

# ■ Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía

Virginia Antón-Menárguez<sup>1</sup>, Pedro V. García-Marín<sup>1</sup> y José M. García-Benito<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España

<sup>2</sup>Centro de Salud de Santa Pola, Alicante, España

## Resumen

Se presenta la intervención en el caso de una adolescente tardía de 18 años de edad con trastorno depresivo mayor. El objetivo es analizar los efectos de la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual dirigido a reducir la sintomatología depresiva. La evaluación se realizó mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Autoestima de Rosenberg, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Se aplicó un tratamiento cognitivo-conductual que incluyó psicoeducación, activación conductual, entrenamiento en respiración diafragmática, autoinstrucciones de afrontamiento, técnicas de asertividad y reestructuración cognitiva. Con la intervención, como se evidencia en la evaluación pretest-postest, se consiguió el objetivo principal propuesto, que era la reducción de la sintomatología depresiva. Se discuten las implicaciones de los resultados del estudio, que apoyan la eficacia de la terapia cognitiva-conductual para el tratamiento de la depresión adolescente.

*Palabras clave:* Adolescencia tardía, depresión mayor, autoestima, ansiedad, tratamiento cognitivo-conductual.

## Abstract

*Cognitive-behavioral intervention in a case of a late adolescent depression.* An intervention for an 18-year old late adolescent girl diagnosed with major depressive disorder is presented. The main aim of this study is to analyze the effects of a cognitive-behavioral treatment in order to decrease depressive symptoms. The assessment was carried out using the Spanish version of the Beck Depression Inventory (BDI), the Rosenberg Self-Esteem Scale, the Inventory of Situations and Responses of Anxiety (ISRA), and the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). The cognitive-behavioral treatment comprised psychoeducation, behavioral activation, training in diaphragmatic breathing, self-instructional coping, assertiveness, and cognitive restructuring techniques. The pretest-posttest assessment shows that the intervention achieved the main goal, which was a significant reduction of the depressive symptoms. The implications of the results are discussed, supporting the efficacy of the cognitive-behavioral therapy for the treatment of adolescent depression.

*Keywords:* Late adolescence, major depression, self-esteem, anxiety, cognitive-behavioral treatment.

Definir la depresión en la infancia y adolescencia resulta complejo dado que se trata de un período evolutivo lleno de cambios tanto físicos como anímicos. En las clasificaciones diagnósticas actuales (DSM-5 y CIE-10) no se incluyen trastornos afectivos específicos de la infancia y adolescencia, aunque sí se describen algunas características propias de este grupo de edad. Para el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor la persona debe haber presentado al menos un Episodio Depresivo Mayor (que se englobaría dentro del trastorno del estado de ánimo en cuestión, dado que no se pueden codificar episodios de manera aislada en el DSM), que se caracteriza necesariamente por la presencia de tristeza o ánimo irritable (en el caso de los niños), o por una pérdida de placer o interés por las actividades cotidianas. Otros indicadores son la pérdida o aumento significativo de peso o de apetito (en

niños puede suponer no alcanzar la ganancia de peso esperada para el crecimiento a su edad), insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes), menor capacidad de pensar, concentrarse o indecisión, pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a morir), e intento o ideación suicida.

Para el diagnóstico deben manifestarse al menos cinco de estos síntomas que deben perdurar de forma prácticamente continuada durante al menos dos semanas. Como criterios de exclusión se establecen los siguientes: que no se trate de un episodio mixto, que los síntomas no estén causados por un proceso físico o por efecto del consumo de sustancias y que no se deban a una reacción de duelo normal (APA, 2013).

## Correspondencia:

Virginia Antón Menárguez.

Hospital General Universitario de Elche.

Avda. de la Almassera, 11. 03203. Elche (Alicante), España.

E.mail: virginia.anton.menarguez@gmail.com

La existencia de la depresión infantil no siempre ha sido aceptada; por primera vez se consideró como un problema con la publicación del DSM III y de las actas del Congreso Nacional del Institute of Mental Health (NIMH) en la década de los ochenta (Del Barrio, 1999).

En cuanto a su frecuencia, Del Barrio (2007) apunta a que la prevalencia de la depresión infantil rondaría el 5-10%. En la edad adulta, según datos del estudio europeo ESEMeD, la prevalencia de la depresión durante el último año estudiado se situó en el 4% en nuestro país, siendo la prevalencia vital de un 10.5% (Haro et al., 2006). Las diferencias en función del sexo y la edad deben tenerse en cuenta dado que, aunque en niños pequeños no se encuentran diferencias en cuanto al género, según se va avanzando hacia la adolescencia la depresión es más frecuente en niñas, acercándose progresivamente a los datos encontrados en la adultez, donde la prevalencia hallada es, según Vallejo-Ruiloba (2006), doblemente frecuente en mujeres que en hombres, tanto en la adultez como en la adolescencia. Según dichos autores estos datos no estarían relacionados con factores como el estado civil, la raza o el nivel de estudios.

En cuanto a las teorías etiológicas, cabe destacar la relación que se establece en diversos estudios entre la depresión materna e infantil. Como refiere Kovacs (2010), es bien conocida la relación entre la depresión infantil y la depresión materna, dado que esta última continúa siendo el mejor predictor de la depresión infantil. En el estudio de Gartstein et al. (2010), además de confirmarse esta relación, se muestra que la interacción se produce desde edades muy tempranas, considerándose crítico el primer año de vida (Bagner, Pettit, Lewincohn y Seeley, 2010). Además, se descarta que pueda tratarse de una cuestión biológica, dado que esta relación no se ha hallado durante el embarazo. Algunos estudios han encontrado esta misma relación en la adolescencia, en edades comprendidas entre los 12 y los 18 años (Morris, Ciesla y Garber, 2010).

Con respecto a la evaluación de la depresión, aunque existen multitud de instrumentos con buenas propiedades psicométricas, cabe destacar tanto la *Escala de Depresión de Beck* (BDI; Beck et al., 1961), uno de los autoinformes más ampliamente utilizados, como el *Inventario de Depresión Infantil* (CDI; Kovacs, 1977), la adaptación a población infantil y adolescente del anterior (aplicable de 6 a 17 años). Otros instrumentos clásicos para población adulta son la *Escala de Hamilton para la Depresión* (HRSD; Hamilton, 1960) y el *Protocolo para trastornos afectivos y esquizofrenia* (SADS; Endicott y Spitzer, 1978). En lo referente al tratamiento para la depresión, se han realizado multitud de estudios para determinar el efecto diferencial de los tratamientos farmacológicos con los psicológicos y, aunque a corto plazo parece que la eficacia es similar, la psicoterapia presenta mejores resultados a más largo plazo, existiendo además una tasa de abandonos y recaídas inferior (De Maat et al., 2006; Imel, Malterer, McKay y Wampold, 2008). Por otro lado, con respecto al tratamiento combinado que incorpora el tratamiento farmacológico junto al psicológico, existe evidencia de que presenta mayor efectividad que la psicoterapia de forma aislada a corto plazo, no siendo así a largo plazo (Cuijpers, van Straten, Warmerdam y Andersson, 2009). Estos mismos autores en otro estudio plantean que los tratamientos psicológicos que han mostrado mayor efectividad para la depresión incluyen la terapia cognitivo-conductual, la activación conductual, la terapia interpersonal o la terapia de solución de problemas (Cuijpers et al., 2009). Asimismo, Méndez et al. (2002), en una revisión sobre las evidencias del tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente, concluyen que las intervenciones cognitivo-conductuales fueron, en general, las más eficaces.

En el presente estudio de caso único se presenta el caso de una adolescente tardía que cumple criterios para el diagnóstico de depresión mayor (DSM-5; APA, 2013). El objetivo del trabajo es examinar los efectos de la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual con el propósito de mejorar el estado de ánimo de la paciente y reducir la sintomatología depresiva. Se parte de la hipótesis inicial de que mediante una adecuada intervención cognitivo-conductual se conseguirá la reducción de los síntomas depresivos de la paciente.

## Descripción del caso

### Identificación del paciente

Esther (nombre figurado) es una joven de 18 años de edad, que cursa primero de bachillerato en un instituto público de la Comunidad Valenciana. Es la mayor de dos hermanas (tiene una hermana de 15 años); ambas viven con sus padres en el mismo domicilio.

### Motivo de consulta

Esther acude a consulta en un primer momento demandando atención por problemas de ansiedad derivada de los exámenes. Cuenta que cada vez que tiene que realizar un examen se pone muy nerviosa, le empieza a doler la cabeza y el estómago. Asimismo, refiere que en más de una ocasión le ha sucedido que al sentarse en clase para hacer un examen se ha quedado en blanco. Dice que esto le sucede desde tercero de ESO, curso en el cual comenta que "le fue mal" y que suspendió tres asignaturas.

Tras una pormenorizada evaluación y realización del análisis funcional del caso se constata que Esther presenta síntomas depresivos graves (obtiene una puntuación de 31 en el Inventario de Depresión de Beck) (Beck et al., 1979), con lo cual se toma la decisión de centrar la intervención en la depresión, dado que es un problema mayor gravedad mayor gravedad, abordándose de manera secundaria los síntomas de ansiedad ante los exámenes así como otras variables que están manteniendo el problema.

### Historia del problema

Esther acude a la Unidad de Salud Mental derivada desde la Unidad de Salud Mental Infantil, dado que ha cumplido la mayoría de edad, con lo cual ha de cambiar de recurso. Ha estado recibiendo tratamiento psicológico desde hace dos años por problemas de ansiedad principalmente. Refiere que sus problemas empezaron en tercero de ESO cuando comenzó a tener problemas en los estudios. Comenta que sus padres siempre han sido muy exigentes con ella en este tema y, a raíz de empezar a fallar en algunos exámenes, sintió que les estaba decepcionando. Los padres de Esther informan que es una chica muy responsable que nunca ha dado ningún problema, comentan que es muy buena persona y no entienden por qué se encuentra en esta situación.

En la primera entrevista Esther explica que cuando tiene algún examen próximo empieza a inquietarse y a sentirse mal, "me pongo muy nerviosa y tengo miedo de quedarme en blanco"; dice que en alguna ocasión le ha pasado que al disponerse a realizar una prueba se ha bloqueado y, aunque había estudiado bastante y creía habérselo aprendido bien, en ese momento no conseguía expresar lo estudiado.

A partir de ésta y de las siguientes entrevistas de evaluación con ella, empieza a informar de que presenta síntomas depresivos, refiere sentirse triste y sin esperanza, comenta que ya no tiene ganas de hacer nada y tiene una visión negativa de ella misma

(con ideas esporádicas de muerte, aunque tras abordar este asunto comenta que “no lo haría”) y del futuro. Estos síntomas ocurren, según comenta, desde hace un par de años habiéndose incrementado en los últimos cuatro meses (cabe destacar la existencia de antecedentes maternos de depresión).

Además de los síntomas depresivos, se constata también mediante la entrevista y la aplicación de cuestionarios (Atienza, Balaguer y Moreno, 2000; Rosenberg, 1965) que Esther presenta una baja autoestima. La paciente comenta que tiene pocas amistades aunque su relación con ellos es muy buena (aunque últimamente le apetece poco salir). Con respecto a su familia, dice llevarse muy bien con su hermana “ella me comprende y me apoya en todo”. Comenta que la relación con su madre es también buena pero que con su padre, aunque fue muy buena en el pasado, ahora mismo parecen existir problemas de comunicación tanto entre ellos dos como en el ámbito familiar en general (refiere que esto está influido en parte por problemas laborales de su padre).

## Evaluación del caso

En un primer momento de la evaluación se recogió la información necesaria para la elaboración de la historia clínica de la paciente mediante una entrevista semiestructurada construida para este fin en la Unidad de Salud Mental. A continuación, tras el análisis de la información recabada se tomó la decisión de analizar las variables *ansiedad*, *autoestima*, *alexitimia* y *depresión*.

Para evaluar la *autoestima* se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale; Rosenberg, 1965). Este cuestionario se puede administrar de forma individual o grupal y no específica ningún rango de edad de aplicación. La versión española presenta una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach entre .80 y .87) y una fiabilidad test-retest de .72 (Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004). Con respecto a la validez, presenta correlaciones positivas con otras medidas de autoestima como el Health Self-Image Questionnaire (Silber y Tippet, 1965), el Coopersmith's Self-Esteem Inventory (Coopersmith, 1967), y con la medida de autoestima global del Harter's Self Perception Profile for Adolescents (Hagborg, 1993). Los puntos de corte son los siguientes: entre 10 y 20 puntos se considera indicativo de baja autoestima, entre 20 y 30 autoestima media, y entre 30 y 40 alta autoestima.

Para la evaluación de la *depresión* se utilizó la adaptación al castellano del Inventario de Depresión de Beck validada por Vázquez y Sanz (1991, septiembre), la cual es la versión del BDI más utilizada en la actualidad. Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos y puede ser utilizado a partir de los 13 años. Cada ítem consta de 4 alternativas de respuesta, las cuales evalúan la gravedad / intensidad del síntoma (se presentan ordenadas de menor a mayor gravedad). La persona debe contestar a los ítems en función de cómo se ha sentido en la última semana incluido el día de la evaluación. La fiabilidad del test es adecuada (el alfa de Cronbach oscila entre 0,76 y 0,95). En cuanto a la validez, en pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6). Además, muestra también una buena sensibilidad al cambio, con una correlación alta con la mejoría clínica evaluada por expertos (Richter et al., 1997). Los puntos de corte son los siguientes: si el individuo obtiene una puntuación directa comprendida entre 0 y 10 se considera dentro de la normalidad, entre 10-19 estaría en riesgo de sufrir una depresión, cuando la puntuación es superior a 20 se considera depresión moderada, y a partir de 30 depresión severa.

La *ansiedad* se evaluó mediante el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA, Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986). Esta prueba está basada en el modelo multidimensional de la ansiedad (Endler, 1975) y en el modelo de los tres sistemas de respuesta (Lang, 1968). Evalúa tanto el nivel general de ansiedad (sería la suma de los tres componentes) como los tres sistemas de respuesta (motor, fisiológico y cognitivo); también evalúa cuatro situaciones específicas de ansiedad (situaciones fóbicas y de la vida cotidiana, ansiedad interpersonal y de evaluación). Posee una alta fiabilidad test-retest (0.75-0.86) y una elevada consistencia interna (0.78-0.79). Con respecto a la validez, muestra correlaciones con la escala MAS de Taylor (0.56-0.61) y con STAI (0.54-0.63), además, muestra buena discriminación entre distintas patologías y es sensible al cambio terapéutico. Se puede aplicar a individuos a partir de los 15 años. El punto de corte para diferenciar la ansiedad moderada de la severa es el percentil 75.

Por último, para la evaluación de la *alexitimia* se utilizó la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), la cual fue desarrollada por Bagby, Parker y Taylor (1994) y consta de 20 ítems. Se utilizó la traducción al español validada por Moral de la Rubia y Retamales (2000). Las tres subescalas son: dificultad para la discriminación de señales emocionales, dificultad en la expresión verbal de las emociones y pensamiento orientado hacia detalles externos. En la validación española la consistencia interna fue de 0,82 y la fiabilidad test-retest a las 24 semanas de 0,72 y a las 48 semanas de 0,69. Respecto a la validez, la estructura más aceptada es la de tres factores principales, que explican el 32,5% de la varianza. La sensibilidad es del 78% y la especificidad del 95%. Aunque los autores no indican puntos de corte, en la validación española se demostró la validez discriminante del instrumento al ser altamente significativa la diferencia de puntuación observada entre la muestra clínica (51,82) y la muestra control (44,23). Por tanto, se suele considerar que puntuaciones iguales o superiores a 51 serían indicativas de alexitimia.

## Análisis topográfico y funcional

Teniendo en cuenta las variables analizadas, la paciente obtiene en la Escala de Autoestima de Rosenberg una puntuación directa de 18, con lo cual teniendo en cuenta los puntos de corte podríamos decir que su autoestima es baja. La puntuación obtenida en el Inventario de Depresión de Beck es de 31, lo cual es indicativo de depresión severa. Por lo que respecta al Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad obtiene un percentil total de 95 (puntuación directa 301); en relación al triple sistema de ansiedad, obtiene un percentil 95 en ansiedad cognitiva (puntuación directa de 132), un percentil 95 en ansiedad física (puntuación de 99) y un percentil 85 en ansiedad motora (puntuación directa de 70). A partir de dicha información podemos concluir que Esther presenta ansiedad severa tanto en el nivel cognitivo, como en el físico y el motor. Con respecto a las situaciones específicas, obtiene un percentil 95 (ansiedad severa) en las dimensiones de ansiedad de evaluación, interpersonal y en situaciones de la vida cotidiana (con puntuaciones directas de 144, 49 y 53 respectivamente). Únicamente en situaciones fóbicas obtiene un percentil 45 (puntuación directa de 25), con lo cual en esta dimensión Esther presenta una ansiedad moderada. Por último, en la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), obtiene una puntuación de 49, con lo que se puede deducir que no presenta alexitimia (al menos en niveles significativos).

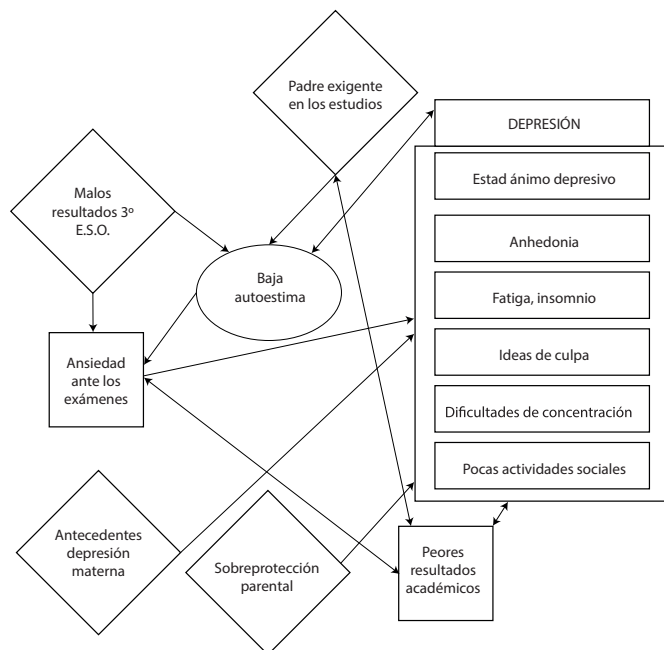
En definitiva, podemos concluir que Esther, según los autoinformes utilizados, presenta ansiedad y depresión severas así como una baja autoestima. A partir de la información recabada a través tanto de

los cuestionarios como de la entrevista clínica, se constata que Esther cumple criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x), dado que presenta más de cinco síntomas (en este caso: estado de ánimo depresivo la mayor parte del día casi todos los días, marcada disminución del interés y del placer, disminución del apetito, insomnio, pérdida de energía, sentimientos de desvalorización y culpa excesiva, disminución de la capacidad de concentración) durante un período superior a dos semanas (en su caso lleva varios meses con exacerbación de estos síntomas). La paciente refiere que estos síntomas le provocan malestar clínicamente significativo y éstos no obedecen a los efectos fisiológicos de una sustancia ni de una enfermedad médica general (APA, 2013).

Partimos de la hipótesis de que la ansiedad ante los exámenes y la baja autoestima (derivadas de los malos resultados académicos y las altas exigencias parentales) antecederían a los síntomas depresivos, pero habría que tratar estos como elemento central dado que si no se moviliza a la paciente y mejora su estado de ánimo, no se puede intervenir adecuadamente sobre el resto de variables. Por tanto, se ha determinado la intervención sobre la variable *depresión* como elemento central del tratamiento.

Como se puede observar en la Figura 1, donde se presenta el diagrama analítico funcional del caso (FACCD) de Esther, parece que la unión principalmente de dos factores antecedentes (las altas exigencias parentales, sobre todo de su padre en el área de los estudios “mi padre siempre me ha dicho que lo único que me pide es que estudie y apruebe todo, es lo más importante para él”, y un episodio de varias asignaturas suspendidas en 3º de la E.S.O), junto a los propios esquemas cognitivos de la paciente, pudo influir en el desarrollo de distorsiones cognitivas relacionadas con la idea de que había fallado a sus padres “soy una carga para ellos, les he decepcionado”. Estos factores desencadenantes unidos con una variable mediadora que sería la baja autoestima de Esther (tanto en el plano físico como intelectual), influyeron tanto en la ansiedad ante los exámenes como en el desarrollo progresivo de una visión negativa de sí misma, del mundo y del futuro (tríada cognitiva de Beck, 1967), así como de ideas sobrevaloradas de culpa y síntomas depresivos que con el tiempo han sobrevenido en el episodio de depresión mayor actual.

Figura 1. Análisis funcional del caso de Esther.



Asimismo parece que los síntomas depresivos y de ansiedad ante los exámenes se retroalimentan, dado que la paciente presenta problemas de concentración que, junto con otros síntomas como el insomnio, el bajo estado de ánimo y la apatía, están influyendo en la obtención de nuevos resultados académicos negativos. A su vez, estos resultados académicos le generan más ansiedad y le confirman sus distorsiones cognitivas sobre que no es capaz, no vale y le está fallando a sus padres. Todo esto, unido a la sobreprotección parental (que afecta a las posibilidades de salir con sus amigos, tiene que volver pronto a casa, etc.) hace que Esther cada vez se aisle más de su entorno (cada vez queda menos con sus amigos, les pone excusas y realiza menos actividades), con lo cual éste cada vez le resulta menos reforzante y, como consecuencia, sus actividades disminuyen dado que no son reforzadas. Todo ello (como postula en su modelo socioambiental de Lewinsohn, 1974, 1975) genera un bucle de automantenimiento de sus síntomas depresivos.

A todo esto cabe añadir que en su familia existen antecedentes maternos de depresión; su madre informa haber sufrido un par de episodios depresivos a lo largo de su vida, los cuales fueron y están siendo tratados con medicación.

### Aplicación del tratamiento

El objetivo principal de la intervención fue la mejora del estado de ánimo y la reducción de la sintomatología depresiva de Esther. Los objetivos secundarios fueron mejorar su autoestima, asertividad y la reducción de la ansiedad ante los exámenes.

Se llevó a cabo un tratamiento de corte cognitivo-conductual, el cual fue una combinación de los aspectos básicos de la terapia cognitiva de Beck (1979) junto con técnicas para la mejora de la autoestima y la asertividad, así como técnicas para el afrontamiento de la ansiedad. La intervención consistió en 12 sesiones (detalladas en la Tabla 1) de aproximadamente una hora de duración. En las dos primeras sesiones se llevó a cabo la entrevista clínica para la recogida de la información necesaria para la contextualización y análisis funcional del caso, también se aplicaron las pruebas de evaluación pertinentes. En la tercera sesión se hizo psicoeducación sobre la depresión y se continuó, en ésta y el resto de sesiones, con el entrenamiento propiamente dicho, exceptuando la última sesión que fue de cierre, revisión y refuerzo de logros. Finalmente se realizaron dos sesiones más de seguimiento.

### Resultados

En la Figura 2 se muestran las medidas de la evaluación de la *Depresión* mediante el Inventario de Depresión de Beck antes y después del tratamiento. En relación a los resultados obtenidos se observa una clara mejoría de la paciente del pre-tratamiento al post-tratamiento, dado que la puntuación obtenida se reduce de una puntuación directa de 31 (depresión severa) a 17 (en “riesgo de sufrir una depresión”, donde la puntuación se encuentra comprendida entre 10 y 19 puntos). Según los puntos de corte establecidos, la paciente ya no presenta un trastorno depresivo mayor.

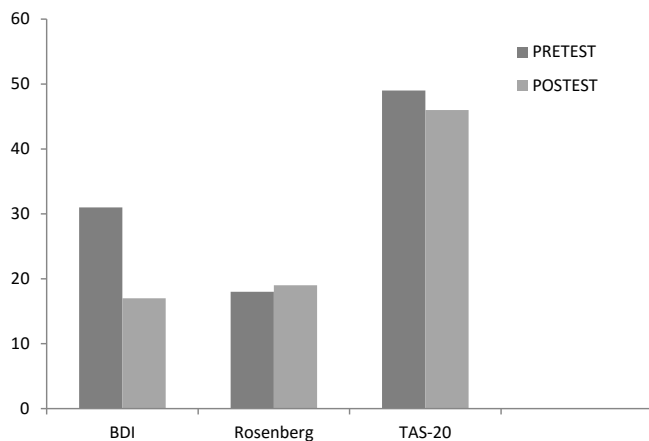
En las Figuras 3 y 4 y en la Tabla 2 se presentan los resultados obtenidos en la evaluación de la *Ansiedad* mediante el Inventario de Situaciones y Respuestas antes y después del tratamiento. Aunque observamos que la ansiedad se ha reducido ligeramente en todas las dimensiones (excepto en *ansiedad de evaluación* que aumenta dos puntos en el postest), esta reducción no es significativa, dado que según los baremos la ansiedad sigue siendo severa en todas las dimensiones excepto en *ansiedad motora* donde pasa a ser moderada y en *ansiedad fóbica* que pasa de moderada a mínima.

Tabla 1. Desarrollo y descripción de las sesiones de evaluación y tratamiento.

Sesión	Contenidos	Tareas para casa
1	Entrevista inicial. Evaluación y recogida de información.	
2	Entrevista y evaluación mediante autoinformes (BDI, ISRA y Rosenberg).	TAS-20 y "cuestionario sobre mí mismo" (Autoestima)
3	Psicoeducación y revisión de tareas. Devolución resultados autoinformes. Entrenamiento en respiración diafragmática. Activación conductual.	Práctica de la respiración y actividades agradables.
4	Revisión de tareas y entrenamiento en autoinstrucciones de afrontamiento.	Práctica de autoinstrucciones. Respiración. Actividades agradables.
5	Revisión tareas y actividad "Escalera de autoestima".	Actividades agradables. Actividad para la autoestima (reconocimiento de las limitaciones).
6	Revisión de tareas. Entrenamiento asertividad y reestructuración cognitiva. Actividad para la autoestima (afirmaciones positivas y derechos inalienables)	Registro PANS Hábitos saludables (dieta y ejercicio físico).
7	Revisión tareas y reestructuración cognitiva. Actividad para la autoestima (auto-respeto).	Registro y discusión cognitiva. Actividades agradables y ejercicio.
8	Revisión tareas. Discusión cognitiva y distorsiones cognitivas. Actividad para la autoestima (restauración del ego).	Actividades agradables. Registro y discusión PANS y distorsiones cognitivas.
9	Revisión registros y nueva evaluación (post-test).	
10	Refuerzo de logros y cierre.	
11	Seguimiento (2 meses).	
12	Seguimiento (4 meses).	

En la Figura 2 se muestran los resultados obtenidos en la evaluación de la *Autoestima* en la Escala de Autoestima de Rosenberg antes y después del tratamiento. Las puntuaciones directas obtenidas en el pre y el postest son 18 y 19, respectivamente, por tanto la mejoría en la *autoestima* no es significativa, la cual sigue siendo baja (dado que la puntuación directa es inferior a 20).

Figura 2. Puntuaciones en BDI, Escala de autoestima de Rosenberg y TAS-20 antes y después del tratamiento.



Por último, en la Figura 2 se presentan los resultados obtenidos antes y después del tratamiento en la variable *alexitimia*, medida mediante la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Aunque en

el tratamiento no se ha intervenido específicamente en esta variable, dado que en la evaluación inicial la puntuación obtenida por Esther se encontraba dentro de la normalidad (puntuación directa de 49), se volvió a medir esta variable en el postratamiento para comprobar tanto el mantenimiento de los resultados como si la intervención en otras dimensiones como la *asertividad* (la cual tiene aspectos en común como la expresión verbal de sentimientos) ha podido modificar las puntuaciones obtenidas en esta variable. En el postest obtiene una puntuación directa de 46, con lo cual se verifica una ligera mejoría también en esta variable.

Tabla 2. Resultados ISRA antes y después del tratamiento.

Ansiedad	PD PRETEST	Percentil	PD POSTEST	Percentil
Cognitiva	132	95	109	85
Fisiológica	99	95	83	90
Motora	70	80	55	70
Total	301	95	247	90
Evaluación	144	95	146	95
Interpersonal	49	95	36	90
Fóbica	25	45	0	5
Cotidiana	53	95	45	95



Figura 3. Puntuaciones del ISRA antes del tratamiento.

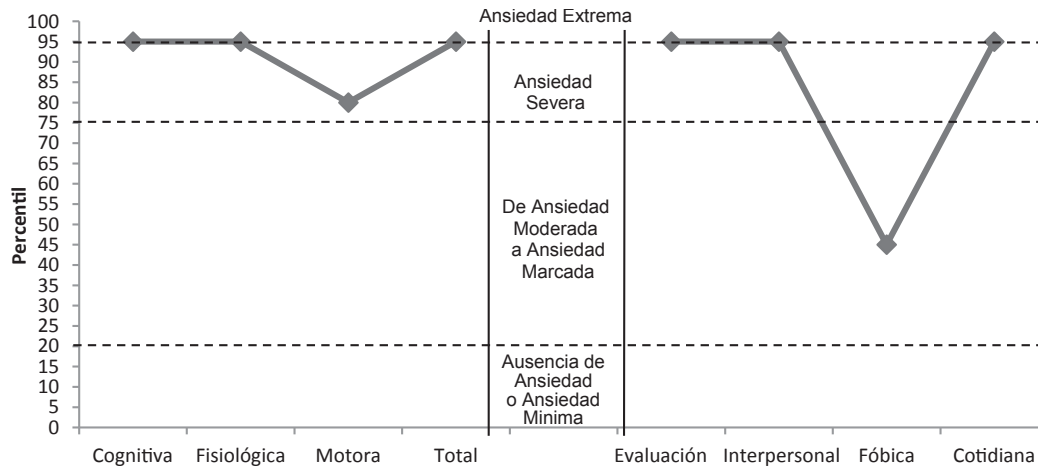
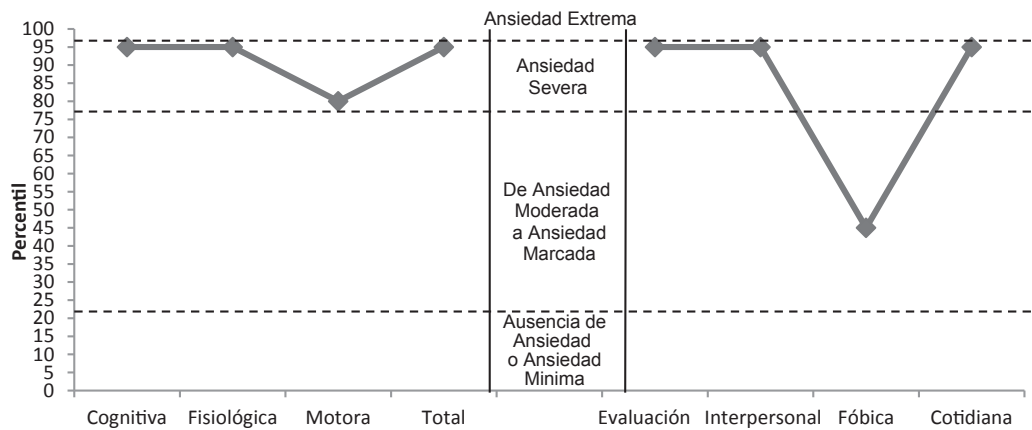


Figura 4. Puntuaciones del ISRA después del tratamiento.



## Discusión y conclusiones

A la luz de los resultados obtenidos podemos afirmar que se ha conseguido el objetivo principal de la intervención, que era la reducción de la sintomatología depresiva y, por consiguiente, la mejora del estado de ánimo de la paciente. Por tanto, se cumple la hipótesis inicial, es decir, que mediante una adecuada intervención cognitivo-conductual se lograría la reducción de la sintomatología depresiva de la paciente. Asimismo, cabe señalar que, aunque la ansiedad y la autoestima han mejorado muy ligeramente, no se ha conseguido una mejoría significativa en estas dos variables. Esto es posiblemente debido a que Esther sigue expuesta a la realización de exámenes para los que no se siente preparada y en los que, además, está obteniendo unos resultados que no se ajustan a sus expectativas, ya que ha suspendido.

Cabe destacar como peculiaridad en este caso la existencia de antecedentes maternos de depresión, dado que éstos, según Kovacs (2010), son el mejor predictor de la depresión infantil y que además otros autores (Morris et al., 2010) encuentran esta misma relación en edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. Este último sería el caso de nuestra paciente, puesto que entre otros factores etiológicos desencadenantes (como los problemas escolares, de autoestima, de ansiedad y la dinámica familiar), podría encontrarse también relación con la depresión materna. También se evidencia en este caso la comorbilidad que según la OMS existe entre la depresión y la ansie-

dad en la adolescencia, ya que en el análisis funcional de Esther observamos cómo ambas problemáticas están íntimamente relacionadas y se retroalimentan mutuamente.

Este caso clínico aporta una evidencia más de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para la depresión en la adolescencia tardía; en concreto, en este caso se ha constatado la eficacia de la terapia cognitiva de Beck (1979) para la depresión, incluyendo componentes como la activación conductual, la reestructuración cognitiva, el trabajo con las distorsiones cognitivas y las actividades agradables. Los resultados del presente estudio concuerdan además con los obtenidos por el equipo de Méndez (2002) en su revisión sobre la evidencia del tratamiento psicológico para la depresión infantil y adolescente, quienes concluyen que la terapia cognitivo-conductual es la que obtiene mejores resultados. El tratamiento cognitivo-conductual aplicado en nuestro estudio se ha adaptado al caso particular de la paciente, pero la eficacia lograda para reducir la sintomatología depresiva coincide con los resultados de la revisión de estudios llevada a cabo por Méndez (2002). Asimismo cabe destacar que, igual que se informa en dicha revisión, en nuestro estudio encontramos una ligera mejoría de la autoestima, aunque en nuestro caso la diferencia no es significativa. La terapia cognitivo-conductual ha sido defendida como el tratamiento de elección para la depresión por numerosos autores. Pérez-Álvarez y García-Montes (2001) afirman que los tratamientos bien establecidos para la depresión son la terapia de conducta, la tera-

pia cognitiva de Beck (1979) y la terapia interpersonal de Klerman (1984). Con respecto a la eficacia diferencial de estas terapias, Brent et al. (1997) concluyen que la terapia cognitivo-conductual a nivel individual mostró una mayor eficacia que la terapia de apoyo y la familiar sistémica. Como defienden los estudios previos, los resultados de nuestro trabajo apoyan la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual para la reducción de la sintomatología depresiva adolescente.

El presente estudio presenta algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta. Destaca entre ellas la imposibilidad de haber realizado un seguimiento de la paciente a más largo plazo (más allá de los cuatro meses). Al margen de dicha limitación, se concluye que a través del uso de técnicas de corte cognitivo-conductual en la intervención, se ha conseguido obtener resultados positivos que suponen una nueva evidencia y una aportación más a la literatura científica existente sobre el tratamiento de la depresión adolescente.

Artículo recibido: 15/7/2015

Aceptado: 24/8/2015

## Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. doi:10.1176/appi.books.9780890425596
- Atienza, F. L., Moreno, Y. y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, 22 (1-2), 29-42.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. y Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bagner, D. M., Pettit, J. W., Lewinsohn, P. M. y Seeley, J. R. (2010). Effect of maternal depression on child behavior: a sensitive period. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 49, 699-707. doi:10.1016/j.jaac.2010.03.012
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E. y Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York: Harper & Row.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Brent, D. A., Holder, D. P., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., Iyengar, S. y Johnson, B. A. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54, 877-885. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830210125017
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- Cuijpers, P., van Straten, A., van Shaick, A. y Andersson, G. (2009). Psychological treatment of depression in primary care: A meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 59, 120-127. doi:10.3399/bjgp09X395139
- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L. y Andersson, G. (2009). Psychological treatment versus combined treatment of depression: A meta-analysis. *Depression & Anxiety*, 26, 279-288. doi:10.1002/da.20519
- De Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R. y De Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A metaanalysis. *Psychotherapy Research*, 16, 566 -578. doi:10.1080/10503300600756402
- Del Barrio, V. (1999). Children depression in the last quarter of century. *Revista de Historia de la Psicología*, 20(2), 51-61.
- Del Barrio, V. (2007). *El niño deprimido*. Barcelona: Ariel.
- Endicott, J. y Spitzer, R. L. (1978). A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35(7), 873-843. doi: 10.1001/archpsyc.1978.01770310043002
- Endler, N. S. (1975). A person-situation interaction model for anxiety. En C. A. Spielberg y I. G. Sarason (Eds.), *Stress and Anxiety*. Washington, D.C.: Hemisphere Publishing.
- Gartstein, M. A., Bridgett, D. J., Rothbart, M. K., Robertson, C., Iddins, E., Ramsay, K. y Schlect, S. (2010). A latent growth examination of fear development in infancy: Contributions of maternal depression and the risk for toddler anxiety. *Developmental Psychology*, 46, 651-668.
- Hagborg, W. J. (1993). The Rosenberg Self-Esteem Scale and Harter's Self Perception Profile for Adolescents: A concurrent validity study. *Psychology in the Schools*, 30, 132-136. doi: 10.1002/1520-6807(199304)30:2%3C132::AID-PITS2310300205%3E3.0.CO;2-Z
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62. doi:10.1136/jnnp.23.1.56 PMID 14399272
- Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I. y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451. doi: 10.1157/13086324
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. y Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books
- Kovacs, M. y Beck, A. T. (1977). An empirical approach toward a definition of childhood depression. En J. G. Schulterbrandt (Ed.), *Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models*. New York: Raven Press.
- Kovacs, M. (2010). Prodromal symptoms and atypical affectivity as predictors of major depression in juveniles: Implications for prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 472-496. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02230.x
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J. M. Shleien (Ed.), *Research in Psychotherapy, III*. Washington: American Psychological Association. doi:10.1037/10546-004
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. En R. J. Friedman y M. M. Katz (Dirs.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-178). Nueva York: Wiley.
- Lewinsohn, P. M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (Dirs.), *Progress in behavior modification, vol. 1* (pp. 19-65). Nueva York: Academic Press. doi: 10.1016/B978-0-12-535601-5.50009-3
- Méndez, F. X., Rosa, A., 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.
- Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Vindel, A. (1986). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad-ISRA*. Madrid: TEA Ediciones.
- Moral de la Rubia, J. y Retamales-Rojas, R. (2000). Estudio de validación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en muestra española. *Revista Electrónica de Psicología*, 4, 445-450.
- Morris, C., Ciesla, J. A. y Garber, J. (2010). A prospective study of stress autonomy versus stress sensitization in adolescents at varied risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 341-354. doi: 10.1037/a0019036
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento; descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Pérez-Álvarez, M. y García-Montes, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.

- Richter, P., Werner, J., Bastine, R., Heerlein, A., Kick, H. y Sauer, H. (1997). Measuring treatment outcome by the Beck Depression Inventory. *Psychopathology*, 30, 234-240. doi: 10.1159/000285052
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Silber, E. y Tippet, J. (1965). Self-esteem: Clinical assessment and measurement validation. *Psychological Reports*, 16, 1017-1071. doi: 10.2466/pr0.1965.16.3c.1017
- Vallejo-Ruiloba, J. (2006). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Vázquez, A., Jiménez, R. y Vázquez-Morejon, R. (2004). Escala de Autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991, septiembre). *Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck*. Comunicación presentada en III Congreso de Evaluación Psicológica, Barcelona, España.