002). The cognitive content of naturally occurring worry episodes. *Cognitive Therapy and Research, 26,* 167-177.

Szasz, Th. (2008). *El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la conducta personal.* Buenos Aires: Amorrortu (original de 1961).

Tang, T. C., Jou, S. H., Ko, C. H., Huang, S. Y. y Yen, C. F. (2009). Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 63,* 463-470.

Taylor, T. L. y Chemtob, C. M. (2004). Efficacy of treatment for child and adolescent traumatic stress. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 158*(8), 786-791.

Tolin, D. F. (2014). Beating a dead dodo bird: looking at signal vs. noise in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice, 21,* 351-362.

Tolin, D. F. (2015). Corrigendum to «Beating a dead dodo bird: looking at signal vs. noise in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders». *Clinical Psychology: Science and Practice, 22,* 315-316.

Tone, A. (2009). *The age of anxiety. A history of America's turbulent affair with tranquilizers.* Nueva York: Basic Books.

Tortella, F. M., Balle, M., Servera, B. M. y García, B. G. (2005). Propiedades psicométricas de la adaptación catalana de la Escala de ansiedad para niños/as de Spence (SCAS). *Psicología Conductual, 13,* 111-123.

Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioural therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA, 292,* 807-820.

Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team (2007). The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. *Archives of General Psychiatry, 64,* 1132-1143.

Trianes, M. V., Blanca, M. J., Fernández-Baena, F. J., Escobar, M. y Maldonado, E. F. (2011). *IECI. Inventario de Estrés Cotidiano Infantil.* Madrid: TEA Ediciones.

Tsapakis, E. M., Soldani, F., Tondo, L. y Baldessarini, R. J. (2008). Efficacy of

antidepressants in juvenile depression: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 193*, 10-17.

Tuisku, V., Pelkonen, M., Karlsson, L., Kiviruusu, O., Holi, M., Ruuttu, T., Punamäki, R.-L. y Marttunen, M. (2006). Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry, 15*, 199-206.

Ulloa, R. E., Ortiz, S., Higuera, F., Nogales, I., Fresán, A., Apiquian, R., Cortés, J., Arechavaleta, B., Foulliux, C., Martínez, P., Hernández, L., Domínguez, E. y De la Peña, F. (2006). Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version* (K-SADS-PL). *Actas Españolas de Psiquiatría, 34*(1), 36-40.

Unidad de Epidemiología y Diagnóstico en Psicopatología del Desarrollo (2005). *Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes (EDNA-IV).* Consultado en Internet el 10 de junio de 2011 en http://www.ued.uab.es.

Usala, T., Clavenna, A., Zuddas, A. y Bonati, M. (2008). Randomised controlled trials of selective serotonin reuptake inhibitors in treating depression in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology, 18*, 62-73.

Vallejo, J. y Bulbena, A. (2015). Trastornos de angustia. En J. Vallejo Ruiloba (dir.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (8.a ed., pp. 148-163). Barcelona: Elsevier Masson.

Vallejo, J. y Urretavizcaya, M. (2015). Trastornos depresivos. En J. Vallejo Ruiloba (dir.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (8.a ed., pp. 249-276). Barcelona: Elsevier Masson.

Vallejo, J., Segalàs, C. y Alonso, P. (2015). Trastornos obsesivos. En J. Vallejo Ruiloba (dir.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (8ª ed., pp. 195-214). Barcelona: Elsevier Masson.

Vallejo Nájera, A. y Martínez, E. M. (1939). Psiquismo del fanatismo marxista. Investigaciones psicológicas en marxistas femeninos delincuentes. *Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra, 9*, 398-413.

Vallejo Pareja, M. A. (ed.) (2012). *Manual de terapia de conducta* (2.a ed., 2 tomos). Madrid: Dykinson.

Van Bockstaele, B., Verschuere, B., Tibboel, H., De Houwer, J., Crombez, G. y Koster, E. H. W. (2014). A review of current evidence for the causal impact of attentional bias on fear and anxiety. *Psychological Bulletin, 140*, 682-721.

Van der Bruggen, C. O., Stams, G. J. J. M. y Bögels, S. M. (2008). The relation between child and parent anxiety and parental control: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(12), 1257-1269.

Van Voren, R. (2010). Political abuse of psychiatry. An historical overview. *Schizophrenia Bulletin, 36*, 33-35.

Van Voren, R. (2013). *Psychiatry as a tool for coercion in post-Soviet countries.*

Bélgica: European Union.
Vázquez, C. (1990). El concepto de conducta anormal. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (eds.), *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría* (vol. 1, pp. 449-472). Madrid: McGraw-Hill.
Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud, 10,* 59-81.
Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L. y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual-Behavioral Psychology, 1,* 139-165.
Vicente Sánchez, M. P., Macías Saint-Gerons, D., De la Fuente Honrubia, C., González Bermejo, D., Montero Corominas, D. y Catalá-López F. (2013). Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000-2011. *Revista Española de Salud Pública, 87,* 247-245.
Vigil-Colet, A., Canals, J., Cosi, S., Lorenzo-Seva, U., Ferrando, P. J., Hernández-Martínez, C., Jané, C., Viñas, F. y Doménech, E. (2009). The factorial structure of the 41-item version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in a Spanish population of the 8 to 12 years-old. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 9,* 313-327.
Vitiello, B. y Waslick, B. (2010). Pharmacotherapy for children and adolescents with anxiety disorders. *Psychiatric Annals, 40,* 185-191.
Vogel, E. B. (2009). *El planeta de los PSIMON. Juego de psicoterapia cognitiva.* Madrid: TEA Ediciones.
Wakefield, J. C. y First, M. B. (2012). Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry, 11,* 3-10.
Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: the humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist, 62,* 857-873.
Watanabe, N., Hunot, V., Omori, I. M., Churchill, R. y Furukawa, T. A. (2007). Psychotherapy for depression among children and adolescents: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116,* 84-95.
Watson, J. B. y Rayner, R. (2000). Conditioned emotional reactions. *American Psychologist, 55,* 313-317 (original publicado en 1920 en *Journal of Experimental Psychology, 3,* 1-14).
Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A. y Keane, T. M. (1993). *The PTSD Checklist: reliability, validity, and diagnostic utility.* Comunicación presentada en el Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX, octubre.
Weissman, M. M. (2006). A brief history of interpersonal psychotherapy. *Psychiatric Annals, 36,* 553-557.

Weissman, M. M., Markowitz, J. C. y Klerman, G. L. (2013). *Manual de psicoterapia interpersonal*. Madrid: Editorial Grupo 5.

Weisz, J. R. y Kazdin, A. E. (eds.) (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2.a ed.). Nueva York: Guilford.

Weisz, J. R., McCarty, C. A. y Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 132,* 132-149.

Wells, A., Stopa, L. y Clark, D. M. (1993). *The social cognitions questionnaire.* Manuscrito no publicado.

Wethington, H., Hahn, R. A., Fuqua-Whitley, D. S., Sipe, T. A., Crosby, A. E., Johnson, R. L., Liberman, A. M., Mos´cicki, E., Price, L. N., Tuma, F. K., Kalra, G. y Chattopadhyay, S. K. (2008). The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine, 35,* 287-313.

Whittington, C. J., Kendall, T., Fonagy, P., Cottrell, D., Cotgrove, A. y Boddington, E. (2004). Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet, 363,* 1341-1345.

Wijlaars, L. P. M. M., Nazareth, I. y Petersen, I. (2012). Trends in depression and antidepressant prescribing in children and adolescents: a cohort study in The Health Improvement Network (THIN). *PLoS ONE, 7*(3), e33181.

Wilson, S. B. y Durbin, C. E. (2010). Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30,* 167-180.

Woodward, L. J. y Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40,* 1086-1093.

Wong, I. C. K., Murray, M. L., Camilleri-Novak, D. y Stephens, P. (2004). Increased prescribing trends of paediatric psychotropic medications. *Archives of Disease in Childhood, 89,* 1131-1132.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.* Ginebra: World Health Organization (traducción española publicada en Madrid: Meditor, 1992).

World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: diagnostic criteria for research.* Ginebra: World Health Organization (traducción española publicada en Madrid: Meditor, 1994).

World Health Organization (2014). *Health for the World's adolescents. A second chance in the second decade.* Consultado en Internet el 1 de julio de 2016 en http://apps.who.int/adolescent/second-decade/.

Ye, H. J., Rice, K. G. y Storch, E. A. (2008). Perfectionism and peer relations among children with obsessive-compulsive disorder. *Child Psychiatry Human Development, 39,* 415-426.

Zhou, X., Hetrick, S. E., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C. J. [...] y Xie, P.

(2015). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry, 14,* 207-222.

Ziegert, D. y Kistner, J. (2002). Response styles theory: downward extension to children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31,* 325-334.

Zimmerman, M., Martinez, J. H., Dalrymple, K., Chelminski, I. y Young, D. (2013). Should criteria be specified for depressive disorder not otherwise specified? *Journal of Affective Disorders, 147,* 118-122.

Zisook, S., Shear, K. y Kendler, K. S. (2007). Validity of the bereavement exclusion criterion for the diagnosis of major depressive episode. *World Psychiatry, 6,* 102-107.

Zito, J. M., Safer, D. J., DosReis, S., Gardner, J. F., Soeken, K., Boles, M. y Lynch, F. (2002). Rising prevalence of antidepressants among US youths. *Pediatrics, 109,* 721-727.

Zito, J. M., Safer, D. J., DosReis, S., Gardner, J. F., Magder, L., Soeken, K., Boles, M., Lynch, F. y Riddle, M. A. (2003). Psychotropic practice patterns for youth: a 10-year perspective. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 157*(1), 17-25.

Director: Francisco J. Labrador

Edición en formato digital: 2016

© María de la Paz García Vera y Jesús Sanz Fernández
© Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.), 2016
Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 15
28027 Madrid
piramide@anaya.es

ISBN ebook: 978-84-368-3651-6

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del Copyright.

Conversión a formato digital: calmagráfica

Los enlaces web incluidos en esta obra se encuentran activos en el momento de su publicación.

www.edicionespiramide.es

Índice

Prólogo de Francisco Xavier Méndez Carrillo 5
Prólogo de los autores 8
Parte primera. Introducción 13
1. Trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes 14
1 ¿Qué son los trastornos depresivos y de ansiedad? 14
2. Importancia sociosanitaria de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes 32
2. Terapias para los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes 51
1. ¿Qué terapias aplicar en el tratamiento con niños y adolescentes? 51
2. Terapias psicológicas 73
3. Terapias farmacológicas 89
4. Características del tratamiento psicológico con niños y adolescentes 104
Parte segunda. Trastornos depresivos en niños y adolescentes 121
3. Definición, clasificación y modelos explicativos de los trastornos depresivos 122
1. Definición de los trastornos depresivos 123
2. Clasificación de los trastornos depresivos 126
3. Modelos explicativos de los trastornos depresivos 135
4. Evaluación de los trastornos depresivos 151
1. Consideraciones generales 151
2. Instrumentos 152
3. Evaluación del riesgo de suicidio 168
4. Formulación clínica del caso 172
5. Tratamiento de los trastornos depresivos 175
1. Tratamientos eficaces para los trastornos depresivos 175
2. Terapias psicológicas 183
3. El papel de los tratamientos farmacológicos 187
4. Intervención en suicidio 199
5. Un ejemplo de programa de tratamiento psicológico para los trastornos depresivos 205
6. Casos clínicos de tratamiento de trastornos depresivos 216
1. Un niño con trastorno depresivo mayor 216
2. Una adolescente con trastorno depresivo mayor 226
Parte tercera. Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes 255

7. Definición, clasificación y modelos explicativos de los trastornos de ansiedad 256
1. Definición de los trastornos de ansiedad 256
2. Clasificación de los trastornos de ansiedad 257
3. Modelos explicativos de los trastornos de ansiedad 272
8. Evaluación de los trastornos de ansiedad 286
1. Consideraciones generales 286
2. Instrumentos 286
3. Formulación clínica del caso 298
9. Tratamiento de los trastornos de ansiedad 299
1. Tratamientos eficaces para los trastornos de ansiedad 299
2. Terapias psicológicas 300
3. El papel de los tratamientos farmacológicos 311
4. Un ejemplo de programa de tratamiento psicológico para los trastornos de ansiedad 314
10. Casos clínicos de tratamiento de trastornos de ansiedad 320
1. Una niña con trastorno de ansiedad por separación 320
2. Un niño con trastorno por estrés postraumático 335
Parte cuarta. Conclusiones 342
El futuro del tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes 343
Referencias bibliográficas 349
Créditos 385