



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
UNIVERSIDAD DE CHILE

Programa de Doctorado en Psicoterapia

TESIS DOCTORAL

**Autorregulación como predictor de la mejoría de los síntomas depresivos en adolescentes
en tratamiento por depresión en centros de atención primaria**

Por

MARIANELA HOFFMANN SOTO

Director de tesis: María Graciela Rojas, M.D., Universidad de Chile

Co-Director: Mariane Krause, PhD, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Comité de tesis: María Pía Santelices, PhD, Pontificia Universidad Católica de Chile
Alvaro Carrasco, PhD.**

DICIEMBRE DE 2018

ÍNDICE

1	Resumen	p. 3
	1.1. Abstract	p. 4
2.	Introducción	p. 5
3.	Desarrollo	p. 8
	3.1.1. Antecedentes teóricos y empíricos del problema de investigación	p. 8
	3.1.2. Depresión en Adolescentes	p. 8
	3.1.3. Suicidalidad asociada a Depresión en Adolescentes	p. 11
	3.1.4. Temperamento y Autorregulación	p. 13
	3.1.5. Control Esforzado y Psicopatología Internalizante	p. 16
	3.1.6. Tratamiento de Depresión en Adolescentes	p. 19
	3.2. Objetivos	p. 22
	a) Objetivo General	p. 22
	b) Objetivos Específicos.	p. 22
	3.3. Hipótesis	p. 23
	3.4. Metodología	p. 24
	3.4.1. Diseño general de la investigación	p. 24
	3.4.2. Participantes	p. 24
	3.4.3. Procedimiento	p. 25
	3.4.4. Instrumentos de recolección de información	p. 27
	3.4.5. Procedimiento de análisis de datos	p. 30
	3.4.6. Resultados	p. 32
4.	Discusión	p. 69
5.	Referencias	p. 77
6.	Anexos	p. 85

1. RESUMEN

El episodio depresivo mayor (EDM) constituye un problema de salud pública de alta relevancia en todo el mundo, siendo reconocido como una enfermedad psiquiátrica grave con amplia morbilidad aguda y crónica, y a mortalidad (Birmaher & Brent, 2007). Además, tiene su primera aparición generalmente entre la adolescencia media y tardía, convirtiéndose este período en un momento crítico para estudiarlo. Aunque se sabe que el Control Esforzado (CE) se relaciona inversamente con la manifestación de EDM (Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010), aún son escasos los estudios que investigan rol del CE en la mejoría de los síntomas. En la presente investigación se estima la relación entre la habilidad de CE y el cambio en la sintomatología depresiva en adolescentes en tratamiento por depresión con psicoterapia más el tratamiento médico habitual según guía GES en centros de atención primaria de salud, en la comuna de Puente Alto de Santiago. La metodología empleada es cuantitativa con un diseño correlacional, longitudinal, donde se realiza una medición basal y dos seguimientos; en una muestra de 215 adolescente chilenos que presenta un EDM. Los participantes tienen entre 15 y 19 años ($M = 16,27$ años; $DS = 1,10$) (76,3% mujeres). Como resultado los adolescentes disminuyen en el tiempo la sintomatología depresiva ($F(2, 169) = 202,277, p < ,001$) y la suicidalidad ($F(2, 158) = 46,634, p < ,001$); y aumentan las habilidades de CE ($F(2, 149) = 21,790, p < ,001$). La dimensión Atención en la medición basal del CE explica el 21% de la varianza del cambio en el nivel de sintomatología depresiva ($F(3, 188) = 17,943, p < ,001$) y explica el 42% de la varianza del cambio de la severidad de la suicidalidad ($F(3, 183) = 45,973, p = 0,000$) en el primer seguimiento a los cuatro meses.

Palabras clave: Depresión adolescente, Suicidalidad, Control Esforzado

ABSTRACT

The major depressive episode (MDE) is a high relevance public health problem throughout the world, being recognized as a serious psychiatric disease with acute and chronic morbidity, and mortality (Birmaher & Brent, 2007). In addition, it has its first appearance generally between the middle and late adolescence, turning this period into a critical moment to study it. Although it is known that the Effortful Control (EC) is inversely related to the MDE manifestation (Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010), there are still few studies investigating the role of EC in the improvement of symptoms. In the present investigation, the relationship between the EC ability and adolescents change in depressive symptomatology in under treatment for depression with psychotherapy plus usual medical treatment according to the GES guide in primary health care centers in the district of Puente Alto, Santiago is estimated. The methodology used is quantitative with a correlational, longitudinal design, where a basal measurement is made and two follow-ups; in a sample of 215 Chilean adolescents presenting an MDE. The participants are between 15 and 19 years old ($M = 16.27$ years old, $SD = 1.10$) (76.3% women). As a result, adolescents decrease depressive symptomatology over time ($F(2, 169) = 202,277, p < .001$) and suicidality ($F(2, 158) = 46,634, p < .001$); and increase EC skills ($F(2, 149) = 21,790, p < .001$). The Attention dimension in the EC baseline measurement explains 21% of the change variance in the level of depressive symptomatology ($F(3, 188) = 17,943, p < .001$), and explains 42% of the variance of the change in the severity of suicidality ($F(3, 183) = 45.973, p = 0.000$) in the first follow-up at four months.

Keywords: Adolescent Depression, Suicidality, Effortful Control

2. INTRODUCCIÓN

Actualmente se sabe que hay un grupo de trastornos de salud mental que comienzan tempranamente en la vida, algunos en la infancia y otros típicamente en la adolescencia, como lo es la depresión, que tiene su primera aparición generalmente entre la adolescencia media y tardía, (~15 y 18 años), convirtiéndose este período de la vida en un momento crítico para el estudio de la vulnerabilidad a la depresión (Hankin et al., 1998).

En un afán de unificar contribuciones desde múltiples campos, incluyendo la biología y la ciencia del desarrollo, la disciplina psicopatología del desarrollo se ha dedicado al estudio de los orígenes y curso de los patrones individuales de desadaptación, en donde los mecanismos de regulación se han constituido en un modelo comprensivo, dado lo cual, las habilidades de autorregulación han recibido gran atención.

En las últimas dos décadas, el desarrollo de la autorregulación se ha constituido en una piedra angular para comprender las trayectorias del desarrollo normal y desviadas, y es considerada como una habilidad que puede exacerbar o amortiguar factores de riesgo (Cicchetti & Cohen, 2006) (rol moderador de la autorregulación). Para otros investigadores es considerada un mediador clave entre la predisposición genética, las experiencias tempranas, y el funcionamiento adulto (Fonagy & Target, 2002).

La autorregulación como constructo psicológico ha sido estudiada en el desarrollo infantil y juvenil desde diferentes marcos teóricos. Uno de ellos corresponde al utilizado en los estudios desde la neurociencia cognitiva, quienes estudian las habilidades de autorregulación a través del constructo “Función Ejecutiva”; por otro lado, los investigadores de temperamento, estudian esta habilidad a través del constructo “Control Esforzado”, propuesto desde la teoría psico-biológica del temperamento de Mary Rothbart (Zhou, Chen, & Main, 2012), en la cual la autorregulación (i.e., control esforzado) es un componente principal del temperamento.

La presente investigación aborda la habilidad de autorregulación desde el modelo del temperamento de Mary Rothbart, en el cual el control esforzado (CE) es considerado un constructo multidimensional, y es definido como la “habilidad de inhibir una respuesta dominante para activar una respuesta subdominante, para planear y para detectar errores” (Rothbart & Bates, 2006, p. 129).

En los últimos años se ha estudiado ampliamente la relación del CE con el desarrollo de psicopatología, encontrándose que el CE se relaciona inversamente con la manifestación de problemas internalizantes y externalizantes (Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010). Aunque se cuenta con esta evidencia, aún son escasos los estudios que investigan esta habilidad desde la implementación de tratamientos a estos problemas. En la presente investigación se aborda el rol de esta habilidad en la mejoría de trastornos afectivos, específicamente en relación con trastornos de depresión mayor en adolescentes usuarios de atención primaria.

Actualmente los trastornos depresivos constituyen un problema de salud pública de alta relevancia en todo el mundo, siendo reconocida la depresión como una enfermedad psiquiátrica grave que se asocia con amplia morbilidad aguda y crónica, y a mortalidad (Birmaher & Brent, 2007). Sin embargo, a pesar de la gravedad de esta enfermedad y de su alta prevalencia, la mayoría de los adolescentes deprimidos permanecen sin tratamiento (U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), 2009). Por lo tanto, profesionales clínicos y los equipos de investigación del área de la salud mental debieran invertir recursos para enfrentar esta situación. Investigar acerca de depresión adolescente y la implementación de tratamientos permite generar intervenciones adecuadas y oportunas, reduciendo así la morbilidad y mortalidad asociada a esta enfermedad, evitando su recurrencia y cronicidad.

Si bien la evidencia muestra que el CE actúa en las personas como un factor de vulnerabilidad cuando es bajo y como un factor protector cuando es alto, en general se ha revisado su rol en mayor medida en contextos de desventaja o adversidad. Una dirección fundamental para la investigación sería dilucidar los mecanismos por los cuales el CE exacerba o mitiga el impacto de la adversidad en el stress. A su vez los patrones individuales del temperamento y del CE se han investigado para identificar a niños y adolescentes en riesgo para el desarrollo de diferentes problemas psicopatológicos, sin embargo, hay escasa información acerca de cuánto las diferencias individuales en el CE, pudiesen influenciar en cómo adolescentes en riesgo reaccionan a las intervenciones clínicas (Klein, Dyson, Kujawa, & Kotov, 2012).

De acuerdo a lo planteado en esta propuesta, se propone como objetivo general determinar la relación entre la habilidad de CE y el cambio en la sintomatología depresiva en adolescentes en tratamiento por depresión con psicoterapia más el tratamiento médico habitual según guía GES en centros de atención primaria. Y específicamente se propone indagar el

poder predictivo del CE en la mejoría de los síntomas depresivos y mejoría de la suicidalidad en adolescentes en tratamiento en centros de atención primaria, hipotetizando que los adolescentes con alto CE podrían beneficiarse en mayor medida con el tratamiento. Un adolescente con depresión, pero con alta habilidad de CE pudiera ser más capaz de tomar ventaja de las estrategias de supervivencia (e.g., como la distracción o la reestructuración cognitiva) que un adolescente con niveles más bajos de este rasgo temperamental (Compas, Connor-Smith, & Jaser, 2004). Por el contrario, los adolescentes con problemas de CE pudieran necesitar – proporcionalmente – un mayor esfuerzo cognitivo dedicado a reducir la cantidad de factores de estrés ambiental o sus manifestaciones fisiológicas (Rettew & McKee, 2005), lo cual podría requerir énfasis terapéuticos diferentes.

El presente estudio longitudinal es parte del Fondecyt de Iniciación N°11121637 titulado “Efficacy of a computerized-assisted cognitive behavioral therapy for adolescent depression in primary care clinics in Santiago, Chile” de la Dra. Vania Martínez de la Universidad de Chile. La metodología del estudio es cuantitativa, con un diseño de tipo correlacional, en la cual se describen y analizan características en una población adolescente que presenta un episodio depresivo mayor y está en tratamiento en centros atención primaria.

A continuación, se exponen los antecedentes teóricos y empíricos que sustentan el presente proyecto de investigación. En primer lugar, se aborda la depresión en adolescentes y la suicidalidad asociada a la depresión. En segundo lugar, se desarrolla la teoría del temperamento de Mary Rothbart y su componente de autorregulación denominado control esforzado (CE). Luego se aborda el rol del CE en el desarrollo de sintomatología internalizante y depresión en niños y adolescentes; y por último el tratamiento de depresión en adolescentes.

3. DESARROLLO

3.1. Antecedentes teóricos y empíricos del problema de investigación

3.1.1. Depresión en Adolescentes

Los trastornos depresivos constituyen un problema de salud pública de alta relevancia en todo el mundo; específicamente en Chile ocupan el décimo lugar entre las principales causas de discapacidad en la población general (medido a través de los años de vida ajustados por discapacidad que incluye los años de vida perdidos por muerte prematura y los años perdidos por discapacidad [AVISA]) (MINSAL, 2006).

La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se caracteriza por una tristeza persistente, irritabilidad o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Otros síntomas pueden incluir el aislamiento social, el deterioro en el rendimiento escolar, ira, trastornos del sueño y del apetito, o dolor inespecífico.

El trastorno depresivo mayor (TDM) puede estar presente cuando estos síntomas se agrupan y persisten durante 2 semanas o más (USPSTF, 2009). Y de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5th ed.; *DSM-5*; American Psychiatric Association, 2013) la característica esencial de un TDM es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin tener historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.

Los trastornos depresivos se pueden clasificar según su intensidad como leves, moderados o severos. Tanto el sistema de clasificación diagnóstica *DSM-5* como el *CIE-10* valúan la gravedad de los episodios de acuerdo con el número, tipo e intensidad de los síntomas.

El Ministerio de Salud de Chile define depresión como:

Una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos 2 semanas. Con frecuencia tiende a manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios adquiriendo un curso recurrente, con tendencia a la recuperación entre episodios (MINSAL, 2013, p.12).

La prevalencia del trastorno depresivo mayor (TDM) entre los adolescentes de 13 a 18 años es de 5,6%, con una prevalencia mayor entre las mujeres que los hombres (5,9% vs 4,6%, respectivamente). La prevalencia puntual de la depresión actual en los adolescentes es del 6% (Costello, Erkanli, & Angold, 2006), y tanto en adolescentes como en adultos es dos veces más frecuente en mujeres que en varones (American Psychiatric Association, 2013). A su vez, la prevalencia de vida del TDM en los adolescentes puede ser de un 20% (Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1998), estando particularmente asociado con un mayor riesgo de recurrencia de depresión mayor en la adultez temprana (Williams, O'Connor, Eder, & Whitlock, 2009).

Específicamente en atención primaria en salud (APS) se ha registrado que la prevalencia puntual del TDM en los adolescentes se presenta en un rango que va del 9% al 21% (Williams et al., 2009).

Vicente et al. (2012) a través de criterios DSM-IV informaron que en Chile la prevalencia de TDM con impedimento, en los últimos doce meses en población infanto-juvenil (n = 1.558), es de 5,1%, siendo también más prevalente en mujeres (7%) que en hombres (3%). En particular, en adolescentes de 12 a 18 años la prevalencia de trastornos afectivos con impedimento es de 7% (6,9% de TDM y 0,1% de Distimia), i.e., un 6,9% del total de adolescentes chilenos presenta diagnóstico de TDM con un nivel de compromiso clínicamente significativo que requiere de una intervención especializada de salud mental.

La depresión es reconocida como una enfermedad psiquiátrica grave que se asocia con amplia morbilidad aguda y crónica, y a mortalidad (Birmaher & Brent, 2007). En cuanto a la morbilidad en niños y adolescentes, esta enfermedad se asocia a un deterioro sustancial durante y después de los episodios depresivos. Muchas de las personas que la padecen tienen dificultades en diversas áreas de sus vidas, específicamente en adolescentes se ha demostrado que presentan disminución del rendimiento escolar, pobre funcionamiento social, embarazo precoz, aumento de enfermedades físicas y abuso de sustancias (USPSTF, 2009; Van Voorhees et al., 2011). En la adultez temprana, se ha observado que presentan problemas en el funcionamiento familiar y laboral (Weissman, et al., 1999). Por último, los adolescentes deprimidos presentan más hospitalizaciones psiquiátricas y médicas que adolescentes sin esta condición (USPSTF, 2009).

Con relación a la mortalidad, el inicio del TDM en la adolescencia se asocia con un mayor riesgo de muerte por suicidio y de intentos de suicidio (Shaffer & Pfeffer, 2001), siendo

el primero la tercera causa principal de muerte entre los jóvenes entre 15 y 24 años y la sexta causa principal entre los de 5 a 14 años (Williams et al., 2009).

A pesar de la gravedad de esta enfermedad y de su alta prevalencia, la mayoría de los adolescentes deprimidos no están diagnosticados, permaneciendo sin tratamiento (USPSTF, 2009). La investigación muestra que sólo el 50% de los adolescentes con depresión se diagnostica antes de que lleguen a la adultez (Kessler, Avenevoli, & Ries Merikangas, 2001). Específicamente en APS, dos de tres jóvenes deprimidos no son identificados por sus médicos y no reciben ningún tipo de tratamiento (Zuckerbrot, Cheung, Jensen, Stein, & Laraque, 2007). Y aun estando diagnosticados por los médicos de APS, sólo la mitad de estos pacientes son tratados apropiadamente (Kessler, Avenevoli, & Ries Merikangas, 2001).

En la actualidad se sabe que existe una variedad de factores que contribuyen al desarrollo de un TDM en adolescentes, y en general la mayoría de los que desarrollan este trastorno, presentan múltiples factores de riesgo (USPSTF, 2009).

Los factores de riesgo que se pueden utilizar para identificar a los adolescentes que están en alto riesgo de depresión incluyen una historia personal y/o antecedentes familiares de: (1) depresión, (2) trastorno bipolar, (3) comportamientos relacionados con el suicidio, (4) abuso de sustancias (5) otras enfermedades psiquiátricas, y/o (6) estresores psicosociales importantes, tales como las crisis familiares, abuso sexual, negligencia física, y otras historias de trauma. Las investigaciones demuestran que los pacientes que presentan estos factores de riesgo son propensos a experimentar episodios de depresión en el futuro (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, Angold, 2003).

Los investigadores que se han centrado en la identificación de subgrupos de jóvenes con mayor riesgo de desarrollar un TDM han encontrado que los factores de riesgo pueden ser evaluados con relativa precisión y fiabilidad en los controles de salud, tales como: la depresión de los padres, tener algún problema de salud mental concomitante, tener una condición médica crónica, y el haber experimentado un importante acontecimiento vital negativo (USPSTF, 2009).

Se sugiere que los clínicos de APS evalúen sistemáticamente los adolescentes en alto riesgo de depresión durante las visitas de atención de salud. Esta evaluación sistemática debiera realizarse al menos una vez al año, pero a los adolescentes que son somatizadores frecuentes puede ser necesario evaluarlos más a menudo. A su vez, los pacientes que han

recibido tratamiento para la depresión o por tendencias suicidas en el pasado deben continuar siendo monitoreados (Zuckerbrot et al., 2007).

3.1.2. Suicidalidad asociada a Depresión en Adolescentes

Los intentos de suicidio y el suicidio consumado se encuentran entre las secuelas más importantes y devastadoras de la depresión (Birmaher & Brent, 2007), encontrándose que el 60% reporta haber pensado en el suicidio y el 30% en realidad realizó un intento de suicidio, aproximadamente, según la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), 2001). A su vez la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) reporta que las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial en los últimos 45 años. La incidencia de intentos de suicidio alcanza un máximo durante la adolescencia media, y la mortalidad por suicidio, aumenta de manera constante a través de los años en la etapa adolescente (Shaffer & Pfeffer, 2001), constituyéndose en la segunda causa de muerte entre los 10 y 24 años de edad en algunos países, por lo que se trataría del grupo de mayor riesgo en un tercio de los países (OMS, 2012).

La suicidalidad es entendida como un continuo que va desde la ideación y planificación suicida, el intento suicida, hasta llegar a la consecución del suicidio (Salvo & Melipillán, 2008). A continuación se describen los componentes de este continuo, utilizando como base los parámetros para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con conducta suicida de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente:

a) *Ideación Suicida*: Los pensamientos suicidas son comunes en niños y adolescentes de ambos sexos y se ha visto que los trastornos del estado de ánimo es uno de los cuadros que aumenta el riesgo de ideación suicida. Los adolescentes que presentan ideación suicida y que no realizan intentos se diferenciarían de los adolescentes que realizan intentos suicidas, en que estos últimos presentarían sentimientos de desesperanza más graves o duraderos, aislamiento, y la renuencia a hablar sobre los pensamientos suicidas (AACAP, 2001).

b) *Intento Suicida*: El trastorno depresivo mayor de temprana aparición aumenta el riesgo de intentos de suicidio en ambos sexos. Los intentos de suicidio serían más comunes en las niñas que en los varones (aproximadamente 1,6:1). Si bien los intentos de suicidio son

mucho menos comunes que las ideas suicidas, constituyen un motivo de consulta de proporción considerable en adolescentes que se refiere a los profesionales de salud mental. Se estima que cada año, aproximadamente 2 millones de adolescentes estadounidenses intentan suicidarse, y casi 700.000 reciben atención médica para su intento (AACAP, 2001). Después de haber hecho un intento previo de suicidio aumenta en gran medida el riesgo de cometer finalmente el suicidio, pero el efecto predictivo en las mujeres sería menor que en los hombres. Se ha visto que sólo la mitad de los que cometen suicidio han hecho un intento de suicidio conocido antes de su muerte, sin embargo, la información sobre los intentos anteriores tiende a ser incompleta, ya que muchos intentos no se comunican (AACAP, 2001).

c) *Suicidio*: Aproximadamente 2000 de los adolescentes estadounidenses se suicidan cada año. Los factores que predisponen al suicidio son muchos e incluyen los trastornos psiquiátricos preexistentes, factores biológicos, y factores psicosociales. Situaciones estresantes a menudo preceden a los suicidios adolescentes, incluyendo la pérdida de una relación amorosa, los problemas disciplinarios en la escuela o con la ley, problemas académico y/o las dificultades familiares (AACAP, 2001).

La investigación ha proporcionado algunos indicadores generales sobre los factores de riesgo para el suicidio adolescente que debieran ser consideradas por todos los clínicos, tales como trastornos del estado de ánimo, falta de comunicación entre padres e hijos, e intentos anteriores de suicidio son factores de riesgo para el suicidio en adolescentes hombres y mujeres, a pesar de un intento previo de suicidio es más predictivo en los hombres. El abuso de sustancias y/o alcohol aumenta significativamente el riesgo de suicidio en los adolescentes mayores de 16 años. Por último, la patología de la familia y una historia de comportamiento suicida familiar también pueden aumentar el riesgo y deben ser investigados (AACAP, 2001).

Las habilidades de autorregulación han asumido un papel central en el campo de la psicopatología del desarrollo, proveyendo un marco conceptual comprensivo de la adaptación y desajuste de las personas. Para explicar la relación entre las habilidades de autorregulación y el desarrollo de depresión en adolescentes se expone a continuación la teoría de temperamento de Rothbart y su componente regulatorio: el CE. Y luego se desarrolla su relación con los problemas internalizantes, específicamente la depresión y la suicidalidad.

3.1.3. Temperamento y Autorregulación

La autorregulación ha sido considerada en los últimos años un concepto central del desarrollo psicológico y en el estudio de la psicopatología (Rothbart & Rueda, 2005), siendo esta habilidad un aspecto fundamental del temperamento.

La autorregulación es definida como la capacidad de los individuos para modificar su conducta de acuerdo con las demandas de situaciones específicas, ya sean estas demandas cognitivas, emocionales y/o sociales; se trata de un mecanismo de ajuste psicológico y de adaptación al medio social, sensible desde el inicio de su desarrollo a las influencias ambientales (Rothbart & Derryberry, 1981; Rothbart, 2011).

Rothbart y Derryberry (1981) en la formulación de su teoría del temperamento, proponen que la reactividad y la regulación de esta reactividad son los dos componentes principales del temperamento. Siendo definido como las diferencias individuales en la reactividad y en la regulación de los afectos, la actividad y la atención, con una base constitucional (Rothbart & Bates, 2006).

Al hablar de la base constitucional hacen referencia a la influencia biológica en el individuo, ya que estaría influenciado por la herencia. A su vez el temperamento es influenciado por la maduración y la experiencia con el medio ambiente. Por lo tanto, se enfatiza desde el primer artículo de temperamento de Rothbart (1981), la importancia de considerarlo como un proceso de desarrollo y no como un atributo estático, como era considerado hasta ese entonces (Putnam & Stifter, 2008).

En cuanto a la reactividad, aluden a la excitabilidad, responsividad o el arousal del comportamiento y fisiología del individuo (Rothbart & Derryberry, 1981; Rothbart, 2011), lo cual se puede observar en las tendencias generales de las personas a la reactividad negativa o a la propensión al stress, y también en las reacciones más específicas, tales como la tendencia al miedo o a la ira; y los aspectos fisiológicos de estas reacciones, como el ritmo cardiaco o la respuesta galvánica de la piel. Por lo tanto, la reactividad se entenderá como la facilidad con la que nuestras emociones, atención y actividad motora emergen. Incluye la tendencia a acercarnos, alejarnos o luchar contra estímulos nuevos y desafiantes y puede ser medida por la rapidez de reacción ante un estímulo (latencia), la intensidad de la reacción, su duración, y la capacidad de recuperación de la reacción al estímulo. Por ejemplo, ¿qué tan rápido nos

enojamos? ¿cuán intensa es nuestra reacción? ¿cuánto tiempo nos demoramos en calmarnos y recuperarnos de la reacción de rabia? (Rothbart, 2011).

El CE se refiere al funcionamiento neuronal y comportamental de los procesos para modular la reactividad recién descrita (Rothbart & Derryberry, 1981), es decir, sirve para actuar sobre las tendencias reactivas incrementándolas o conteniéndolas.

Mary Rothbart fue la primera en usar el término CE en un capítulo acerca el temperamento en el año 1989, para describir niveles de control que emergen en el desarrollo infantil (Eisenberg, Smith, Sadovsky, & Spinrad, 2004). Tal vez, el aspecto más influyente de su perspectiva es su investigación acerca este componente regulatorio del temperamento, diferenciándose de las teorías anteriores que habían hecho énfasis en los aspectos más reactivos de éste. Si bien la autorregulación había sido durante mucho tiempo un concepto fundamental en la psicología del desarrollo (por ejemplo, Kopp, 1982), Rothbart fue una de las primeras en vincular explícitamente estas habilidades con el temperamento, constituyéndose en un concepto central de su teoría (Putnam & Stifter, 2008).

El CE es definido como la habilidad para inhibir una respuesta dominante (e.g., inhibir pensamiento rumiativo), activar una respuesta subdominante (e.g., concentrarse para hacer una tarea), para comprometerse en una planeación (e.g., lograr tener promedio de notas acorde a la carrera que quiero estudiar en la universidad) y detectar errores en el entorno (Rothbart & Bates, 2006).

En esta habilidad para inhibir respuestas se observan diferencias individuales tanto en el sistema atencional, como en el sistema de inhibición y aproximación comportamental. Los sistemas atencionales incluyen la capacidad para mantener la atención sobre una tarea y cambiar el foco atencional desde una tarea a otra. Este cambio atencional supone un control atencional voluntario. Los aspectos inhibitorios permiten suprimir una respuesta inapropiada o inhibir aproximaciones inmediatas con el objetivo de obtener recompensas mayores posteriormente (i.e., control inhibitorio), y los aproximatorios/excitatorios, mantener una respuesta no dominante, como iniciar y llevar adelante una acción que no se desea (i.e., control activacional).

El CE puede servir para incrementar o restringir el inicio, intensidad o duración de una reacción temperamental, por ejemplo, nos otorga la capacidad de acercarnos a los estímulos que tememos, y evitar las acciones que encontraríamos reforzantes. En este sentido, puede ser

usado para modular la experiencia emocional y la evidente expresión conductual de la emoción (Eisenberg, Hofer, & Vaughan, 2007).

La capacidad de utilizar los procesos atencionales para regular el arousal emocional, la motivación y el comportamiento juega un papel clave en la regulación de las emociones, por esto, el CE se conceptualiza como un componente crítico de la regulación emocional (Eisenberg, Smith, Sadovsky, & Spinrad, 2004). Sin embargo, no solo regula las emociones, sino que también puede ser usado para regular comportamientos no emocionales (Eisenberg et al., 2007), como el poder cumplir con una planificación de actividades o una tarea cognitiva de forma eficiente. El CE permite a las personas inhibir acciones inmediatas, buscar acciones y oportunidades apropiadas, resistir a las distracciones, detectar y corregir errores, superar obstáculos y continuar trabajando hasta que el objetivo es alcanzado (Rothbart & Rueda, 2005). Un aspecto notable del CE es la habilidad para persistir en la tarea, siendo un predictor de competencia académica, como el comportamiento en sala de clases y el nivel académico (Bramlett, Scott, & Rowell, 2000).

El funcionamiento del CE se puede observar cuando alguien prefiere no hacer algo de una forma, pero aun así lo realiza para poder adaptarse al contexto, o para lograr una meta. Por ejemplo, si un adolescente tiene que hacer una tarea para el colegio en la tarde en la casa, pero quiere salir a juntarse con sus amigos. Para poder cumplir con la exigencia del colegio tiene que inhibir momentáneamente su deseo de salir, focalizar su atención en la tarea, y activar la conducta de escribir o realizar la tarea escolar. Entonces logra cumplir la meta, que es responder al deber escolar, postergando la gratificación de su deseo de juntarse con los amigos.

Así, la capacidad de inhibir esforzadamente un comportamiento preponderante o respuesta emocional, o la capacidad para realizar una respuesta modulada o diferente, es requerida en muchos procesos del desarrollo, como en la expresión de emociones y la socialización (Kochanska et al., 2000).

El desarrollo del CE se produce a través de un interjuego entre aspectos biológicos y factores ambientales. Entre los aspectos biológicos se ha visto que los procesos atencionales se encuentran al servicio del CE, por lo cual diversas redes atencionales contribuyen al desarrollo de las habilidades regulatorias (Posner & Rothbart, 1998). Tal como los sistemas emocionales, las redes de atención del cerebro humano son el resultado de la evolución, y estas nos

permiten acceder a un amplio rango de información, a seleccionar conscientemente en qué información enfocarnos, y dependiendo de nuestros objetivos controlar nuestras propias conductas, pensamientos y emociones (Posner & Rothbart, 2007a; Rothbart, 2011).

Entre los factores ambientales se ha reconocido el rol de los cuidadores principales como un factor de crucial importancia el desarrollo de esta habilidad (Ruff & Rothbart, 1996), específicamente las interacciones viculares tempranas (Fonagy & Target, 2002). También se ha visto que los ingresos familiares, la educación de los padres, el vecindario, eventos negativos de la vida, conflictos familiares, depresión materna y calidad de la parentalidad influyen en el desarrollo del CE, especialmente en la edad preescolar (Lengua, Honorado, & Bush, 2007), etapa que se ha reconocido como el momento del ciclo vital en que se produce mayor desarrollo del CE (Rothbart & Rueda, 2005).

La influencia del constructo CE y su relación con la psicopatología ha sido evidente y creciente. Putman y Stifter (2008) señalaron que de una búsqueda realizada en PsycInfo usando la palabra "temperamento" y "CE" se identificaron diez publicaciones entre el año 1989 y el 2000, quince entre el 2001 y 2003, y cuarenta y cinco entre los años 2004 y 2006. Entre éstas, las investigaciones de temperamento y psicopatología han evidenciado que los niños y adolescentes más vulnerables a presentar sintomatología internalizante se caracterizan por tener escasas habilidades de CE (Muris & Ollendick, 2005), por lo que a continuación se abordarán los antecedentes teórico-empíricos acerca la relación entre CE y sintomatología internalizante, entre CE y depresión y suicidalidad.

3.1.4. Control Esforzado y Psicopatología Internalizante

La manifestación de psicopatología internalizante y externalizante en niños y adolescentes se ha asociado a presentar bajo desarrollo de habilidades de CE (Muris & Ollendick, 2005; Rothbart, 2011). Específicamente, en relación a la psicopatología internalizante se ha observado que el CE se asocia inversamente con problemas internalizantes concurrentes y posteriores en el desarrollo, tanto en muestras normativas como en muestras de riesgo (Eisenberg, Spinrad & Eggum, 2010). Por ejemplo, Muris, Meesters y Blijlevens (2007) muestran que la emocionalidad negativa en niños y adolescentes no consultantes de 9 a 13

años se asocia en forma positiva con sintomatología internalizante, mientras que el CE se relaciona en forma inversa con esta sintomatología.

Además, se presenta una relación específica entre un mayor nivel de temerosidad y un bajo control atencional con la sintomatología internalizante. Por lo tanto, la vulnerabilidad a la psicopatología internalizante se caracterizaría por una combinación de altos niveles de emocionalidad negativa – entendida como la inestabilidad psicológica y propensión a experimentar sentimientos de ira, ansiedad y tristeza – y bajos niveles de CE (Calkins & Fox, 2002; Lonigan & Phillips, 2001; Oldehinkel, Hartman, Ferdinand, Verhulst, & Ormel, 2007). Presentar altos niveles de emocionalidad negativa harían que los adolescentes sean más propensos a desarrollar trastornos psicológicos, sin embargo, el impacto negativo de esta reactividad emocional podría ser amortiguado por las habilidades de CE, constituyéndose así en un factor protector en el desarrollo (Muris & Ollendick, 2005). En esta línea, un acontecimiento vital estresante provocará emociones negativas en los adolescentes y en particular en aquellos que se caracterizan por altos niveles de reactividad emocional. Sin embargo, los adolescentes que presenten bajos niveles de CE tendrían mayor dificultad para hacer frente a estos sentimientos negativos y podrían reaccionar con sintomatología depresiva (Muris & Ollendick, 2005). Por el contrario, los adolescentes con altos niveles de CE tendrían mayor capacidad para regular sus estados emocionales mediante el empleo de estrategias más flexibles y eficaces para hacerles frente (Lengua & Long, 2002; Salmon & Pereira, 2002), por ejemplo, mediante la implementación de su atención (Shoda, Mischel, & Peake, 1990), y de esta manera reducir la probabilidad de presentar síntomas depresivos. En esta línea de investigación, Buckner et al. (2009) reportaron que niños y adolescentes entre 8 y 18 años de edad pertenecientes a familias de bajos ingresos que presentaban altos niveles de autorregulación concurrentemente presentaban menos síntomas depresivos.

Los trastornos depresivos involucran dificultades en el control de la atención, cognición y emoción. Y están asociados con tendencias atencionales hacia estímulos negativos (Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010). En este sentido el promover un adecuado control atencional puede reducir la tendencia hacia estímulos negativos en adolescentes con tendencia a afectividad negativa (Derryberry & Rothbart, 1997) y podría facilitar el cambio del foco atencional de pensamientos negativos hacia pensamientos neutros o positivos.

En esta línea, Derryberry y Reed (2002) realizaron un estudio de CE en adultos con sintomatología ansiosa y su objetivo fue examinar la contribución de las diferencias individuales en el control atencional. En este estudio ellos predijeron que una adecuada capacidad de control atencional permitiría a los individuos ansiosos constreñir su propensión a los estímulos amenazantes. Si bien están ansiosos, aquellos con un control atencional adecuado pueden desconectarse mejor de la amenaza y conectarse con señales de seguridad, permitiéndoles mantenerse y aprender de la situación estresante (“ansiosos buenos”). En contraste, personas ansiosas con bajo control atencional, pueden abrumarse con la amenaza y pueden terminar teniendo que confiar en formas más drásticas de evitación, como escapar o la evitación pasiva de la situación, como no acercarse (“ansiosos no buenos”). Estos investigadores observaron un patrón general en sus pruebas de inhibición de respuesta, en las cuales los “ansiosos buenos” fueron más capaces que los “ansiosos no buenos” en inhibir códigos dominantes de respuesta. Y concluyen que el procesamiento de la información de las personas ansiosas (magnitud y curso de tiempo) dependen de las capacidades de CE (Derryberry y Reed, 2002).

Los individuos ansiosos con poco control atencional serían más vulnerables a desarrollar trastornos clínicos. Las dificultades para desconectarse de la amenaza limitarían el uso de información de seguridad y así la aptitud para hacer frente. Al mismo tiempo, la desconexión atrasada promueve una atención prolongada en los estímulos amenazantes, que a su vez amplifican la amenaza y aumentan la probabilidad de formas de pensamiento que son meditabundas o catastróficas (Derryberry & Reed, 1997). Si bien este estudio refiere a la ansiedad, da cuenta de la vulnerabilidad de las personas con bajo control atencional para poder desenfocarse de estímulos negativos en condiciones vitales adversas, característica que también está presente en personas con tendencia a la emocionalidad negativa que presentan depresión.

El control inhibitorio podría estar menos relacionado con la depresión de lo que están los otros dos componentes del CE (control de la atención y control activacional), particularmente cuando es evaluado como inhibiciones de conductas motrices. No obstante, los adolescentes con depresión podrían tener dificultades para inhibir pensamientos, por ejemplo la rumiación (Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010).

En síntesis, las habilidades de CE pueden permitir comportamientos más flexibles y adaptativos cuando las personas se ven enfrentadas a situaciones desafiantes y de este modo prevenir el desarrollo de síntomas depresivos, especialmente en personas con propensión a emociones negativas (Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010).

3.1.5. Tratamiento de Depresión en Adolescentes

Conociendo la alta prevalencia de la depresión en adolescentes en el mundo y en Chile específicamente, cobra vital importancia conocer cómo se puede tratar esta enfermedad tan devastadora de la experiencia humana. Al realizar una revisión de la literatura nos encontramos que existen guías oficiales de diferentes países, las cuales se basan en investigaciones con un estándar de calidad inicialmente establecido, y donde principalmente se privilegian los ensayos clínicos controlados (ECC) de diferentes países.

En la revisión sistemática realizada por Williams y colaboradores (2009) acerca el screening y tratamiento de depresión, y sus daños asociados en niños y adolescentes en contexto de atención primaria, identificaron los ECC que informan los resultados de salud de niños y adolescentes con TDM tratados con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), psicoterapia, o ambos. Los ensayos revisados evaluaron la eficacia a corto plazo de cinco ISRS (fluoxetina, citalopram, paroxetina, escitalopram, sertralina), comparado con placebo, 10 diferentes psicoterapias individuales o grupales comparado con condiciones de control, y una terapia combinada de psicoterapia cognitiva-conductual más ISRS. La mayoría de los ensayos de ISRS incluyó en sus muestras a niños desde los 8 años. En los ensayos que evaluaron las intervenciones de psicoterapia la mayoría incluyen adolescentes desde los 12 años de edad, sólo dos ensayos de psicoterapia incluyeron a niños desde los 9 años (Williams et al., 2009).

Los resultados de los ensayos incluyeron la respuesta al tratamiento (que se define de manera diferente entre los estudios) y resultados adicionales que incluyen información del funcionamiento global. Los resultados de depresión fueron reportados después de 8 a 12 semanas de tratamiento con ISRS y de 4 a 16 semanas de psicoterapia (Williams et al., 2009).

En relación a los ECC de psicoterapia, éstos revelaron que los pacientes tratados tenían tasas más altas de respuesta y de remisión, o también una mayor reducción de los síntomas de

TDM después de la intervención, en comparación con un grupo control. Por lo tanto, se demuestra que los diferentes tipos de psicoterapia son eficaces en los adolescentes, incluyendo terapias cognitivo-conductuales grupales (con y sin los padres) e individuales, terapias interpersonales, y una terapia familiar basada en el apego (Williams et al., 2009).

En un estudio publicado el año 2004, el grupo que recibió la terapia combinada de fluoxetina y terapia individual cognitivo-conductual demostró una tasa de respuesta del 71% frente a una respuesta de 35% en los adolescentes que tomaban placebo y recibían monitoreo clínico semanal. Casi 3 de cada 4 pacientes respondieron a la terapia combinada, en comparación con 1 de cada 3 que respondieron en el grupo placebo (March et al., 2004).

De acuerdo a estos estudios, USPSTF (2009) concluye que los ISRS son eficaces en los tratamientos de adolescentes de 12 a 18 años deprimidos, sin embargo, su indicación debe ir acompañada de un monitoreo constante por el clínico debido a los riesgos de suicidio. Además, concluye que existe una variedad de psicoterapias que son eficaces en adolescentes, incluyendo la terapia individual y grupal cognitiva-conductual, la terapia interpersonal y terapias combinadas de ISRS y psicoterapia, todo lo cual se traduce en la disminución de los síntomas.

Entre los adolescentes que presentan depresión se ha visto que es común que presenten suicidalidad. En los estudios de suicidio consumado, más del 50% de las víctimas tenía un diagnóstico de depresión (Shaffer et al., 1996). Por lo tanto, los clínicos que tratan este trastorno deben además trabajar con un plan de seguridad y de emergencia para manejar el incremento de tendencias suicidas o crisis agudas. A continuación se exponen algunos lineamientos del plan de seguridad que proponen la guía para la evaluación, diagnóstico y tratamiento inicial y la guía de tratamiento y seguimiento de la depresión en adolescentes en atención primaria, para jóvenes de 10 a 21 años de Estados Unidos y Canadá (Guía para la depresión adolescente en Atención Primaria (GLAD-PC) I y II) (Zuckerbrot et al., 2007; Cheung et al., 2007).

La planificación de seguridad con los pacientes adolescentes deprimidos suicidas, o potencialmente suicidas, por lo general consiste en instruir a la familia para eliminar los medios letales y controlar los factores de riesgo para el suicidio (e.g., eliminar medicamentos letales y armas de fuego que existan disponibles, advertir al paciente de los efectos desinhibidores de drogas y alcohol). También se plantea fomentar la participación del

adolescente potencialmente suicida en su tratamiento, ofrecer a los adolescentes contactos de emergencia en caso de encontrarse con un aumento de las tendencias suicidas, y además el establecimiento claro de seguimiento en un plazo razonable de tiempo (AACAP, 2001; Zuckerbrot et al., 2007).

Este plan debiera ser desarrollado con los adolescentes y con sus familiares y debiera incluir una lista de personas y servicios para que el adolescente pueda contactar en caso de crisis aguda o incremento de sus tendencias suicidas. Se plantea además que el establecimiento de este plan es especialmente importante durante el período de diagnóstico y tratamiento inicial de la depresión (Zuckerbrot et al., 2007). En síntesis, estas guías plantean que después de la evaluación de un paciente adolescente deprimido acerca su suicidalidad, el clínico debiera obtener información de un tercero, evaluar que tenga supervisión adulta adecuada y que haya apoyo disponible.

En Chile se cuenta con la Guía Clínica AUGÉ para depresión en personas de 15 años y más. En esta guía del Ministerio de Salud se detalla el manejo de la persona con depresión según la intensidad del episodio depresivo, adoptando los criterios de clasificación diagnóstica contenidos en la Décima Versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Para el CIE-10, la gravedad de los episodios (leves, moderados, graves) estará dado por el número, tipo e intensidad de los síntomas, así como el deterioro funcional (MINSAL, 2013).

El tratamiento de la persona con depresión leve incluye consejería, intervención psicosocial grupal, indicación de realizar actividad física y una guía de autocuidado. Para las personas con depresión moderada se incluyen las mismas indicaciones agregando farmacoterapia con ISRS. Y por último, el tratamiento para personas con depresión grave se consideran los mismas indicaciones que a las personas con depresión moderada adicionando psicoterapia (MINSAL, 2013).

En la Guía Clínica a su vez se enfatiza la importancia de evaluar el riesgo suicida en todo paciente con depresión de forma periódica, ya que el identificar este riesgo oportunamente es considerado como una de las medidas más importantes para la prevención (MINSAL, 2013). También se señala que los equipos de salud pueden utilizar la escala de suicidalidad de Okasha (Okasha, Lataif, & Sadeck, 1981), la cual está validada en Chile (Salvo, Melipillán, & Castro, 2009) para detectar riesgo suicida en adolescentes, y que se utiliza en el presente estudio.

3.2. Objetivos

3.2.1 Objetivo General:

Estimar la relación entre la habilidad de control esforzado y el cambio en la sintomatología depresiva en adolescentes en tratamiento por depresión con psicoterapia más el tratamiento médico habitual según guía GES en centros de atención primaria.

3.2.2 Objetivos Específicos:

- I. Caracterizar la habilidad de CE (control atencional, control inhibitorio, y control activacional) en adolescentes usuarios de centros de atención primaria que presentan depresión según nivel de severidad de los síntomas depresivos y según severidad de la suicidalidad.
- II. Describir la evolución de la sintomatología depresiva y de la suicidalidad en adolescentes deprimidos que asisten a tratamiento en centros atención primaria.
- III. Describir la evolución del CE (control atencional, control inhibitorio, y control activacional), en adolescentes deprimidos que asisten a tratamiento en centros atención primaria.
- IV. Estimar el poder predictivo del CE (control atencional, control inhibitorio, y control activacional) basal en el cambio de sintomatología depresiva y la severidad de la suicidalidad, a los cuatro y seis meses del inicio de tratamiento de adolescentes deprimidos que asisten a centros atención primaria.

3.3. Hipótesis

- I. Los adolescentes usuarios de centros de atención primaria con diagnóstico de depresión con mayor severidad de los síntomas depresivos y mayor severidad de suicidalidad, presentan menores niveles en su capacidad de CE previo al tratamiento.
- II. Los adolescentes con depresión que asisten a tratamiento en centros atención primaria disminuyen su sintomatología depresiva y la severidad de la suicidalidad a los cuatro y seis meses después de la evaluación basal, manteniendo sus niveles de CE basales.
- III. Los adolescentes caracterizados por elevados niveles de CE (control atencional, control inhibitorio, control activacional) pretratamiento, presentarán menores niveles de sintomatología depresiva y de suicidalidad a los cuatro y seis meses después de la evaluación basal, respecto a los adolescentes que presentaban bajos niveles de CE.

3.4. Metodología

3.4.1 Diseño general de la investigación:

En la presente investigación se emplea metodología cuantitativa, con un diseño de tipo correlacional, longitudinal; en el cual se describen y analizan características en una población adolescente (15 a 19 años) que presenta un episodio depresivo mayor y asiste a tratamiento en APS. Se estudian relaciones entre distintas variables de CE (Atención, Control Inhibitorio y Control Activacional) y la presencia de sintomatología depresiva y suicidalidad.

Es importante mencionar que el presente estudio forma parte del FONDECYT N°11121637 titulado “Efficacy of a computerized-assisted cognitive behavioral therapy for adolescent depression in primary care clinics in Santiago, Chile,” en el cual se realizó un ensayo clínico controlado aleatorizado (ECCA) de dos brazos. Este ECCA consiste en un estudio experimental prospectivo, en el cual los pacientes adolescentes con diagnóstico de depresión son asignados al azar a uno de los dos brazos del estudio: el brazo de intervención o el brazo de control (Martínez, 2012). Sin embargo, para cumplimiento de los objetivos de la presente tesis la muestra se empleó como un solo grupo de adolescentes usuarios de centros de atención primaria que presentan depresión.

3.4.2. Participantes:

La población del estudio está conformada por adolescentes de 15 a 19 años, que consultan a uno de los cuatro consultorios de atención primaria escogidos por el estudio en la comuna de Puente Alto de Santiago [Centro de Salud Familiar (CESFAM) Bernardo Leighton, CESFAM Padre Manuel Villaseca, CESFAM San Gerónimo y Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez].

Como criterio de inclusión los adolescentes tienen que puntuar 10 o más puntos en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-I) (Beck, Steer, & Carbin, 1988). Cumpliendo este requisito son incluidos en la evaluación basal para evaluar los criterios de inclusión y exclusión. Como criterio de inclusión, los adolescentes deben cumplir los criterios de un trastorno depresivo acorde a la entrevista K-SADS-PL (Kaufman et al., 1997). Los criterios de exclusión de la muestra son: presentar un trastorno bipolar, psicosis, abuso de sustancias, presentar alto riesgo suicida que requiera que el paciente sea dirigido a hospitalización, tener

discapacidad cognitiva y, por último, encontrarse en psicoterapia y/o en tratamiento farmacológico con antidepresivos en el momento de realizar la evaluación.

La investigación se conformó por una muestra de 215 participantes, que consultan a uno de los cuatro consultorios de atención primaria de la comuna de Puente Alto de Santiago que se especifican a continuación: 35,8% del Centro de Salud Familiar (CESFAM) San Gerónimo, 29,8% del Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez, 26,5% del CESFAM Bernardo Leighton, y 7,9% de los adolescentes del CESFAM Padre Villaseca.

Todos los participantes son de nacionalidad chilena, de los cuales 23,7% son hombres y 76,3% son mujeres. Los adolescentes tienen en promedio $M = 16,27$ años ($DS = 1,10$). En términos de porcentaje, del total de los participantes el 29,8% de la muestra tiene 15 años, un 30,2% tiene 16, un 27,4% tiene 17 años, el 8,4% tiene 18 años y el 4,2% de la muestra tiene 19 años. Respecto de la escolaridad de los participantes, el 7,7% de los adolescentes tiene rendido como último curso entre los niveles de quinto y séptimo básico (1,4% quinto básico; 2,4% sexto básico; 3,8% séptimo básico), 73,6% de los adolescentes tiene rendido como último curso entre octavo básico y segundo medio (22% octavo básico; 28,2% primero medio; 23,4% segundo medio). Por último 16,7% de los participantes tiene rendido como último curso tercero medio y un 1,9% tiene rendido cuarto medio.

En cuanto a los antecedentes de salud mental de la muestra, se observa que el 22,8% de los adolescentes ha recibido atención previa en salud mental. Respecto a los antecedentes psiquiátricos de familiares de primer grado se observa que el 19,1% de los adolescentes tiene antecedentes de familiares de depresión, 2,3% tiene antecedentes de trastorno afectivo bipolar, 2,8% antecedentes de consumo de sustancias, 2,3% antecedentes de suicidio, 1,9% de la muestra tiene antecedentes de esquizofrenia y un 5,1% de los adolescentes tiene antecedentes de otros problemas de salud mental.

3.4.3. Procedimiento:

En un primer momento, se seleccionaron cuatro centros de atención primaria de la comuna de Puente Alto de Santiago, ya que es la comuna con mayor población de todo el país, en donde el 81,64% de la población cuenta con sistema previsional público, de acuerdo con la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo

Social 2003-2009 (Reportes Estadísticos Comunales, 2012). En estos cuatro centros se difundió la investigación a realizar entre los profesionales que trabajan.

La participación de los adolescentes es voluntaria, previa información de los objetivos y procedimientos del estudio a ellos y a sus padres o cuidador principal, en el caso de ser menor de 18 años. Para ello se solicita a los adolescentes firmar un asentimiento y a los padres un consentimiento informado, y para los adolescentes de 18 años y más años, se les solicita a ellos mismos la firma del consentimiento informado. Luego de esto se procede a la aplicación del Inventario de Depresión de Beck. Los adolescentes que puntúan con 10 o más puntos son invitados a la evaluación basal del estudio, donde son evaluados los criterios de inclusión y exclusión a la muestra. Los adolescentes que cumplieron con los criterios establecidos son parte del estudio siendo aleatorizados a uno de los dos grupos (grupo de intervención o grupo control), y son atendidos en los respectivos centros de atención primaria para tratamiento de episodio depresivo mayor. El manejo clínico de los pacientes se realiza de acuerdo con el algoritmo de decisión basado en la Guía Clínica AUGE para depresión en personas de 15 años y más (MINSAL, 2013).

Las evaluaciones se llevan a cabo en la línea basal, cuatro meses después de la evaluación basal y seis meses después de la evaluación inicial. A continuación, se describen las evaluaciones:

- Evaluación basal: A través de la entrevista diagnóstica semi-estructurada K-SADS-PL se evaluó la presencia de trastorno depresivo actual, psicosis, trastorno bipolar, y la dependencia al alcohol y sustancias psicoactivas. El KSADS-PL (Kaufman et al., 1997) es una entrevista diseñada para evaluar el episodio actual y pasado de la psicopatología en niños y adolescentes. El K-SADS-PL es administrado por un entrevistador entrenado a uno de los padres y al adolescente. Considerando ambas fuentes de información se logran índices globales. En la presente investigación se utiliza una versión mexicana que había sido utilizada anteriormente en Chile (Ulloa et al., 2006).

Los síntomas depresivos se evaluaron con el BDI-I (Beck, Steer, & Carbin, 1988). La suicidalidad con la Escala de Suicidalidad de Okasha adaptado a Chile (Salvo, Melipillán, & Castro, 2009). Las habilidades de autorregulación se evaluaron a través de la dimensión denominada Control Esforzado del Cuestionario de Temperamento para Adolescentes

desarrollado originalmente por Ellis & Rothbart (2001) y adaptado a Chile (Hoffmann, Pérez, García, Rojas & Martínez, 2017).

- Seguimiento de las evaluaciones: Expertos independientes evaluaron ciegamente a todos los participantes a los cuatro y seis meses después de la evaluación de línea de base para evaluar nuevamente las medidas de síntomas depresivos, suicidalidad y CE.

3.4.4. Instrumentos de recolección de información:

i. Entrevista K-SADS-PL versión en español (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime versión): Entrevista diagnóstica semi-estructurada diseñada para recolectar información proporcionada por el adolescente, sus padres y otras fuentes de información, como profesores, abuelos, etc. Incluye diagnóstico del eje I de acuerdo con el DSM-III-R y DSM-IV, y estos diagnósticos se pueden codificar como definitivos, probables (se cumple el 75% de los criterios diagnósticos de un padecimiento y hay deterioro funcional) o ausentes (Kaufman et al., 1997). La entrevista se compone de tres secciones: entrevista introductoria, entrevista diagnóstica de sondeo y suplementos diagnósticos (trastornos afectivos, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, abuso de sustancias y otros trastornos). Cuando resulta definitivo al menos uno de los síntomas principales evaluados en el sondeo, se aplican los suplementos para los diferentes diagnósticos. El mismo entrevistador evalúa al adolescente y a uno de los padres, entrevistando primero al adolescente, y a partir de los datos obtenidos de ambos informantes establece el mejor estimado clínico para cada síntoma presente y pasado (Kaufman et al., 1997).

Esta entrevista fue sometida al proceso de traducción y re-traducción por un equipo de investigadores en México, quienes realizaron un estudio de fiabilidad inter-evaluador de la versión en español de la entrevista K-SADS-PL. Los investigadores encontraron que la fiabilidad fue buena (valor del coeficiente k entre 0,59 y 0,74) o excelente (coeficiente k igual o mayor de 0,75) para la mayor parte de los diagnósticos analizados (Ulloa et al., 2006).

ii. Cuestionario de Temperamento para Adolescentes: “Early Adolescent Temperament Questionnaire-Revised Scale” (EATQ-R): Ellis & Rothbart (2001) desarrollaron y validaron el instrumento denominado Early Adolescent Temperament Questionnaire-Revised Scale, el cual corresponde a una versión revisada del cuestionario que Capaldi & Rothbart (1992) (Early Adolescent Temperament Questionnaire, EATQ). Este instrumento busca medir aspectos del temperamento relacionados con la autorregulación en adolescentes de 9 a 16 años, a través de la adaptación de escalas usadas con niños y adultos (Ellis & Rothbart, 2001).

Se trata de un cuestionario de auto-reporte que está conformado por 103 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta cada uno: (1) casi siempre falsa de ti; (2) generalmente falsa de ti; (3) algunas veces falsa, otras veces cierta; (4) generalmente cierta de ti; (5) casi siempre cierta de ti. Los 103 ítems que conforman el cuestionario se dividen en 4 factores relacionados compuestos por 11 dimensiones en total. En la presente investigación sólo se aplica el factor Control Esforzado, que está diseñado específicamente para evaluar el aspecto de autorregulación del temperamento. El factor Control Esforzado considera las dimensiones control de la atención, control activacional y control inhibitorio. *Control de la Atención* hace referencia a la capacidad de focalizar la atención, así como cambiar el foco cuando se desea. *Control Activacional* indica la capacidad de desarrollar una acción cuando existe una fuerte tendencia a evitarla. *Control Inhibitorio* se refiere a la capacidad de planear, y de suprimir respuestas inadecuadas (Ellis & Rothbart, 2001; Ellis, 2002).

Al analizar las propiedades psicométricas de la escala, Ellis y Rothbart (2001) reportan para la dimensión control activacional un índice de confiabilidad alfa de Cronbach igual a 0,76; para control inhibitorio un alfa de Cronbach igual a 0,69 y para la dimensión control de la atención un alfa de Cronbach igual a 0,67. Algunas dimensiones de este instrumento fueron aplicadas a adolescentes chilenos (Pérez & Cumsille, 2012), y el instrumento completo fue adaptado a la realidad local en adolescentes de 12 a 18 años. La versión chilena del cuestionario está conformada por 83 ítems, la cual se compone de 13 dimensiones que conforman cuatro factores, los cuales presentan adecuada consistencia interna (Alfa de Cronbach = 0,79 - 0,82). Específicamente el factor Control Esforzado que se utiliza en el presente estudio presenta un índice de confiabilidad alfa de Cronbach igual a 0,80 (Hoffmann, Pérez, García, Rojas & Martínez, 2017).

iii. BDI-I

En el presente estudio se utiliza una versión en español del Inventario de Depresión de Beck (internacionalmente conocido como BDI, por sus siglas en inglés). Este es un cuestionario de auto-reporte breve, y utilizado ampliamente en el mundo para medir la severidad de los síntomas de depresión durante la última semana, en muestras clínicas y no clínicas (Beck, Steer, & Carbin, 1988). Cada categoría describe una manifestación conductual específica de la depresión y consiste en una serie de afirmaciones auto-evaluativas.

El instrumento está compuesto por 21 ítems con cuatro opciones de respuesta en cada uno, dando como resultado un puntaje del 0 al 3 en cada ítem, por lo tanto, el rango de puntaje posible a obtener es de 0 a 63 puntos. Y el puntaje total obtenido por una persona puede estar en uno de los siguientes cuatro rangos de severidad de sintomatología depresiva: mínima de 0 a 9; leve de 10 a 18 pts; moderada de 19 a 29 pts; y severa de 30 a 63 pts.

Las propiedades psicométricas del BDI han sido reportadas en un artículo que integra los estudios de investigación realizados durante 25 años con este instrumento. Este trabajo incluye datos sobre aspectos tales como las versiones que se han desarrollado, la forma de aplicarlo, la confiabilidad, la validez discriminante, de constructo y factorial, así como las normas tanto para muestras clínicas como no clínicas (Beck, Steer, & Garbin, 1998). Específicamente en niños y adolescentes, se ha reportado que el instrumento presenta una consistencia interna, estimada en coeficiente alfa de Cronbach, entre 0,73 y 0,92 (Ten, 1982; Barrera & Garrison-Jones, 1988).

En Chile también ha sido ampliamente utilizado este instrumento. Ha sido utilizado en la atención primaria previamente (Alvarado, Vega, Sanhueza, & Muñoz, 2005) y también en población adolescente que asiste a enseñanza media (Cumsille & Martínez, 1997). Para la presente investigación se utilizó la versión adaptada por el equipo MIDAP, construida a partir de la versión española (Sanz & Vázquez, 1998). Las características psicométricas mostraron que la adaptación chilena posee una consistencia interna adecuada ($\alpha = 0,92$), y recomiendan utilizar el punto de corte 13/14 propuesto por el índice de Youden, considerando que este método maximiza tanto la sensibilidad como la especificidad de la clasificación (Valdés et al., 2017).

iv. Escala de Suicidalidad

En el presente estudio se utiliza la escala diseñada por Okasha, Lataif y Sadeck (1981) la cual constituye un método de screening para identificar personas con ideas suicidas con riesgo de realizar un intento de suicidio. Esta escala Likert auto-administrada fue validada en adolescentes chilenos escolarizados que asistían a enseñanza media en la comuna de Chillán (Salvo, Melipillán, & Castro, 2009). Está compuesta por 4 ítems que se puntúan de 0 a 3 puntos, por lo tanto, la suma total de puntaje se puede encontrar entre 0 y 12 puntos, donde a mayor puntaje obtenido indica mayor gravedad.

De acuerdo con el estudio de Salvo, Melipillán y Castro (2009) la escala presentó un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de 0,89 el cual es altamente satisfactorio, y el punto de corte de la ideación suicida para determinar la presencia de intento de suicidio fue de 5 puntos (con una sensibilidad de 90% y una especificidad de 79%). Así, es posible diferenciar entre las categorías “ideas suicidas con riesgo de intento de suicidio” (de 5 a 9 puntos) de la categoría “ideas suicidas sin riesgo de intento de suicidio” (de 0 a 4 puntos).

3.4.5. Procedimiento general de análisis de datos utilizados:

En primer lugar, se realiza un análisis descriptivo de las mediciones basales y de los dos seguimientos, se especifican los promedios y desviaciones estándar. Se correlacionan las medidas de CE (y sus tres dimensiones) depresión y suicidalidad de la evaluación basal, primer y segundo seguimiento. Para la consecución del objetivo 1 se analizan las diferencias de promedio de CE y sus tres dimensiones, según el nivel de severidad de la sintomatología depresiva (mínima, leve, moderada y severa), y según la presencia/ausencia de riesgo de intento de suicidio, en los tres momentos de evaluación.

Para responder a los objetivos específicos 2 y 3 se realiza análisis de la varianza de medidas repetidas (ANOVA), utilizando como variable dependiente la sintomatología depresiva, la suicidalidad y el CE.

Por último, para el objetivo 4 del estudio se realiza primero análisis de regresión múltiple, donde el cambio de sintomatología depresiva (a los cuatro y seis meses del inicio de tratamiento) es la variable criterio. En el modelo de regresión múltiple se utiliza el método Enter, ingresando en primer lugar la variable género (como control), luego se ingresa la sintomatología depresiva en la medición basal y por último, la variable predictora del estudio

(CE o una de sus tres dimensiones). La incorporación de la variable sintomatología depresiva basal –como variable independiente en el modelo– permite estimar el cambio en la variable a los cuatro (y seis meses de inicio del tratamiento) y –a la par– considerar el efecto que pudiera tener la correlación en las mediciones respectivas (Allison, 1990). Similar procedimiento se utiliza para estimar los resultados de regresión múltiple utilizando como variable criterio el cambio de severidad de la suicidalidad (a los cuatro y seis meses del inicio de tratamiento).

Luego se analiza como variable criterio la “ausencia de depresión” en las mediciones a los 4 y 6 meses de inicio del tratamiento, distinguiendo como “presencia de depresión” aquellos adolescentes con 14 o más puntos en el BDI-I (variable dummy código=0), de la categoría “ausencia de depresión” en aquellos adolescentes con 0 a 13 puntos (variable dummy código=1) en el BDI-I (Valdés et al., 2017). Los modelos evalúan el efecto del CE en la medición inicial, y sus respectivas dimensiones, sobre la probabilidad de no presentar depresión en el primer y segundo seguimiento; controlando por la severidad de la sintomatología depresiva en la medición inicial (leve, moderada, severa). Estos análisis se realizan utilizando regresión logística binaria con el método Enter. En esta misma línea, se analiza como variable criterio la suicidalidad de los adolescentes, diferenciando entre las categorías “ideas suicidas con riesgo de intento de suicidio” (de 5 a 9 puntos en la Escala de Suicidalidad, código= 0) de la categoría “ideas suicidas sin riesgo de intento de suicidio” (de 0 a 4 puntos en la Escala de Suicidalidad, código=1), a los 4 y 6 meses de seguimiento. Los modelos buscan evaluar el efecto del CE en la medición inicial y sus respectivas dimensiones sobre la probabilidad de no presentar riesgo de intento de suicidio, una vez controlando por riesgo suicida en la medición inicial. Estos análisis se realizan utilizando regresión logística binaria con el método Enter.

3.5. Resultados:

3.5.1. Estadística Descriptiva y Correlaciones: Medición basal, seguimiento a los 4 y 6 meses

A continuación, en la Tabla 1 se presenta el análisis descriptivo de las mediciones basales, y de las dos mediciones de seguimiento realizados, especificando los promedios y desviaciones estándar.

Tabla 1

Análisis descriptivo de síntomas depresivos, suicidalidad y CE en la medición basal y seguimientos

	Medición basal			1º Seguimiento (4 meses)			2º Seguimiento (6 meses)		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>
Síntomas depresivos	213	25,71	8,28	197	15,14	10,08	181	13,06	9,54
Suicidalidad	215	5,30	3,16	190	3,74	3,35	171	3,15	3,20
CE	206	47,00	8,83	186	50,30	9,10	170	50,41	9,18
Atención	212	14,99	3,53	190	17,20	3,91	172	17,18	4,02
Control Inhibitorio	211	14,99	3,53	187	15,88	3,29	171	15,83	3,19
Control Activacional	210	16,22	4,17	188	17,18	4,59	171	17,41	5,02

En cuanto al nivel de severidad de los síntomas depresivos en los adolescentes en la evaluación basal, se observa que el 23,9% de la muestra presenta sintomatología depresiva leve, 39,9% sintomatología depresiva moderada y 36,2% sintomatología depresiva severa.

Con relación al nivel de riesgo suicida de la muestra, se observa que en la medición basal el 39,4% de la muestra presenta ideas suicidas sin riesgo de intento suicida y el 50,5% de la muestra presenta ideas suicidas con riesgo de intento suicida.

A continuación, se presentan las correlaciones bivariadas de síntomas depresivos, suicidalidad y CE (ver Tabla 2) en la medición basal. Posteriormente, se presentan las correlaciones de las medidas de síntomas depresivos, suicidalidad y CE (Atención, Control Inhibitorio y Control Activacional) de los dos seguimientos realizados a los adolescentes. Las

correlaciones de la segunda medición se presentan en la Tabla 3 y las correlaciones de la tercera medición se presentan en la Tabla 4.

Tabla 2

Correlaciones medidas basales de síntomas depresivos, suicidalidad y CE

		Síntomas depresivos	Suicidalidad	CE	Atención	Control Inhibitorio	Control Activacional
Síntomas depresivos	<i>r</i>	1	,580***	-,358***	-,322***	-,263***	-,215**
	N		213	204	210	209	208
Suicidalidad	<i>r</i>		1	-,279***	-,281***	-,182**	-,158*
	N			206	212	211	210
CE	<i>r</i>			1	,748***	,701***	,831**
	N				206	206	206
Atención	<i>r</i>				1	,247***	,456***
	N					209	209
Control Inhibitorio	<i>r</i>					1	,404**
	N						207
Control Activacional	<i>r</i>						1
	N						

* $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$.

Se pueden observar en la Tabla 2 las correlaciones entre las variables en la evaluación basal. Se observa una alta correlación positiva entre CE y las tres dimensiones que la componen: Atención ($r(206) = 0,748, p < 0,001$), Control Inhibitorio ($r(206) = 0,701, p < 0,001$) y Control Activacional ($r(206) = 0,831, p < 0,01$). También entre los síntomas depresivos y suicidalidad ($r(213) = 0,580, p < 0,001$).

Se observa una correlación inversa moderada de los síntomas depresivos y las habilidades de CE ($r(204) = -0,358, p < 0,001$), así como también con la dimensión Atención ($r(210) = -0,322, p < 0,001$). Si bien entre síntomas depresivos y Control Inhibitorio ($r(209) = -0,263, p < 0,001$) y Control Activacional ($r(209) = -0,215, p < 0,01$) también se observa una correlación inversa significativa, estas son bajas.

En relación a la suicidalidad, se observa que presenta una correlación inversa baja con CE ($r(206) = -0,279, p < 0,001$) y sus tres dimensiones en la medición basal: Atención ($r(212) = -0,281, p < 0,001$), Control Inhibitorio ($r(211) = -0,182, p < 0,01$) y Control Activacional ($r(210) = -0,158, p < 0,05$).

Tabla 3

Correlaciones entre síntomas depresivos, suicidalidad y CE en el primer seguimiento (4 meses)

		Sintomatología			Control	Control
		depresiva	Suicidalidad	CE	Inhibitorio	Activacional
Sintomatología	<i>r</i>	1	,645***	-,400***	-,373***	-,318***
depresiva	N		187	183	187	184
Suicidalidad	<i>r</i>		1	-,325***	-,302***	-,254***
	N			185	189	186
CE	<i>r</i>			1	,744***	,694***
	N				186	186
Atención	<i>r</i>				1	,260***
	N					186
Control	<i>r</i>					1
Inhibitorio	N					
Control	<i>r</i>					
Activacional	N					

* $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$.

Las correlaciones entre las variables en el primer seguimiento, cuatro meses después de la evaluación de línea de base, se presentan en la Tabla 3. Se observa, al igual que en la evaluación basal, una alta correlación positiva entre CE y las tres dimensiones que la componen: Atención ($r(186) = 0,744, p < 0,001$), Control Inhibitorio ($r(186) = 0,694, p < 0,001$) y Control Activacional ($r(186) = 0,852, p < 0,001$). También entre los síntomas depresivos y suicidalidad ($r(187) = 0,645, p < 0,001$).

Se observa una correlación inversa moderada de los síntomas depresivos y las habilidades de CE ($r(183) = -0,400, p < 0,001$), así como también con las dimensiones Atención ($r(187) = -0,373, p < 0,001$) y Control Inhibitorio ($r(184) = -0,318, p < 0,001$). Si bien entre síntomas depresivos y Control Activacional también se observa una correlación inversa significativa, esta es baja ($r(185) = -0,254, p < 0,001$).

En relación a la suicidalidad, se observa que presenta una correlación inversa moderada con CE ($r(185) = -0,325, p < 0,001$). Con Atención ($r(189) = -0,302, p < 0,001$) también la correlación es inversa moderada, y con Control Inhibitorio ($r(186) = -0,254, p < 0,001$) y Control Activacional ($r(187) = -0,217, p < 0,01$) la correlación es inversa baja.

Tabla 4

Correlaciones entre síntomas depresivos, suicidalidad y CE en el segundo seguimiento (6 meses)

		Sintomatología			Control	Control
		depresiva	Suicidalidad	CE	Inhibitorio	Activacional
Sintomatología	<i>r</i>	1	,609***	-,439***	-,400***	-,298***
depresiva	N		170	169	171	170
Suicidalidad	<i>r</i>		1	-,308***	-,217**	-,198**
	N			169	171	170
CE	<i>r</i>			1	,754***	,662***
	N				170	170
Atención	<i>r</i>				1	,351***
	N					171
Control	<i>r</i>					1
Inhibitorio	N					170
Control	<i>r</i>					1
Activacional	N					1

* $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$.

En el segundo seguimiento (ver Tabla 4), seis meses después de la evaluación de línea de base, se observa una alta correlación positiva entre CE y las tres dimensiones que la

componen: Atención ($r(170) = 0,754, p < 0,001$), Control Inhibitorio ($r(170) = 0,662, p < 0,001$) y Control Activacional ($r(170) = 0,816, p < 0,001$). También entre los síntomas depresivos y suicidalidad ($r(170) = 0,609, p < 0,01$).

Se observa una correlación inversa moderada de los síntomas depresivos y las habilidades de CE ($r(169) = -0,439, p < 0,001$), así como también con la dimensión Atención ($r(171) = -0,400, p < 0,001$). Si bien entre síntomas depresivos y Control Inhibitorio ($r(170) = -0,298, p < 0,001$), y entre síntomas depresivos y Control Activacional ($r(170) = -0,292, p < 0,001$) también se observa una correlación inversa significativa, estas son de pequeña magnitud.

En relación a la suicidalidad, se observa que presenta una correlación inversa moderada con CE ($r(169) = -0,308, p < 0,001$). Suicidalidad con las tres dimensiones de CE presenta una correlación inversa baja: Atención ($r(171) = -0,217, p < 0,01$); Control Inhibitorio ($r(170) = -0,198, p < 0,01$); Control Activacional ($r(170) = -0,252, p < 0,001$).

3.5.2 Caracterización de las habilidades de CE (Atención, Control Inhibitorio, Control Activacional) en adolescentes usuarios de centros de atención primaria que presentan depresión según nivel de severidad de los síntomas depresivos y según severidad de la suicidalidad.

A continuación se presentan los promedios y DS del nivel de CE y sus dimensiones (Atención, Control Inhibitorio y Control Activacional), según el nivel de severidad de los síntomas depresivos en la medición basal.

Tabla 5

Medias y desviaciones estándar de CE según nivel de severidad de los síntomas depresivos en la evaluación basal

Nivel de severidad de los síntomas depresivos		CE	Atención	Control Inhibitorio	Control Activacional
Evaluación basal					
Sintomatología Depresiva Leve	<i>M</i>	53,73	17,38	18,90	17,08
	<i>N</i>	48	50	48	50
	<i>DS</i>	8,88	3,58	3,76	4,43
Sintomatología Depresiva Moderada	<i>M</i>	50,21	15,82	17,95	16,46
	<i>N</i>	82	84	85	83
	<i>DS</i>	8,52	3,50	3,68	3,84
Sintomatología Depresiva Severa	<i>M</i>	46,03	14,55	16,08	15,41
	<i>N</i>	74	76	76	75
	<i>DS</i>	9,33	4,07	3,93	4,18
Total	<i>M</i>	49,52	15,74	17,49	16,22
	<i>N</i>	205	211	210	209
	<i>DS</i>	9,32	3,86	3,93	4,14

A continuación se presentan los resultados de diferencias de promedio de CE (Atención, Control Inhibitorio, Control Activacional) según el nivel de severidad de la sintomatología depresiva (leve, moderada y severa) y según la presencia/ausencia de riesgo de intento de suicidio, en la medición basal.

Los resultados en la medición basal indican que se presentaron diferencias de promedios en CE según el nivel de severidad de la sintomatología depresiva (leve, moderada y severa) ($F(2, 201) = 10,400, p < 0,001$). De acuerdo a las pruebas post hoc Bonferroni realizadas (ver Tabla 5), se observan diferencias significativas en los promedios de CE entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva leve y severa ($p < ,001$) y entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva moderada y severa ($p < ,05$), siendo los adolescentes con depresión severa los que presentaron promedios más bajos de CE. En cambio

no se presentaron diferencias en los promedios de CE entre los adolescentes que presentan sintomatología leve y moderada ($p = ,12$).

También se presentaron diferencias significativas en los promedios en la dimensión Atención ($F (2, 207) = 8,688, p <0,001$) y Control Inhibitorio ($F (2, 206) = 6,660, p < 0,01$) según el nivel de severidad de la sintomatología depresiva.

En los promedios de la dimensión Atención se observan diferencias significativas solo entre los adolescentes que presentan sintomatología leve y sintomatología severa ($p < ,001$), presentando estos últimos un promedio menor en atención. No se encontraron diferencias significativas entre los adolescentes que presentan sintomatología leve y moderada ($p =,06$), ni al comparar los adolescentes que presentan sintomatología moderada y severa ($p =0,10$). Por último, en los promedios de Control Inhibitorio se observan diferencias significativas entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva severa y leve ($p < ,01$) y entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva severa y moderada ($p < ,05$), siendo los adolescentes con depresión severa los que presentaron promedios más bajos de Control Inhibitorio. En cambio, no se presentaron diferencias en los promedios de Control Inhibitorio al comparar los adolescentes que presentan sintomatología leve y moderada ($p = 1,00$).

En cuanto a la dimensión Control Activacional, no existen diferencias de promedio según el nivel de severidad de la sintomatología depresiva ($F (2, 205) = 2,678, p = 0,07$).

A continuación se presentan los promedios y DS del nivel de CE y sus dimensiones (Atención, Control Inhibitorio y Control Activacional), según la presencia de riesgo de intento suicida en la medición basal.

Tabla 6

Medias y desviaciones estándar de CE según nivel de riesgo suicida en la evaluación basal

Riesgo suicida				Control	Control
Evaluación basal		CE	Atención	Inhibitorio	Activacional
Ideas suicidas sin	<i>M</i>	51,69	16,49	18,31	16,74
riesgo de intento	<i>N</i>	81	84	82	83
suicida	<i>DS</i>	8,95	3,59	3,71	4,28
Ideas suicidas con	<i>M</i>	49,36	15,72	17,38	16,20
riesgo de intento	<i>N</i>	105	107	109	106
suicida	<i>DS</i>	9,09	3,79	4,06	4,07
	<i>M</i>	50,38	16,06	17,77	16,43
Total	<i>N</i>	186	191	191	189
	<i>DS</i>	9,09	3,71	3,93	4,16

Al considerar si CE y las dimensiones que la componen, se diferencian según la presencia de riesgo de intento suicida, los resultados indican que no se observan diferencias de promedios en CE entre los adolescentes que presentan riesgo de intento de suicidio y los que no presentan riesgo de intento de suicidio en la evaluación basal ($F(1, 183) = 2,954, p = 0,08$). El mismo patrón se obtuvo al considerar las dimensiones del CE, así, tampoco se observaron diferencias de promedio en Atención ($F(1, 188) = 1,971, p = 0,16$), Control Inhibitorio ($F(1, 188) = 2,012, p = 0,16$) y Control Activacional ($F(1, 186) = 0,864, p = 0,35$) entre los adolescentes que presentan riesgo de intento de suicidio y los que no presentaron este riesgo en la evaluación basal.

A continuación se presentan los promedios y DS del nivel de CE y sus dimensiones (Atención, Control Inhibitorio y Control Activacional), según el nivel de severidad de los síntomas depresivos en la segunda medición (seguimiento 4 meses).

Tabla 7

Medias y desviaciones estándar de CE según nivel de severidad de los síntomas depresivos en la evaluación del primer seguimiento (cuatro meses)

Nivel de severidad de sintomatología depresiva en el 1º seguimiento		CE 1º seguimiento	Atención 1º seguimiento	Control Inhibitorio 1º seguimiento	Control Activacional 1º seguimiento
Sintomatología Depresiva mínima	<i>M</i>	55,02	19,11	16,95	18,89
	<i>N</i>	59	62	59	61
	<i>DS</i>	8,19	3,56	3,15	4,08
Sintomatología Depresiva leve	<i>M</i>	49,80	17,21	15,95	16,61
	<i>N</i>	66	67	66	66
	<i>DS</i>	8,806	3,86	3,17	4,88
Sintomatología Depresiva moderada	<i>M</i>	46,03	15,00	14,85	15,97
	<i>N</i>	38	38	39	38
	<i>DS</i>	7,38	3,09	3,20	3,87
Sintomatología Depresiva severa	<i>M</i>	45,55	15,55	14,25	15,75
	<i>N</i>	20	20	20	20
	<i>DS</i>	8,82	3,87	3,28	4,61
Total	<i>M</i>	50,23	17,21	15,86	17,14
	<i>N</i>	183	187	184	185
	<i>DS</i>	9,05	3,92	3,29	4,54

En el primer seguimiento (a los cuatro meses de la evaluación basal), los resultados indican que se presentaron diferencias estadísticamente significativas en los promedios de CE según el nivel de severidad de la sintomatología depresiva (mínima, leve, moderada y severa) ($F(3, 179) = 11,884, p < 0,001$). De acuerdo a las pruebas post hoc Bonferroni realizadas, se observan diferencias significativas en los promedios de CE entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva mínima y sintomatología leve ($p < ,01$), entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva mínima y sintomatología moderada ($p < ,001$) y entre los que presentan sintomatología depresiva mínima y sintomatología severa ($p <$

,001), siendo los adolescentes con depresión mínima los que presentaron promedios más altos de CE. En cambio no se presentaron diferencias en los promedios de CE al comparar los adolescentes que presentan sintomatología depresiva leve y moderada ($p = 0,16$), entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva leve y severa ($p = 0,28$), y entre los adolescentes que presentan sintomatología moderada y severa ($p = 1,00$) (ver Tabla 7).

También se observan en el primer seguimiento de las evaluaciones (a los cuatro meses de la evaluación basal), que existen diferencias significativas en los promedios al considerar las tres dimensiones del CE: Atención ($F(3, 183) = 11,833, p < 0,001$), Control Inhibitorio ($F(3, 180) = 5,350, p < 0,01$), y Control Activacional ($F(3, 181) = 5,083, p < 0,01$), según el nivel de severidad de la sintomatología depresiva (mínima, leve, moderada y severa).

De acuerdo a las pruebas post hoc Bonferroni realizadas, en los promedios (ver Tabla 7) de la dimensión Atención se observan diferencias significativas entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva mínima y sintomatología leve ($p < ,05$), entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva mínima y sintomatología moderada ($p < ,001$) y entre los que presentan sintomatología depresiva mínima y sintomatología severa ($p < ,01$), siendo los adolescentes con depresión mínima los que presentaron promedios más altos de Atención. Adicionalmente, los adolescentes que presentan sintomatología depresiva leve presentaron un promedio en Atención mayor que los adolescentes con depresión moderada ($p < ,05$). En cambio, no se presentaron diferencias en los promedios de Atención, al comparar entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva leve y severa ($p = 0,44$), y entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva moderada y severa ($p = 1,00$).

En los promedios de la dimensión Control Inhibitorio se observan diferencias significativas entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva mínima y sintomatología moderada ($p < ,01$) y entre los que presentan sintomatología depresiva mínima y sintomatología severa ($p < ,01$), siendo los adolescentes con depresión mínima los que presentaron promedios más altos de Control Inhibitorio. Los adolescentes que presentan sintomatología depresiva leve no presentaron diferencia de promedio en Control Inhibitorio con los adolescentes de depresión moderada ($p = ,52$) al momento del primer seguimiento. Adicionalmente, no se presentaron diferencias en los promedios de Control Inhibitorio entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva mínima y leve ($p = 0,49$), entre los

que presentan sintomatología leve y severa ($p = 0,22$) y entre los adolescentes que presentan sintomatología moderada y severa ($p = 1,00$).

Por último, en los promedios de la dimensión Control Activacional se observan diferencias significativas entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva mínima y sintomatología leve ($p < ,05$), entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva mínima y sintomatología moderada ($p < ,01$) y entre los que presentan sintomatología depresiva mínima y sintomatología severa ($p < ,05$), siendo los adolescentes con depresión mínima los que presentaron promedios más altos de Control Activacional. No se presentaron diferencias en los promedios de Control Activacional al comparar los adolescentes que presentan sintomatología depresiva leve y moderada ($p = 1,00$), los que presentan sintomatología leve y severa ($p = 1,00$) y los que presentan sintomatología depresiva moderada y severa ($p = 1,00$). A continuación se presentan los promedios y DS del nivel de CE y sus dimensiones (Atención, Control Inhibitorio y Control Activacional), según en la presencia de riesgo de intento suicida en la segunda medición (seguimiento 4 meses).

Tabla 8

Medias y desviaciones estándar de CE según nivel de riesgo suicida en la evaluación del primer seguimiento (cuatro meses)

Riesgo Suicida en el 1° seguimiento (cuatro meses)		CE		Control Inhibitorio	Control Activacional
		1° seguimiento	1° seguimiento	1° seguimiento	1° seguimiento
Ideas suicidas sin riesgo de intento suicida	<i>M</i> <i>N</i> <i>DS</i>	51,95 114 8,654	17,85 117 3,76	16,34 114 3,17	17,78 116 4,53
Ideas suicidas con riesgo de intento suicida	<i>M</i> <i>N</i> <i>DS</i>	48,00 61 9,26	16,39 62 3,99	15,11 62 3,47	16,34 61 4,47
Total	<i>M</i> <i>N</i> <i>DS</i>	50,57 175 9,04	17,34 179 3,89	15,91 176 3,32	17,28 177 4,55

Al considerar, si CE y las dimensiones que la componen, se diferencian según la presencia de riesgo de intento suicida, los resultados indican que en el primer seguimiento (realizado a los cuatro meses de la evaluación basal), se presentaron diferencias de promedio en CE ($F(1, 173) = 7,871, p < 0,01$) y en sus tres dimensiones: Atención ($F(1, 177) = 5,860, p < 0,05$), Control Inhibitorio ($F(1, 174) = 5,652, p < 0,05$), y Control Activacional ($F(1, 175) = 4,034, p < 0,05$), siendo mayores los promedios de CE y de sus tres dimensiones en los adolescentes que no presentan riesgo de intento de suicidio (ver Tabla 8).

A continuación se presentan los promedios y DS del nivel de CE y sus dimensiones (Atención, Control Inhibitorio y Control Activacional), según en nivel de severidad de los síntomas depresivos en la tercera medición (seguimiento 6 meses).

Tabla 9

Medias y desviaciones estándar de CE según nivel de severidad de los síntomas depresivos en la evaluación del segundo seguimiento (seis meses)

Nivel de severidad de		Control		Control	
Sintomatología Depresiva en		CE	Atención	Inhibitorio	Activacional
el 2º seguimiento (6 meses)		2º seguimiento	2º seguimiento	2º seguimiento	2º seguimiento
Sintomatología	<i>M</i>	54,04	18,83	16,62	18,74
depresiva mínima	<i>N</i>	71	72	71	72
	<i>DS</i>	8,48	3,83	3,26	5,68
Sintomatología	<i>M</i>	50,27	16,75	15,93	17,38
depresiva leve	<i>N</i>	56	57	57	56
	<i>DS</i>	8,40	3,73	3,02	4,45
Sintomatología	<i>M</i>	45,70	15,26	14,63	15,80
depresiva	<i>N</i>	30	30	30	30
moderada	<i>DS</i>	7,80	3,40	2,81	3,76
Sintomatología	<i>M</i>	41,50	14,00	13,67	13,83
depresiva severa	<i>N</i>	12	12	12	12
	<i>DS</i>	9,55	3,84	3,11	3,54
Total	<i>M</i>	50,42	17,18	15,83	17,42
	<i>N</i>	169	171	170	170
	<i>DS</i>	9,20	4,03	3,20	5,04

En el segundo seguimiento (a los seis meses de la evaluación basal), los resultados indican que se presentaron diferencias estadísticamente significativas en los promedios de CE según el nivel de severidad de la sintomatología depresiva (mínima, leve, moderada y severa) ($F(3, 165) = 12,041, p < 0,001$). De acuerdo a las pruebas post hoc Bonferroni realizadas (ver Tabla 9) se observan diferencias significativas en los promedios de CE entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva mínima y sintomatología moderada ($p < ,001$) y entre los que presentan sintomatología depresiva mínima y sintomatología severa ($p < ,001$), siendo los adolescentes con depresión mínima los que presentaron promedios más elevados de CE.

Adicionalmente, los adolescentes que presentan sintomatología depresiva leve presentaron un promedio en CE mayor que los adolescentes con depresión severa ($p < ,01$). En cambio, no se presentaron diferencias en los promedios de CE al comparar los adolescentes que presentan sintomatología mínima y leve ($p = 0,07$), los adolescentes que presentan sintomatología leve y moderada ($p = 0,11$) y los adolescentes que presentan sintomatología depresiva moderada y severa ($p = 0,87$).

Adicionalmente, se presentaron diferencias significativas en los promedios de las tres dimensiones que componen el CE: Atención ($F(3, 167) = 10,524, p < 0,001$), Control Inhibitorio ($F(3, 166) = 7,785, p < ,01$), y Control Activacional ($F(3, 166) = 5,043, p < ,01$), según el nivel de severidad de la sintomatología depresiva (mínima, leve, moderada y severa).

En los promedios de la dimensión Atención (ver Tabla 9) se observan diferencias significativas entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva mínima y sintomatología leve ($p < ,05$), entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva mínima y sintomatología moderada ($p < ,001$) y entre los que presentan sintomatología depresiva mínima y sintomatología severa ($p < ,001$), siendo los adolescentes con depresión mínima los que presentaron promedios más elevados de Atención. En cambio, no se presentaron diferencias en los promedios de Atención entre los adolescentes que presentan sintomatología leve y sintomatología moderada ($p = 0,47$), entre los que presentan sintomatología leve y severa ($p = 0,13$) y entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva moderada y severa ($p = 1,00$).

En los promedios de la dimensión Control Inhibitorio se observan diferencias significativas entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva mínima y sintomatología moderada ($p < ,05$) y entre los que presentan sintomatología depresiva mínima y sintomatología severa ($p < ,05$), siendo los adolescentes con depresión mínima los que presentaron promedios más elevados de Control Inhibitorio. Los adolescentes que presentan sintomatología depresiva leve no presentaron diferencia de promedio en Control Inhibitorio con los adolescentes de depresión severa ($p = ,13$). Adicionalmente, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva mínima y leve ($p = 1,00$), entre los que presentan sintomatología leve y moderada ($p = ,39$) y los que presentan sintomatología moderada y severa ($p = 1,00$).

Por último, en los promedios de la dimensión Control Activacional se observan diferencias significativas entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva mínima y sintomatología moderada ($p < ,05$), entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva mínima y sintomatología severa ($p < ,01$), pero no entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva mínima y leve ($p = ,71$), siendo el promedio de Control Activacional mayor en los adolescentes con depresión mínima que aquellos adolescentes con depresión moderada o severa (pero no diferenciándose de los adolescentes con depresión leve). Tampoco se presentan diferencias significativas entre los que presentan sintomatología leve y moderada ($p = ,93$), entre los que presentan sintomatología leve y severa ($p = ,14$) y, por último, entre los que presentan sintomatología depresiva moderada y severa ($p = 1,00$).

A continuación se presentan los promedios y DS del nivel de CE y sus dimensiones (Atención, Control Inhibitorio y Control Activacional), según la presencia de riesgo de intento suicida en la tercera medición (seguimiento 6 meses).

Tabla 10

Medias y desviaciones estándar de CE según nivel de riesgo suicida en la evaluación del segundo seguimiento (seis meses)

				Control	Control
		CE	Atención	Inhibitorio	Activacional
Riesgo suicida en el 2°		2° Seguimiento	2° Seguimiento	2° Seguimiento	2° Seguimiento
Ideas suicidas sin	<i>M</i>	52,3243	17,8142	16,1964	18,3036
riesgo intento de	<i>N</i>	111	113	112	112
suicida	<i>DS</i>	9,03142	4,20363	3,18736	5,35049
Ideas suicidas con	<i>M</i>	46,7885	16,0769	15,0192	15,6923
riesgo de intento	<i>N</i>	52	52	52	52
suicida	<i>DS</i>	8,52755	3,34222	3,21449	3,77057
Total	<i>M</i>	50,5583	17,2667	15,8232	17,4756
	<i>N</i>	163	165	164	164
	<i>DS</i>	9,21827	4,02452	3,23314	5,04270

Al considerar, si CE y las dimensiones que la componen, se diferencian según la presencia de riesgo de intento suicida, los resultados indican que en el segundo seguimiento (realizado a los seis meses de la evaluación basal), se presentaron diferencias de promedio en CE ($F(1, 161) = 13,778, p < ,001$) y en sus tres dimensiones: Atención ($F(1, 163) = 6,873, p < ,01$), Control Inhibitorio ($F(1, 162) = 4,818, p < ,05$), y Control Activacional ($F(1, 162) = 10,051, p < 0,01$), según la presencia/ausencia de riesgo de intento de suicidio en los adolescentes. Los promedios de CE y de las dimensiones que lo componen son significativamente superiores en los adolescentes que no presentan riesgo de intento de suicidio (ver Tabla 10).

3.5.3 Descripción de la evolución de la sintomatología depresiva y de la suicidalidad en adolescentes deprimidos que asisten a tratamiento en centros de atención primaria.

A continuación se presentan los resultados del análisis de la varianza de medidas repetidas (ANOVA), utilizando como variable dependiente la sintomatología depresiva, la suicidalidad y el CE.

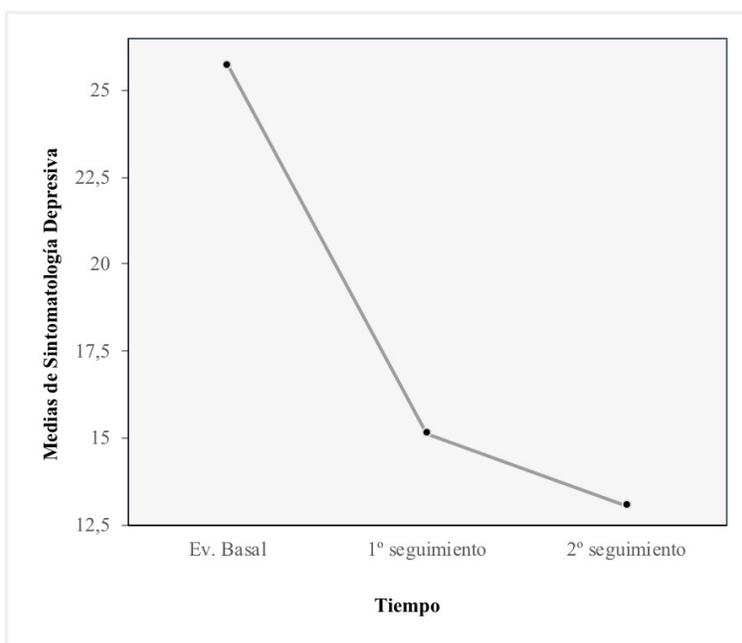
Tabla 11

Promedio/DS de sintomatología depresiva, suicidalidad y CE en el transcurso de las mediciones

	Medición		1° Seguimiento		2° Seguimiento	
	Basal		(4 meses)		(6 meses)	
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>
Síntomas depresivos	25,71	8,28	15,14	10,08	13,06	9,54
Suicidalidad	5,30	3,16	3,74	3,35	3,15	3,20
Control Esforzado	47,00	8,83	50,30	9,10	50,41	9,18
Atención	14,99	3,53	17,20	3,91	17,18	4,02
Control Inhibitorio	14,99	3,53	15,88	3,29	15,83	3,19
Control Activacional	16,22	4,17	17,18	4,59	17,41	5,02

En primer lugar, se observan cambios en el promedio de sintomatología depresiva de los adolescentes, observándose que ésta disminuye significativamente en el tiempo ($F(2, 169) = 202,277, p < ,001$). Específicamente, se observa una disminución significativa de los síntomas depresivos al comparar la evaluación basal con el primer seguimiento a los cuatro meses ($F(1, 169) = 230,284, p < ,001$) y también al comparar la evaluación basal con el segundo seguimiento a los seis meses ($F(1, 169) = 298,710, p < ,001$). A su vez, se observa que entre el primer seguimiento y el segundo seguimiento siguen disminuyendo significativamente los síntomas depresivos ($F(1, 169) = 12,469, p < ,001$) (Ver Tabla 11 y Figura 3).

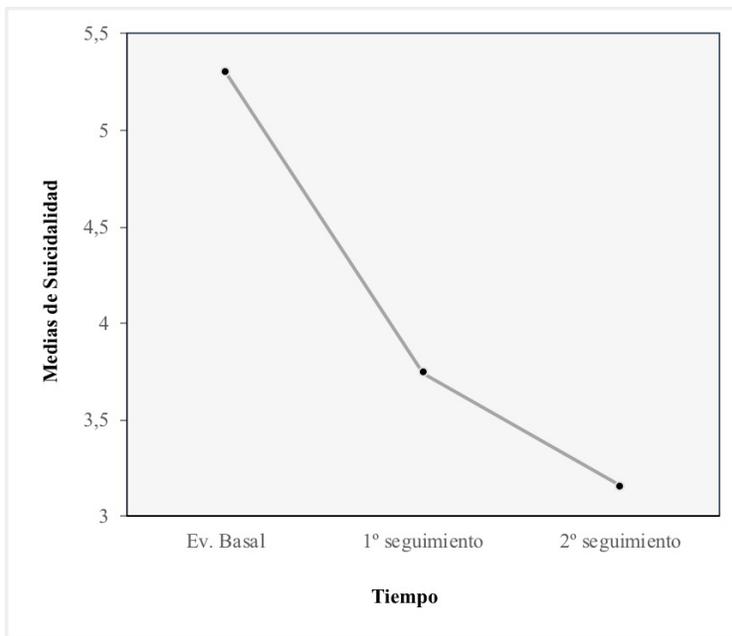
Figura 3. Varianza de medidas repetidas de sintomatología depresiva como variable dependiente



En relación a la suicidalidad reportada por los adolescentes, también se observa disminución de ésta en el transcurso de las tres mediciones ($F(2, 158) = 46,634, p < ,001$). Específicamente, se observa una disminución significativa de la suicidalidad al comparar la evaluación basal con el primer seguimiento a los cuatro meses ($F(1, 158) = 49,303, p < ,001$), y también al comparar la evaluación basal con el segundo seguimiento a los seis meses ($F(1,$

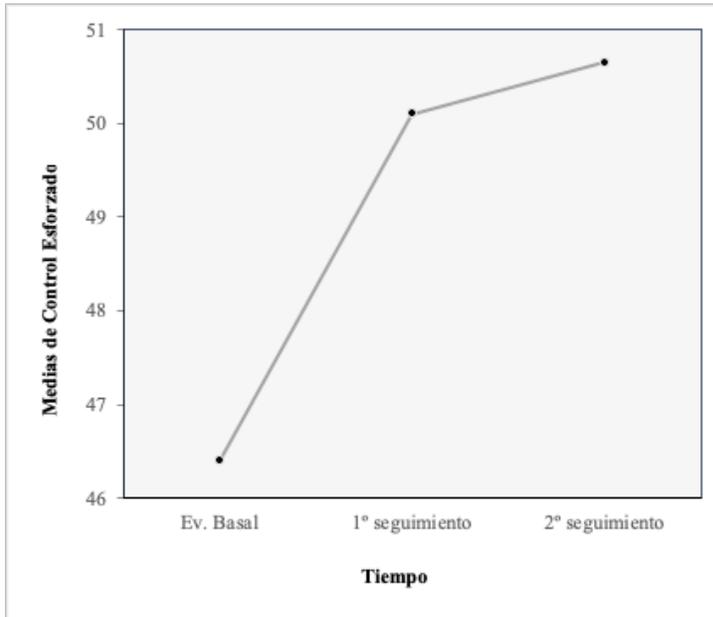
158) = 75,906, $p < ,001$). A su vez, se observa que entre el primer seguimiento y el segundo seguimiento se presentan diferencias significativas, indicando que sigue disminuyendo la suicidalidad reportada por los adolescentes ($F (1, 158) = 8,526, p < ,01$) (Ver Tabla 11 y Figura 4).

Figura 4. Varianza de medidas repetidas de suicidalidad como variable dependiente



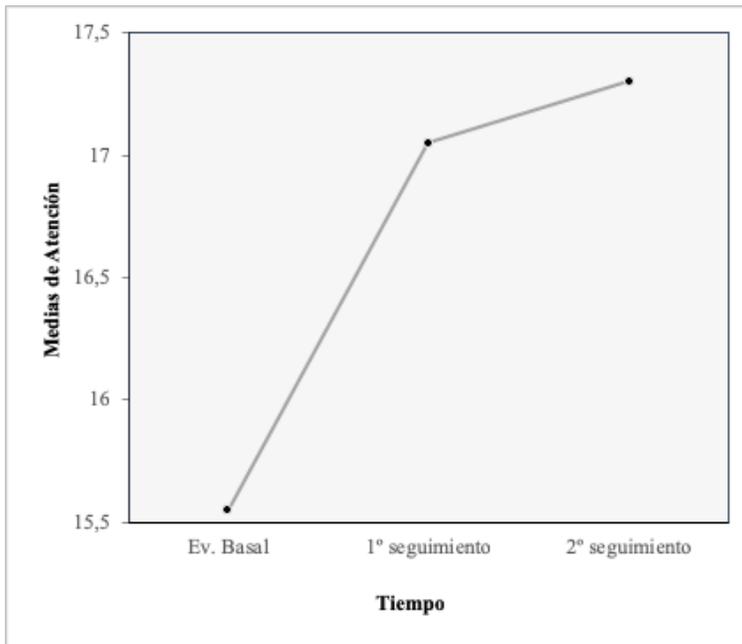
Respecto al CE, se observa que presenta una evolución entre las tres mediciones realizadas, aumentando en forma significativa el promedio de CE de los adolescentes ($F (2, 149) = 21,790, p < ,001$). Se puede observar (ver Tabla 11) que se presentaron diferencias entre el CE basal y el primer seguimiento ($F (1, 149) = 24,873, p < ,001$), así como también entre el CE basal y el segundo seguimiento a los seis meses de iniciado el tratamiento ($F (1, 149) = 33,672, p < ,001$). Sin embargo, no se observan cambios en la capacidad de CE entre el primer seguimiento a los cuatro meses y el segundo seguimiento a los seis meses ($F (1, 149) = 83,627, p = 0,25$) (Ver Tabla 11 y Figura 5).

Figura 5. Varianza de medidas repetidas de Control Esforzado como variable dependiente



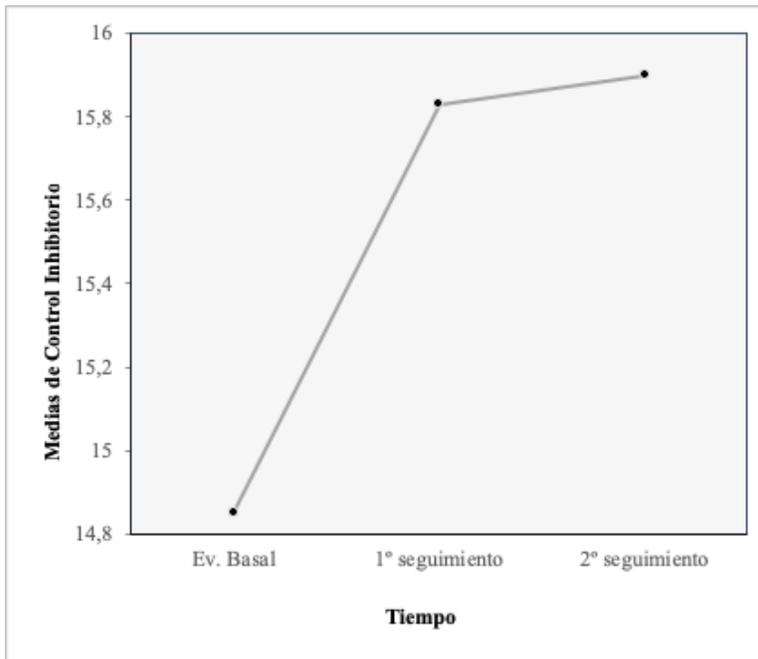
En relación a las tres dimensiones que componen el CE se observa lo siguiente: En Atención, se observa una evolución entre las tres mediciones realizadas, donde va aumentando el promedio de los adolescentes en esta habilidad ($F(2, 156) = 16,545, p < ,001$). Se observa que la Atención de los adolescentes es mayor en el primer seguimiento a los cuatro meses ($F(1, 156) = 19,939, p < ,001$) y en el segundo seguimiento a los seis meses ($F(1, 156) = 24,767, p < ,001$) respecto a la evaluación basal. Sin embargo, entre el primer y segundo seguimiento realizado no se observan diferencias en el promedio de Atención de los adolescentes ($F(1, 156) = 0,955, p = 0,33$), comportándose en forma similar a la variable CE (ver Tabla 11 y Figura 6).

Figura 6. Varianza de medidas repetidas de Atención como variable dependiente



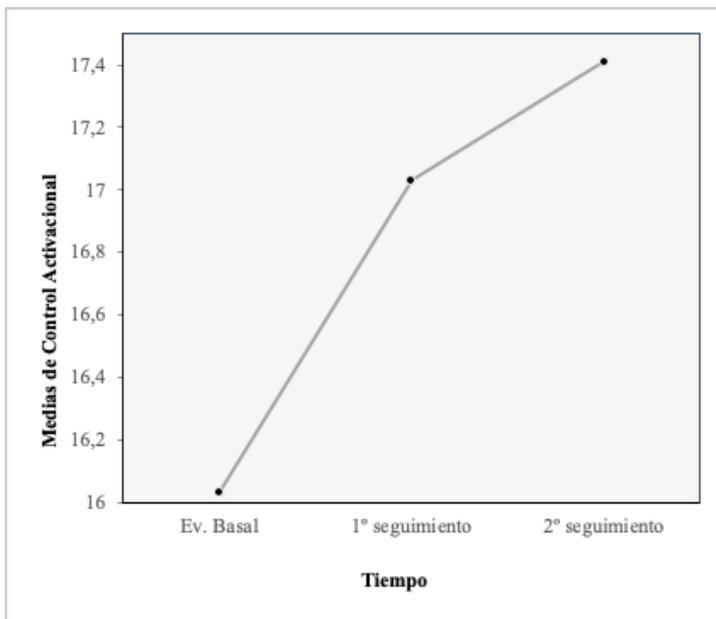
Al considerar el Control Inhibitorio, se observa que presenta una evolución entre las tres mediciones realizadas, aumentando el promedio de los adolescentes en esta habilidad ($F(2, 153) = 10,011, p < ,001$). Se puede observar que existen diferencias significativas en el nivel de Control Inhibitorio entre la medición basal y el primer seguimiento ($F(1, 153) = 12,377, p < ,001$), así como también entre el nivel de Control Inhibitorio en la medición basal y el segundo seguimiento a los seis meses ($F(1, 153) = 13,506, p < ,001$). Sin embargo, no se observan cambios en la capacidad de Control Inhibitorio entre el primer seguimiento a los cuatro meses y el segundo seguimiento a los seis meses ($F(1, 153) = 0,100, p = 0,75$), comportándose en forma similar a la variable CE, y la dimensión Atención antes reportadas (Ver Tabla 11 y Figura 7).

Figura 7. Varianza de medidas repetidas de Control Inhibitorio como variable dependiente



Finalmente, respecto al Control Activacional se observa que presenta una evolución entre las tres mediciones realizadas, donde va aumentando el promedio de los adolescentes en esta habilidad ($F(2, 153) = 6,793, p < ,001$). Se puede observar que existen diferencias significativas en el promedio de Control Activacional entre la medición basal y el primer seguimiento ($F(1, 153) = 7,943, p < ,01$), así como también entre el Control Activacional basal y el segundo seguimiento a los seis meses ($F(1, 153) = 10,929, p < 0,001$). Sin embargo, no se observan cambios significativos en la capacidad de Control Activacional entre el primer seguimiento a los cuatro meses y el segundo seguimiento a los seis meses ($F(1, 153) = 1,149, p = 0,29$), comportándose en forma similar a la variable CE y las dimensiones Atención y Control Inhibitorio antes reportadas (ver Tabla 11 y Figura 8.)

Figura 7. Varianza de medidas repetidas de Control Activacional como variable dependiente



3.5.4. Estimación del poder predictivo del CE basal en el cambio de sintomatología depresiva y de la severidad de suicidalidad, a los cuatro y seis meses del inicio de tratamiento en adolescentes deprimidos que asisten a tratamiento en centros de atención primaria.

A continuación se presentan los resultados del análisis de regresión múltiple, donde el cambio de sintomatología depresiva (a los cuatro y seis meses del inicio de tratamiento) es la variable criterio. En el modelo de regresión múltiple realizado se utilizó el método Enter, ingresando en primer lugar la variable género (como control), luego se ingresa la sintomatología depresiva en la medición basal y por último, la variable predictora del estudio (CE o una de sus tres dimensiones).

La incorporación de la variable sintomatología depresiva basal –como variable independiente en el modelo– permitió estimar el cambio en la variable a los cuatro (y seis meses de inicio del tratamiento) y –a la par– considerar el efecto que pudiera tener la correlación en las mediciones respectivas (Allison, 1990). De hecho, en el presente estudio, la sintomatología depresiva de la medición basal se asocia significativamente con sintomatología depresiva en el primer ($r(195) = 0,419, p < 0,001$) y segundo seguimiento ($r(180) = 0,408, p <$

0,001). Lo mismo ocurre con la severidad de la suicidalidad, al considerar la medición basal y el primer seguimiento ($r(190) = 0,643, p < 0,001$), y la relación entre la medición basal y el segundo seguimiento o final ($r(171) = 0,543, p < 0,001$) (ver Tabla 12).

Tabla 12

Correlaciones de la sintomatología depresiva y severidad de suicidalidad basal con la sintomatología depresiva y severidad de suicidalidad en el primer y segundo seguimiento

		Síntomas Depresivos		Suicidalidad	
		4 meses	6 meses	4 meses	6 meses
Sintomatología	<i>r</i>	,419***	,408***	,380***	,409***
depresiva basal	<i>N</i>	195	180	188	170
Suicidalidad	<i>r</i>	,410***	,326***	,643***	,543***
basal	<i>N</i>	197	181	190	171

* $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$.

En el modelo, se utilizó únicamente género como variable control, debido a que las variables edad, y nivel de escolaridad de los adolescentes son variables sociodemográficas que no presentaron correlación significativa con las variables dependientes. En cambio, género se asocia inversamente con cada una de ellas (ver Tabla 13).

Tabla 13

Resumen de Correlaciones de las variables sociodemográficas con sintomatología depresiva y severidad de suicidalidad en el primer y segundo seguimiento

					Síntomas Depresivos		Suicidalidad	
		Edad	Género	Escolaridad	4 meses	6 meses	4 meses	6 meses
Edad	<i>r</i>	1	,002	,214*	-,055	,013	-,100	-,032
	<i>N</i>		215	126	197	181	190	171
Género	<i>r</i>		1	,037	-,205**	-,226**	-,217**	-,262***
	<i>N</i>			126	197	181	190	171
Escolaridad	<i>r</i>			1	,074	-,151	,116	,029
	<i>N</i>				115	104	112	97

* $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$.

Similar procedimiento se utilizó para estimar los resultados de regresión múltiple utilizando como variable criterio el cambio de severidad de la suicidalidad (a los cuatro y seis meses del inicio de tratamiento).

Tabla 14

Resumen del análisis de regresión múltiple del efecto del CE basal sobre el cambio de sintomatología depresiva y de la severidad de suicidalidad, a los cuatro y seis meses del inicio de tratamiento

	β	t	R^2	β	t	R^2
	1° Seguimiento (4 meses)			2° Seguimiento (6 meses)		
Sintomatología Depresiva						
			,181			,169
Género	-,117	-1,686		-,133	-1,815	
Sintomatología Depresiva basal	,367	4,964***		,360	4,638***	
CE	-,065	-,914		-,025	-,329	
Severidad de Suicidalidad						
			,427			,303
Género	-,004	-,074		-,131	-1,884	
Severidad de Suicidalidad basal	,625	9,952***		,475	6,563***	
CE	-,099	-1,675		-,084	-1,234	

* $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$.

Los resultados de la Tabla 14, muestran que el modelo de efectos conjuntos de género, nivel de sintomatología depresiva basal, y nivel de CE basal explica el 18% de la varianza del cambio de la sintomatología depresiva a los cuatro meses del inicio de tratamiento en los adolescentes ($F(3, 182) = 14,611, p = ,000$), y el 17% de la varianza del cambio de la

sintomatología depresiva a los seis meses del inicio de tratamiento en los adolescentes ($F(3, 168) = 12,599, p = ,000$). En estos modelos, el CE no explica el cambio en el nivel de sintomatología depresiva, siendo solo el nivel de sintomatología basal el predictor significativo ($p < ,001$).

Similar resultado se obtiene al considerar la suicidalidad, así el modelo de efectos conjuntos de género, nivel de severidad de suicidalidad basal, y nivel de CE basal explican el 43% de la varianza del cambio de la suicidalidad a los cuatro meses del inicio de tratamiento en los adolescentes ($F(3, 177) = 45,721, p = ,000$), y el 30% de la varianza del cambio de la suicidalidad a los seis meses del inicio de tratamiento en los adolescentes ($F(3, 159) = 24,492, p = ,000$). En estos modelos, el CE no explica el cambio en el nivel de severidad de suicidalidad, siendo solo el nivel de suicidalidad basal el predictor significativo ($p < ,001$).

A continuación se presentan los resultados de los modelos de regresión para cada una de las escalas del Control Esforzado.

Tabla 15

Resumen del análisis de regresión múltiple del efecto de la Atención basal sobre el cambio de sintomatología depresiva y de la severidad de suicidalidad, a los cuatro y seis meses del inicio de tratamiento

	β	t	R^2	β	t	R^2
	1º Seguimiento (4 meses)			2º Seguimiento (6 meses)		
Sintomatología Depresiva						
			,205			,166
Género	-,117	-1,747		-,136	-1,883	
Sintomatología Depresiva basal	,317	4,481***		,343	4,502***	
Atención	-,194	-2,831**		-,050	-,684	
Severidad de Suicidalidad						
			,420			,295
Género	-,003	-,053		-,127	-1,840	
Severidad de Suicidalidad basal	,603	9,763***		,507	7,011***	
Atención	-,136	-2,343*		,023	,337	

Nota: * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$.

Tabla 16

Resumen del análisis de regresión múltiple del efecto del Control Inhibitorio basal sobre el cambio de sintomatología depresiva y de severidad de la suicidalidad, a los cuatro y seis meses del inicio de tratamiento

	β	t	R^2	β	t	R^2
	1º Seguimiento			2º Seguimiento		
Sintomatología Depresiva						
			,176			,161
Género	-,104	-1,515		-,117	-1,609	
Sintomatología Depresiva basal	,397	5,640***		,369	4,981***	
Control Inhibitorio	,012	,177		,000	,002	
Severidad de Suicidalidad						
			,413			,297
Género	-,007	-,113		-,098	-1,421	
Severidad de Suicidalidad basal	,627	10,33***		,488	7,046***	
Control Inhibitorio	-,081	-1,419		-,119	-1,804	

Nota: * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$.

Tabla 17

Resumen del análisis de regresión múltiple del efecto del Control Activacional sobre el cambio de sintomatología depresiva y de severidad de la suicidalidad, a los cuatro y seis meses del inicio de tratamiento

	β	t	R^2	β	t	R^2
	1º Seguimiento			2º Seguimiento		
Sintomatología Depresiva						
			,165			,161
Género	-,097	-1,405		-,117	-1,619	
Sintomatología Depresiva basal	,388	5,492***		,367	4,964***	
Control Activacional	,016	,231		-,013	-,185	
Severidad de Suicidalidad						
			,412			,303
Género	-,007	-,115		-,106	-1,546	
Severidad de Suicidalidad basal	,644	10,55***		,501	7,219***	
Control Activacional	-,016	-,285		-,077	-1,176	

Nota: * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$.

Los resultados de las Tablas 15, 16 y 17 muestran modelos de efectos conjuntos de género, nivel de sintomatología depresiva basal, y nivel de cada una de las tres dimensiones del CE basales como predictores en modelos separados.

Al ingresar las dimensiones Atención, Control Inhibitorio, y Control Activacional como predictores en modelos separados, se observa que el modelo que incluye el nivel de

Atención basal como predictor, explica el 21% de la varianza del cambio en el nivel de sintomatología depresiva a los cuatro meses del inicio de tratamiento en los adolescentes ($F(3, 188) = 17,943, p < ,001$). Los coeficientes de regresión indican que el modelo que incluye el nivel de Atención basal como predictor tiene una asociación estadísticamente significativa ($\beta = -,19, p = 0,005$) con los niveles de sintomatología depresiva a los cuatro meses del inicio de tratamiento en los adolescentes. Es decir, a mayor nivel de Atención basal menor nivel de sintomatología depresiva a los cuatro meses del inicio del tratamiento en los adolescentes. Adicionalmente, estos modelos (ver Tablas 15, 16 y 17) muestran que los modelos de efectos conjuntos de género, sintomatología depresiva basal, y niveles basales de Atención, Control Inhibitorio, o Control Activacional como predictores en modelos separados, no se asocian en forma significativa con el cambio en el nivel de sintomatología depresiva en el segundo seguimiento a los seis meses del inicio de tratamiento en los adolescentes.

Adicionalmente, al ingresar las dimensiones Atención, Control Inhibitorio y Control Activacional como predictores en modelos separados, se observa que el modelo que incluye nivel de Atención basal explica el 42% de la varianza del cambio de la severidad de la suicidalidad a los cuatro meses del inicio de tratamiento en los adolescentes ($F(3, 183) = 45,973, p = 0,000$). Los coeficientes de regresión indican que el modelo con la dimensión Atención tiene una asociación estadísticamente significativa ($\beta = -,13, p = 0,02$) con el nivel de severidad de la suicidalidad a los cuatro meses del inicio de tratamiento en los adolescentes. Es decir, a mayor nivel de Atención basal menor nivel de severidad de la suicidalidad en el primer seguimiento a los cuatro meses del inicio de tratamiento en los adolescentes.

Los resultados de las Tablas 15, 16 y 17 muestran que los modelos de efectos conjuntos de género, severidad de suicidalidad basal, y niveles basales de Atención, Control Inhibitorio, y Control Activacional como predictores en modelos separados, no explican el cambio en el nivel de severidad de suicidalidad en el segundo seguimiento a los seis meses del inicio de tratamiento en los adolescentes.

En última instancia, se analizó como variable criterio la “ausencia de depresión” en las mediciones a los 4 y 6 meses de inicio del tratamiento, distinguiendo como “presencia de depresión” aquellos adolescentes con 14 o más puntos en el BDI-I (variable dummy código=0), de la categoría “ausencia de depresión” en aquellos adolescentes con 0 a 13 puntos (variable dummy código=1) en el BDI-I (Valdés et al., 2017). Los modelos buscaban evaluar

el efecto del CE en la medición inicial, y sus respectivas dimensiones, sobre la probabilidad de no presentar depresión en el primer y segundo seguimiento; controlando por la severidad de la sintomatología depresiva en la medición inicial (leve, moderada, severa). Estos análisis se realizaron utilizando regresión logística binaria con el método Enter, y se presentan a continuación.

Tabla 18

Modelos de regresión logística binaria para la predicción de mejoría de la sintomatología depresiva de los adolescentes a los cuatro meses del inicio de tratamiento

Modelo	β	SE β	OR	95% CI	
				Inferior	Superior
Modelo 1					
Sexo	,625	,369	1,868	,906	3,848
BDI Severidad Basal (Leve)	1,411***	,437	4,100	1,741	9,658
BDI Severidad Basal (Moderada)	,771*	,349	2,162	1,092	4,281
Autorregulación Basal	,014	,018	1,015	,980	1,050
Constante	-2,259**	,928	,104		
Modelo 2					
Sexo	,636	,367	1,889	,919	3,882
BDI Severidad Basal (Leve)	1,228**	,424	3,416	1,488	7,843
BDI Severidad Basal (Moderada)	,749*	,344	2,115	1,079	4,149
Atención Basal	,093*	,040	1,097	1,014	1,187
Constante	-2,983***	,778	,051		
Modelo 3					
Sexo	,593	,361	1,809	,892	3,669
BDI Severidad Basal (Leve)	1,541***	,429	4,670	2,013	10,836
BDI Severidad Basal (Moderada)	,869*	,346	2,384	1,211	4,692

Control Inhibitorio Basal	,006	,043	1,006	,924	1,095
Constante	-1,703*	,770	,182		
Modelo 4					
Sexo	,556	,361	1,743	,859	3,535
BDI Severidad Basal (Leve)	1,494	,417	4,455	1,966	10,098
BDI Severidad Basal (Moderada)	,775	,342	2,170	1,111	4,239
Control Activacional Basal	-,021	,036	,979	,913	1,051
Constante	-1,181	,735	,307		

Nota: Variable dependiente= Presencia Depresión (código= 0) vs. Ausencia Depresión (código= 1) de depresión en el primer seguimiento (4 meses de la medición basal). Referencia BDI Severidad Basal= Categoría Severa. Sexo= 1= Mujeres.

* $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$.

Respecto de la ausencia de sintomatología depresiva en la segunda medición, los resultados indican que la gravedad de sintomatología depresiva basal ($p < 0,01$) y únicamente la Atención (como dimensión relevante del CE) se asociaron con una mayor probabilidad de mejora ($p < 0,05$). Específicamente, al considerar el Modelo 2, este indica que es más probable que mejoren (que no presenten depresión en esta medición) los adolescentes con sintomatología inicial leve (OR= 3,42; 95 % IC= 1,49 – 7,84), o moderada (OR= 2,12; 95% IC= 1,08 – 4,149), que aquellos que presentan inicialmente síntomas depresivos severos. Además, a mayor puntaje en Atención mayor probabilidad de no presentar depresión, así por cada aumento en un punto de Atención es 1,10 veces (OR= 1,10, 95% IC 1,01- 1,19) más probable mejorar que mantenerse deprimido (ver Tabla 18).

Tabla 19

Modelos de regresión logística binaria para la predicción de mejoría de la sintomatología depresiva de los adolescentes a los seis meses del inicio de tratamiento

Modelo	β	SE β	OR	95% CI	
				Inferior	Superior
Modelo 1					
Sexo	1,243**	,396	3,465	1,595	7,529
BDI Severidad Basal (Leve)	1,000*	,440	2,719	1,149	6,435
BDI Severidad Basal (Moderada)	,521	,342	1,683	,861	3,291
Autorregulación Basal	,010	,018	1,010	,976	1,046
Constante	-2,380*	,934	,093		
Modelo 2					
Sexo	1,161**	,383	3,195	1,507	6,771
BDI Severidad Basal (Leve)	1,033*	,424	2,809	1,222	6,453
BDI Severidad Basal (Moderada)	,475	,334	1,608	,836	3,093
Atención Basal	,006	,039	1,006	,932	1,087
Constante	-1,921**	,743	,146		
Modelo 3					
Sexo	1,070**	,377	2,916	1,394	6,100
BDI Severidad Basal (Leve)	1,040*	,426	2,830	1,229	6,516
BDI Severidad Basal (Moderada)	,414*	,335	1,513	,784	2,920
Control Inhibitorio Basal	,027	,043	1,027	,944	1,117
Constante	-2,099	,772	,123		
Modelo 4					
Sexo	1,166	,384	3,208	1,511	6,808
BDI Severidad Basal (Leve)	1,071	,415	2,919	1,293	6,589
BDI Severidad Basal (Moderada)	,533	,336	1,704	,882	3,290
Control Activacional Basal	,011	,036	1,011	,942	1,085
Constante	-2,046	,755	,129		

Nota: Variable dependiente= Presencia Depresión (código= 0) vs. Ausencia Depresión (código= 1) de depresión en el segundo seguimiento (6 meses de la medición basal). Referencia BDI Severidad Basal= Categoría Severa. Sexo= 1= Mujeres.

* $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$.

Respecto de la ausencia de sintomatología depresiva en la tercera medición (ver Tabla 19), los resultados del modelo 1 indican que el sexo ($p < 0,01$) y la gravedad de sintomatología depresiva al inicio ($p < 0,05$) se asocian con una mayor probabilidad de no presentar depresión. Específicamente, es más probable que mejoren (no presenten depresión) los adolescentes de género femenino (OR= 3,47; 95 % IC= 1,59 – 7,53), y además aquellos que presentaron sintomatología inicial leve (OR= 2,72; 95 % IC= 1,15 – 6,44), que aquellos que presentan inicialmente síntomas depresivos severos.

En esta misma línea, se analizó como variable criterio la suicidalidad de los adolescentes, diferenciando entre las categorías “ideas suicidas con riesgo de intento de suicidio” (de 5 a 9 puntos en la Escala de Suicidalidad, código= 0) de la categoría “ideas suicidas sin riesgo de intento de suicidio” (de 0 a 4 puntos en la Escala de Suicidalidad, código=1), a los 4 y 6 meses de seguimiento. Los modelos buscaban evaluar el efecto del CE en la medición inicial y sus respectivas dimensiones sobre la probabilidad de no presentar riesgo de intento de suicidio, una vez controlando por riesgo suicida en la medición inicial. Estos análisis se realizaron utilizando regresión logística binaria con el método Enter, y se presentan a continuación.

Los modelos indican (ver Tabla 20) que solo el nivel de riesgo de suicidalidad inicial se relaciona con la ausencia de riesgo suicida a los 4 meses de la medición basal. Ni el CE, ni sus dimensiones se relacionan con la ausencia en esta medición. Así, el modelo 1 indica que el no presentar riesgo de intento de suicidio al inicio, se asocia con una mayor probabilidad de no presentar riesgo de intento de suicidio ($p < ,001$) a los cuatro meses de seguimiento; siendo 10 veces más probable que los adolescentes no presenten riesgo de intento de suicidio en la segunda medición (OR= 10,11; 95 % IC= 3,3 – 30,93).

Tabla 20

Modelos de regresión logística binaria para la predicción de no presentar ideas suicidas con riesgo de intento de suicidio en los adolescentes a los cuatro meses del inicio de tratamiento

Modelo	β	SE β	OR	95% CI	
				Inferior	Superior
Modelo 1					
Sexo	,708	,540	2,031	,705	5,854
No Riesgo de Suicidalidad Basal	2,314***	,571	10,110	3,304	30,933
Autorregulación Basal	,036	,025	1,036	,988	1,088
Constante	-2,302	1,343	,100		
Modelo 2					
Sexo	,369	,506	1,466	,536	3,899
No Riesgo de Suicidalidad Basal	1,972***	,461	7,183	2,909	17,733
Atención Basal	,062	,051	1,064	,963	1,176
Constante	-1,220	1,018	,295		
Modelo 3					
Sexo	,383	,505	1,467	,546	3,945
No Riesgo de Suicidalidad Basal	2,107***	,485	8,220	3,179	21,254
Control Inhibitorio Basal	,045	,054	1,046	,940	1,163
Constante	-929	,993	,395		
Modelo 4					
Sexo	,400	,505	1,491	,554	4,014
No Riesgo de Suicidalidad Basal	1,983***	,462	7,262	2,934	17,974
Control Activacional Basal	,009	,047	1,009	,920	1,107
Constante	-,443	1,010	,642		

Variable dependiente= Presencia Riesgo Suicida (código= 0) vs. Ausencia Riesgo Suicida (código= 1) en el primer seguimiento (4 meses de la medición basal). Sexo= 1= Mujeres.

* $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$.

Tabla 21

Modelos de regresión logística binaria para la predicción de no presentar ideas suicidas con riesgo de intento de suicidio en los adolescentes a los seis meses del inicio de tratamiento

Modelo	β	SE β	OR	95% CI	
				Inferior	Superior
Modelo 1					
Sexo	,708	,540	2,031	,705	5,854
No Riesgo de Suicidalidad Basal	2,314***	,571	10,110	3,304	30,933
Autorregulación Basal	,036	,025	1,036	,988	1,088
Constante	-2,302	1,343	,100		
Modelo 2					
Sexo	,702	,526	2,018	,719	5,662
No Riesgo de Suicidalidad Basal	2,162***	,521	8,686	3,127	24,127
Atención Basal	0,24	,051	1,024	,926	1,133
Constante	1,004	1,017	,366		
Modelo 3					
Sexo	,703	,550	2,019	,688	5,931
No Riesgo de Suicidalidad Basal	2,388***	,572	10,896	3,548	33,458
Control Inhibitorio Basal	,152*	,063	1,165	1,030	1,316
Constante	-2,875*	1,156	,056		
Modelo 4					
Sexo	,761	,529	2,140	,759	6,037
No Riesgo de Suicidalidad Basal	2,152***	,523	8,606	3,090	23,969
Control Activacional Basal	,028	,052	1,028	,929	1,139
Constante	-1,166	1,094	,312		

Variable dependiente= Presencia Riesgo Suicida (código= 0) vs. Ausencia Riesgo Suicida (código= 1) en el segundo seguimiento (6 meses de la medición basal). Sexo= 1= Mujeres.

* $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$.

Los modelos contenidos en la tabla 21 indican que el nivel de riesgo de suicidalidad inicial se relaciona con la ausencia de riesgo suicida a los 6 meses de la medición basal, y que si bien el CE no se asocia a dicha variable, si se presentan asociaciones específicas al considerar la dimensión Control Inhibitorio. Así, el modelo 3 indica que el no presentar riesgo de intento de suicidio al inicio (OR= 10,896, 95% IC 3,55- 33,46, $p < ,001$) y el Control Inhibitorio se asocian con una mayor probabilidad de no presentar riesgo de intento de suicidio a los seis meses del inicio de tratamiento ($p < 0,05$). Es decir, a mayor puntaje en Control Inhibitorio mayor probabilidad de no presentar riesgo de intento de suicidio en el segundo seguimiento, donde por cada aumento en un punto de Control Inhibitorio es 1,17 veces (OR= 1,17, 95% IC 1,03- 1,32) más probable no presentar riesgo de intento de suicidio en los adolescentes a los seis meses del inicio de tratamiento (que presentar dicho riesgo).

4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentan los principales resultados del estudio. En primer lugar, se presentan y discuten los resultados que describen las habilidades de CE en adolescentes usuarios de centros de atención primaria que presentan depresión, según nivel de severidad de los síntomas depresivos, y según severidad de la suicidalidad. Posteriormente, se presentan los hallazgos correspondientes a la evolución de la sintomatología depresiva y de la suicidalidad en adolescentes. Y por último, se presentan los principales resultados del poder predictivo del CE basal en el cambio de sintomatología depresiva y de la severidad de la suicidalidad en primer y segundo seguimiento del estudio. Estos resultados se analizan y discuten en el marco de la investigación disponible en el área.

Caracterización de las habilidades de CE en adolescentes usuarios de centros de atención primaria que presentan depresión según nivel de severidad de los síntomas depresivos

Los resultados en la medición basal indican que se presentaron diferencias de promedios en CE según el nivel de severidad de la sintomatología depresiva (leve, moderada y severa). Se observan diferencias en los promedios de CE entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva leve y severa, y entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva moderada y severa, siendo los adolescentes con depresión severa los que presentaron promedios más bajos de CE. Por lo tanto, a mayor sintomatología depresiva se observa menores habilidades de autorregulación en los adolescentes en la evaluación basal. También se presentaron diferencias en los promedios en Atención y Control Inhibitorio según el nivel de severidad de la sintomatología depresiva. Se observan diferencias en Atención entre los adolescentes que presentan sintomatología leve y sintomatología severa, presentando estos últimos un promedio menor en Atención. Por último, en Control Inhibitorio se observan diferencias entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva severa y leve, y entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva severa y moderada, siendo los adolescentes con depresión severa los que presentaron promedios más bajos de Control Inhibitorio. En cuanto a la dimensión Control Activacional, no existen diferencias de promedio según el nivel de severidad de la sintomatología depresiva. Estos resultados dan

cuenta del cumplimiento de la hipótesis planteada de que los adolescentes usuarios de centros de atención primaria con diagnóstico de depresión, con mayor severidad de los síntomas depresivos, presentan menores niveles en sus habilidades de autorregulación previo al tratamiento. Y al realizar el análisis específico con cada una de las dimensiones que componen el CE, únicamente el Control Activacional no se comporta de la misma forma.

En el segundo seguimiento a los seis meses de la evaluación basal, los resultados indican que se presentaron diferencias en los promedios de CE según el nivel de severidad de la sintomatología depresiva: mínima, leve, moderada y severa. Siendo los adolescentes con depresión mínima los que presentaron promedios más elevados de CE. Adicionalmente, se presentaron diferencias en los promedios de las tres dimensiones que componen el CE. En los promedios de Atención son los adolescentes con depresión mínima los que presentaron promedios más elevados de Atención. En los promedios de Control Inhibitorio, también son los adolescentes con depresión mínima los que presentan promedios más elevados de Control Inhibitorio. Por último, en los promedios de Control Activacional se observan diferencias entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva mínima y sintomatología moderada, y entre los adolescentes que presentan sintomatología depresiva mínima y sintomatología severa; siendo mayor el promedio de Control Activacional de los adolescentes con depresión mínima que aquellos adolescentes con depresión moderada o severa, pero no diferenciándose de los adolescentes con depresión leve.

Caracterización de las habilidades de CE en adolescentes usuarios de centros de atención primaria que presentan depresión según severidad de la suicidalidad

Al considerar, si los niveles de CE se diferencian según la presencia de riesgo de intento suicida, los resultados indican que no se observan diferencias entre los adolescentes que presentan riesgo de intento de suicidio y los que no presentan riesgo de intento de suicidio en la evaluación basal. El mismo patrón se obtuvo al considerar las dimensiones del CE (Atención, Control Inhibitorio y Control Activacional) lo cual no avala la hipótesis planteada de que los adolescentes con diagnóstico de depresión con mayor severidad de suicidalidad presenten menores niveles en su capacidad de CE previo al tratamiento. En el primer

seguimiento realizado a los cuatro meses de la evaluación basal, se observan diferencias de promedio en CE y en sus tres dimensiones, siendo mayores los promedios de CE, y de sus tres dimensiones (Atención, Control Inhibitorio, y Control Activacional) en los adolescentes que no presentan riesgo de intento de suicidio. Lo mismo ocurre en los los resultados del segundo seguimiento, realizado a los seis meses de la evaluación basal, donde se presentaron diferencias de promedio en CE y en sus tres dimensiones, según la presencia/ausencia de riesgo de intento de suicidio en los adolescentes; siendo los promedios de CE y de las dimensiones, superiores en los adolescentes que no presentan riesgo de intento de suicidio.

Descripción de la evolución de la sintomatología depresiva, de la suicidalidad y el CE en adolescentes deprimidos que asisten a tratamiento en centros atención primaria

En primer lugar, se observan cambios en el promedio de sintomatología depresiva de los adolescentes, observándose que ésta disminuye en el tiempo. Específicamente, se observa una disminución de los síntomas depresivos al comparar la evaluación basal con el primer seguimiento a los cuatro meses, y también al comparar la evaluación basal con el segundo seguimiento a los seis meses. A su vez, se observa que entre el primer y el segundo seguimiento siguen disminuyendo significativamente los síntomas depresivos.

En relación a la suicidalidad, también se observa disminución de ésta en el transcurso de las tres mediciones. Específicamente, se observa una disminución de la suicidalidad al comparar la evaluación basal con el primer seguimiento a los cuatro meses, y también al comparar la evaluación basal con el segundo seguimiento a los seis meses. Y entre el primer seguimiento y el segundo seguimiento se presentan diferencias, indicando que sigue disminuyendo la suicidalidad reportada por los adolescentes.

Se observa que el CE presenta una evolución entre las tres mediciones realizadas, aumentando el promedio de CE de los adolescentes. Se presentaron diferencias entre el CE basal y el primer seguimiento, también entre la CE basal y el segundo seguimiento a los seis meses. Sin embargo, no observan cambios en la habilidad de CE entre el primer y el segundo seguimiento. En relación a la Atención, se observa una evolución entre las tres mediciones realizadas, donde va aumentando el promedio de los adolescentes en esta habilidad. Se

observa que la Atención de los adolescentes es mayor en el primer y en el segundo seguimiento respecto a la evaluación basal. Sin embargo, entre el primer y segundo seguimiento realizado no se observan diferencias en el promedio de Atención de los adolescentes, comportándose en forma similar al CE. Al considerar el Control Inhibitorio, se observa que presenta una evolución entre las tres mediciones realizadas, aumentando el promedio de los adolescentes en esta habilidad. Se puede observar que existen diferencias en el nivel de Control Inhibitorio entre la medición basal y el primer seguimiento, también entre el nivel de Control Inhibitorio en la medición basal y el segundo seguimiento. Sin embargo, no se observan cambios en la capacidad de Control Inhibitorio entre el primer y el segundo seguimiento, comportándose en forma similar al CE, y su dimensión Atención.

Finalmente, respecto al Control Activacional se observa que presenta una evolución entre las tres mediciones realizadas, donde va aumentando el promedio de los adolescentes en esta habilidad. Se puede observar que existen diferencias en el promedio de Control Activacional entre la medición basal y el primer seguimiento, así como también entre el Control Activacional basal y el segundo seguimiento. Sin embargo, no se observan cambios en la capacidad de Control Activacional entre el primer y el segundo seguimiento, comportándose en forma similar al CE y sus dimensiones Atención y Control Inhibitorio.

Estos resultados dan cuenta que los adolescentes con depresión que asisten a tratamiento en centros de atención primaria disminuyen su sintomatología depresiva y la severidad de la suicidalidad a los cuatro y seis meses después de la evaluación basal, tal como se planteó en la hipótesis del estudio. Sin embargo, es importante destacar que los niveles CE y sus dimensiones basales no mantienen sus niveles en el tiempo como se planteó, sino que las habilidades de CE aumentan específicamente entre la medición basal y el primer seguimiento, a los cuatro meses.

Estimación del poder predictivo del CE basal en el cambio de sintomatología depresiva y de la severidad de suicidalidad, a los cuatro y seis meses del inicio de tratamiento en adolescentes deprimidos que asisten a tratamiento en centros de atención primaria

Los resultados muestran que los efectos conjuntos de género, nivel de sintomatología depresiva basal, y nivel de CE basal explican el 18% de la varianza del cambio de la

sintomatología depresiva a los cuatro meses en los adolescentes; y el 17% de la varianza del cambio de la sintomatología depresiva a los seis meses. En estos modelos, el CE no explica el cambio en nivel de sintomatología depresiva, siendo el nivel de sintomatología basal el único predictor. Similar resultado se obtiene al considerar la suicidalidad, donde los efectos conjuntos de género, nivel de severidad de suicidalidad basal, y nivel de CE basal explican el 43% de la varianza del cambio de la suicidalidad a los cuatro meses en los adolescentes, y el 30% de la varianza del cambio de la suicidalidad a los seis meses. Y el CE no explica el cambio en el nivel de severidad de suicidalidad, siendo predictor únicamente el nivel de suicidalidad basal. Estos resultados no avalan la hipótesis de que los adolescentes caracterizados por elevados niveles de CE pretratamiento, presentarán menores niveles de sintomatología depresiva y de suicidalidad a los cuatro meses después de la evaluación basal, respecto a los adolescentes que presentaban bajos niveles de CE.

Al considerar las dimensiones Atención, Control Inhibitorio, y Control Activacional como predictores por separado, se observa que el nivel de Atención basal, explica el 21% de la varianza del cambio en el nivel de sintomatología depresiva a los cuatro meses. El nivel de Atención basal como predictor se asocia con los niveles de sintomatología depresiva a los cuatro meses en los adolescentes. Es decir, a mayor nivel de Atención basal, menor nivel de sintomatología depresiva a los cuatro meses en los adolescentes. Constituyéndose Atención como una dimensión relevante del CE, y cumpliéndose la hipótesis de que los adolescentes caracterizados por elevados niveles de Atención pretratamiento, presentan menores niveles de sintomatología depresiva a los cuatro después de la evaluación basal.

Adicionalmente, se observa que los efectos conjuntos de género, sintomatología depresiva basal, y niveles basales de Atención, Control Inhibitorio, y Control Activacional como predictores en modelos separados, no se asocian con el cambio en el nivel de sintomatología depresiva en el segundo seguimiento a los seis meses en los adolescentes, rechazando la hipótesis del estudio que los adolescentes caracterizados por elevados niveles de CE pretratamiento, presentan menores niveles de sintomatología depresiva a los seis meses después de la evaluación basal.

En relación al cambio de la severidad de la suicidalidad a los cuatro meses, si se considera las dimensiones Atención, Control Inhibitorio y Control Activacional como predictores en modelos separados, se observa que el nivel de Atención basal explica el 42% de

la varianza del cambio de la severidad de la suicidalidad a los cuatro meses. Por lo tanto, Atención se asocia con el nivel de severidad de la suicidalidad a los cuatro meses, observándose que a mayor nivel de Atención basal menor nivel de severidad de la suicidalidad en los adolescentes en el primer seguimiento. Sin embargo, los efectos conjuntos de género, severidad de suicidalidad basal, y niveles basales de Atención, Control Inhibitorio, y Control Activacional como predictores en modelos separados, no explican el cambio en el nivel de severidad de suicidalidad en el segundo seguimiento a los seis meses.

En última instancia, se analizó la ausencia de depresión en el primer y segundo seguimiento, distinguiendo a los adolescentes entre las categorías: “presencia de depresión” y “ausencia de depresión.” Respecto a los adolescentes que pertenecen a la categoría “ausencia de depresión” en la segunda medición, se observa que la gravedad de sintomatología depresiva basal y la dimensión Atención, como dimensión relevante del CE, se asociaron con una mayor probabilidad de mejora. Específicamente, es más probable que mejoren (“ausencia de depresión” en esta medición) los adolescentes con sintomatología inicial leve o moderada, que aquellos que presentan inicialmente síntomas depresivos severos. Además, a mayor puntaje en Atención, mayor probabilidad de no presentar depresión. Respecto a la “ausencia de depresión” en la tercera medición, se observa que el sexo y la gravedad de sintomatología depresiva al inicio se asocian con una mayor probabilidad de no presentar depresión. Por lo tanto, es más probable que mejoren los adolescentes de género femenino, y además aquellos que presentaron sintomatología inicial leve o moderada, que aquellos que presentan inicialmente síntomas depresivos severos.

Así se puede plantear, en relación a la prevención y el tratamiento de la depresión, que las diferencias atencionales podrían indicar acercamientos terapéuticos diferentes y, que por ejemplo, las terapias que fomenten la focalización de la atención en pensamiento positivos pueden ser beneficiosas inicialmente para las personas con baja capacidad de control atencional, como un entrenamiento enfocado a fortalecer el cambio de foco atencional de forma flexible y que la atención no quedara focalizada solo en los estímulos o pensamientos negativos. Por otra parte, es interesante agregar que los tratamientos biológicos están progresivamente usando medicamentos que buscan facilitar mecanismos frontales, relacionados con la atención (e.g., drogas monoaminérgicas) a distinción de anteriores drogas que deterioran la atención (e.g., benzodiacepinas) (Derryberry & Reed, 1997).

En esta misma línea, se diferenciaron entre las categorías “ideas suicidas con riesgo de intento de suicidio” de la categoría “ideas suicidas sin riesgo de intento de suicidio”, a los 4 y 6 meses de seguimiento. Los modelos buscaban evaluar el efecto del CE en la medición inicial y sus respectivas dimensiones, sobre la probabilidad de no presentar riesgo de intento de suicidio, controlando por riesgo suicida en la medición inicial. Se observó que solo el nivel de riesgo de suicidalidad inicial se relaciona con la ausencia de riesgo suicida a los cuatro meses de la medición basal. Ni el CE, ni sus dimensiones se relacionan con la ausencia en esta medición. El no presentar riesgo de intento de suicidio al inicio, se asocia con una mayor probabilidad de no presentar riesgo de intento de suicidio a los cuatro meses de seguimiento. A su vez, el nivel de riesgo de suicidalidad inicial se relaciona con la ausencia de riesgo suicida a los seis meses de la medición basal, y que si bien el CE no se asocia a dicha variable, si se presentan asociaciones específicas al considerar la dimensión Control Inhibitorio. Así, el no presentar riesgo de intento de suicidio al inicio y el Control Inhibitorio se asocian con una mayor probabilidad de no presentar riesgo de intento de suicidio a los seis meses del inicio de tratamiento. Es decir, a mayor puntaje en Control Inhibitorio mayor probabilidad de no presentar riesgo de intento de suicidio en el segundo seguimiento.

Por lo tanto, si podemos identificar que un adolescente con depresión y con riesgo de suicidalidad presenta bajos niveles Atencionales u bajo Control Inhibitorio, podría ser un objetivo y desafío importante en una intervención, o en psicoterapia, poder promover estas habilidades. En este sentido, se podrían realizar esfuerzos para que una modalidad de tratamiento particular coincida con las características atencionales y control inhibitorio del adolescente. Si un bajo nivel atencional predice menor mejoría de los síntomas de depresión, se podría promover específicamente esta habilidad al inicio de las terapias con los pacientes, por ejemplo a través de un entrenamiento en el uso de estrategias de focalización de la atención, tales como: la distracción de los estímulos negativos y pensamientos negativos, que permitan a los adolescentes cambiar su atención lejos de su dolor, asistir selectivamente a los pensamientos y estímulos positivos, y reinterpretar la situación en términos más benignos. Estas estrategias no solo promoverían que los adolescentes experimenten menor emocionalidad depresiva, sino que también desarrollen nuevas estrategias para el afrontamiento cognitivo al stress. A su vez promover el Control Inhibitorio lo cual se asocia a

presentar menores niveles de suicidalidad, ya que le otorgaría al adolescente la capacidad de inhibir la ejecución de una conducta preponderante o deseada, en pro de realizar una conducta más adaptativa. Si bien algunas terapias cognitivo conductuales tienden a utilizar estas estrategias, las cuales han sido probadas en su efectividad para el tratamiento de la depresión en adolescentes (Williams et al, 2009; USPSTF, 2009), también se podría enfatizar el uso de estas estrategias para el fomento de la atención y el control inhibitorio en psicoterapias de distintos enfoques teóricos, tal como plantea Derryberry y Reed (1997), por ejemplo como fase inicial de un tratamiento, y/o se podrían sumar nuevas intervenciones paralelas computarizadas que apuntan al fomento del desarrollo del control atencional, como las intervenciones que se aplicaron en laboratorios de neurociencia de Estados Unidos y España en niños de 4 a 6 años, los cuales han demostrado su efectividad en mejorar el control atencional (Rueda, Rothbart, McCandliss, Saccomanno, & Posner, 2005; Rueda, Checa, & Santoja, 2008).

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2001). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 495–499.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Alvarado R., Vega J., Sanhueza G., Muñoz M. (2005). Evaluación del Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en atención primaria, en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 278-86.
- Araya, R. et al. (2011). School-based intervention to improve the mental health of low-income, secondary school students in Santiago, Chile (YPSA): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 12-49.
- Barrera M. & Garrison-Jones C. (1988). Properties of the Beck Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 263-273.
- Beck, A.T., Steer R.A., & Garbin M.G. (1998). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty - five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2012). Reportes Estadísticos Comunales. Santiago. Access in: http://reportescomunales.bcn.cl/2012/index.php/Puente_Alto#Tasas_de_natalidad.2C_mortalidad_general_e_infantil_a.C3.B1o_2009 (Accesed in 17 april 2015).
- Birmaher, B. & Brent, D. (2007) Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1503-1526.
- Bramlett, R.K., Scott, P., & Rowell, R. K. (2000). A comparison of temperament and social skills in predicting academic performance in first graders. *Special Services in the Schools*, 16(1-2), 147-158.

- Buckner, J.C., Mezzacappa, E., & Beardslee, W.R. (2009). Self-regulation and its relations to adaptive functioning in low-income youths. *American Journal Orthopsychiatry* 79, 19–30.
- Capaldi, D. M., & Rothbart, M. K. (1992). Development and validation of an early adolescent temperament measure. *Journal of Early Adolescence*, 12, 153–173.
- Calkins, S. D., & Fox, N. A. (2002). Self-regulatory processes in early personality development: A multilevel approach to the study of childhood social withdrawal and aggression. *Development and Psychopathology*, 14, 477–498.
- Cheung, A.H., Zuckerbrot, R.A., Jensen, P.S., Ghalib, K., Laraque, D., Stein, R.E., GLAD-PC Steering Group (2007). Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): II. Treatment and ongoing management. *Pediatrics*, 120(5), e1313–e1326.
- Cicchetti, D. & Cohen, D.J. (2006). *Developmental Psychopathology*. Hoboken, NJ:Wiley. 2nd ed.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: L. Erlbaum Associates.
- Compas, B.E., Connor-Smith, J., & Jaser, S. (2004) Temperament, stress reactivity, and coping: implications for depression in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* , 33, 21–31.
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837–844.
- Cumsille, P. & Martínez, L. (1997). Síntomas de depresión en estudiantes de enseñanza media de Santiago. *Revista Chilena de Pediatría*, 68, 74-77.
- Derryberry, D., Reed, M. (2002). Anxiety-Related Attentional Biases and Their Regulation by Attentional Control. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(2), 225–236.
- Derryberry, D. & Reed, M.A. (1996). Regulatory processes and the development of cognitive representations. *Development and Psychopathology*, 8(1), 215-234.
- Derryberry, D., & Rothbart, M. K. (1997). Reactive and effortful processes in the organization of temperament. *Development and Psychopathology*, 9, 633-652.

- Eisenberg, N., Spinrad, T.L., & Eggum, N.D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 495-525.
- Eisenberg, N., Smith, C.L., Sadovsky, A., & Spinrad, T.L. (2004). Effortful control: Relations with Emotion Regulation, Adjustment, and Socialization in Childhood. En R.F. Baumeister & Kathleen D. Vohs (Ed.), *Handbook of Self-Regulation: Research, theory, and applications* (pp. 259-282). New York: Guilford Press.
- Eisenberg, N., Hofer, C., & Vaughan, J. (2007). Effortful Control and Its Socioemotional Consequences. En J.J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 287-306). New York: Guilford Press.
- Ellis, L. K., & Rothbart, M. K. (April, 2001). Revision of the early adolescent temperament questionnaire. Poster presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis, Minnesota, USA.
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307–335.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 128–140.
- Hautzinger, M. (1991). Das Beck-Depressioninventar (BDI) in der Klinik. *Der Nervenarzt*, 62(11), 689-696.
- Hoffmann, M., Pérez, C., García, C. (Septiembre, 2013). Validation in Chilean population of the Early Adolescent Temperament Questionnaire - Revised (EATQ-R). Paper presented at 16th European Conference on Developmental Psychology (ECDP), Lausanne, Suiza.
- Jane Costello E., Erkanli A., Angold A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1263–1271.
- Kaufman J., Birmaher B., Brent D. et al. (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 & Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.

- Kessler R. C., Avenevoli S., Ries Merikangas K. (2001). Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 49, 1002–1014.
- Kim, S., Brody, G., McBride, V. (2003). Factor structure of the adolescent temperament questionnaire and measurement invariance across gender. *The Journal of Early Adolescence*, 23(3), 268-294. <http://dx.doi.org/10.1177/0272431603254178>
- Klein, D. N., Dyson, M., Kujawa, A., Kotov, R. (2012). Temperament and Internalizing Disorders. In M. Zentner & R. Shiner (Eds.) *Handbook of Temperament*. New York: Guilford Press.
- Kochanska, G., Murray, K., & Harlan, E. (2000). Effortful Control in Early Childhood: Continuity and Change, Antecedents, and Implications for Social Development. *Developmental Psychology*, 36(2), 220-232.
- Kopp, C. B. (1982). Antecedents of self-regulation: A developmental perspective. *Developmental Psychology*, 18, 199–214.
- Lewinsohn P.M., Rohde P., Seeley J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*. 18(7), 765–794.
- Lengua, L. J., & Long, A. C. (2002). The role of emotionality and self-regulation in the appraisal coping process: Tests of direct and moderating effects. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 23, 471–493.
- Lengua, L.J., Honorado, E., & Bush, N.R. (2007). Contextual risk and parenting as predictors of effortful control and social competence in preschool children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28(1), 40-55.
- Lonigan, C. J., & Phillips, B. M. (2001). Temperamental influences on the development of anxiety disorders. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 60–91). New York: Oxford University Press.
- March, J., Silva, S., Petrycki, S., et al. (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292(7): 807–820.
- Ministerio de Salud de Chile. (2006). Guía Clínica Tratamiento de Personas con Depresión. Santiago. Access in:

http://mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/tools/Clinica-practice-guidelines-for-depresion_Chile.pdf (Acceso: 17 abril 2015).

Ministerio de Salud de Chile. (2013). Guía Clínica AUGE. Depresión en personas de 15 años y más. Serie Guías Clínicas MINSAL. Santiago. Access in: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf> (Acceso: 17 abril 2015).

Mischel, W., & Ayduk, O. (2004). Willpower in a cognitive-affective processing system: The dynamics of delay of gratification. En R. Baumeister & K. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 99-129). New York: Guilford Press.

Morales-Reyes, I., Valdés, C., Pérez, J.C., Medellín, A., & Krause, M. (2014). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck I Para la Población Chilena. Artículo enviado a publicación.

Muris, P., & Ollendick, T. H. (2005). The role of temperament in the etiology of child psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(4), 271–289.

Muris, P., Meesters, C., & Blijlevens, P. (2007). Self-reported reactive and regulative temperament in early adolescence: relations to internalizing problem behavior and “Big Three” personality factors. *Journal of Adolescence*, 30, 1035–1049.

Okasha, A., Lataif, F., & Sadek, A. (1981). Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 63(5), 409-415.

Oldehinkel, A.J., Hartman, C.A., Ferdinand, R.F., Verhulst, F.C., Ormel, J. (2007). Effortful control as modifier of the association between negative emotionality and adolescents' mental health problems. *Development and Psychopathology*, 19, 523–539.

Pérez, J. C. & Cumsille, P. (2012). Adolescent temperament and parental control in the development of the adolescent decision making in a Chilean sample. *Journal of Adolescence*, 35, 659-669^[17]_[SEP]

Posner, M. & Rothbart, M. (1998). Summary and Commentary: developing attentional skills. En J.E. Richards (Ed.), *Cognitive neuroscience of attention. A developmental perspective* (pp. 317-323). New Jersey: Erlbaum.

Posner, M.I. & Rothbart, M.K. (2007). *Educating the Human Brain*. Washington DC: APA Books.

- Posner, M. & Rothbart, M. (1998). Summary and Commentary: developing attentional skills. En J.E. Richards (Ed.), *Cognitive neuroscience of attention. A developmental perspective* (pp. 317-323). New Jersey: Erlbaum.
- Putnam, S.P., & Stifter, C.A. (2008). Reactivity and regulation: the impact of Mary Rothbart on the study of temperament. *Infant and Child Development*, 17(4), 311-320.
- Rettew D.C., & McKee, L. (2005). Temperament and Its Role in Developmental Psychopathology. *Harvard Review of Psychiatry*, 13(1), 14-27.
- Rothbart, M. K. (1981). Measurement of temperament in infancy. *Child Development*, 52, 569–578.
- Rothbart, M. K. (1988). Temperament and the development of inhibited approach. *Child Development*, 59, 1241–1250.
- Rothbart, M.K. (2011). *Becoming Who We Are*. New York, NY: The Guilford Press.
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (2006). Temperament. In W. Damon, R. Lerner, & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology, sixth edition: Social, emotional, and personality development* (Vol. 3). 99–106. New York: Wiley.
- Rothbart, M. K., & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. In M. E. Lamb, & A. L. Brown (Eds.), *Advances in developmental psychology* (Vol. 1, pp. 37–86). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rothbart, M. K., Ellis, L. K., Rueda, M. R., & Posner, M. I. (2003). Developing mechanisms of temperamental effortful control. *Journal of Personality*, 71, 1113–1143.
- Rothbart, M. K., Ellis, L. K., Rueda, M. R., & Posner, M. I. (2003). Developing mechanisms of Temperamental Effortful Control. *Journal of Personality*, 71, 1113-1143.
- Rothbart, M. K., Rueda, M. R. (2005). The development of effortful control. En U. Mayr, E. Awh, & S. W. Keele (Eds.), *Developing individuality in the human brain: A tribute to Michael I. Posner* (pp. 167-188). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Rueda, M.R., Rothbart, M.K., McCandliss, B.D., Saccomanno, L., & Posner, M.I. (2005). Training, maturation, and genetic influences on the development of executive attention. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102(41), 14931-14936.

- Rueda, M.R., Checa, P. y Santonja, M. (2008). Training executive attention in preschoolers: Lasting effects and transfer to affective self-regulation. Annual Meeting of Cognitive Neuroscience Society. San Francisco, CA.
- Ruff, H.A., & Rothbart, M.K. (1996). *Attention in Early Development: Themes and Variations*. New York: Oxford University Press.
- Salvo, L. & Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* 46(2), 115-123.
- Salvo, L., Melipillán, R., & Castro, A., (2009). Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Revista chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47(1), 16-23.
- Salmon, K., & Pereira, J. K. (2002). Predicting children's response to an invasive medical investigation: The influence of effortful control and parent behaviour. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 227–233.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Shoda, Y., Mischel, W., & Peake, P.K. (1990) Predicting adolescent cognitive and self-regulatory competencies from preschool delay of gratification: Identifying diagnostic conditions. *Developmental Psychology*, 26(6), 978-986.
- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M.K., et al. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 865– 877.
- Shaffer, D., Gould, M.S., Fisher, P., et al. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 53(4), 339–348.
- Shaffer, D. & Pfeffer, C. (2001) Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), 24S-51S.
- Ten, L. (1982). The use of the Seek Depression Inventory with adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 277-284.

- Thompson, S.F., Zalewski, M., & Lengua, L.J. (2014). Appraisal and coping styles account for the effects of temperament on preadolescent adjustment. *Australian Journal of Psychology*, 2014; 66(2), 122-129.
- U.S. Preventive Services Task Force. (2009). Screening and Treatment for Major Depressive Disorder in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Pediatrics*, 123(4), 1223 -1228
- Van Voorhees, B. W., Mahoney, N., Mazo, R., Barrera, A. Z., Siemer, C. P., Gladstone, T., Muñoz, R. F. (2011). Internet-Based Depression Prevention over the Life Course: A Call for Behavioral Vaccines. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(1), 167 – 183.
- Muris P., & Ollendick, T. H. (2005). The Role of Temperament in the Etiology of Child Psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(4), 271 – 289.
- Ulloa, R.E. et al. (2006). Interrater reliability of the Spanish version of a Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(1), 36-40.
- Vicente et al. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista Médica de Chile*, 140, 447-457.
- Weissman, M.M., Wolk,S., Goldstein, R.B. et al. (1999). Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 281(18),1707-13.
- Williams SB, O'Connor E, Eder M, Whitlock E. (2009) Screening for child and adolescent depression in primary care settings: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*, 123(4), e716-e735.
- World Health Organization. (2012). Public health action for the prevention of suicide. Ginebra. Access in: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf?ua=1 (Accesed in 17 april 2015).
- Zhou, Q., Chen, S.H., & Main, A. (2012). Commonalities and Differences in the Research on Children's Effortful Control and Executive Function: A Call for an Integrated Model of Self-Regulation. *Child Development Perspectives*, 6(2), 112-121.
- Zuckerbrot, R.A., Cheung, A.H., Jensen, P.S., Stein R.E.K., & Laraque, D. (2007). Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics*, 120, e1299-e1312.

6. ANEXOS



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES O TUTORES **“Eficacia de una terapia cognitivo conductual asistida por computador para la depresión en adolescentes en centros de atención primaria de salud en Santiago de Chile”**

Nombre investigadora responsable: Dra. Vania Martínez Nahuel

Proyecto FONDECYT de Investigación N° 11121637

Esta es una invitación para que su hijo/a participe en el estudio “Eficacia de una terapia cognitivo conductual asistida por computador para la depresión en adolescentes en centros de atención primaria de salud en Santiago de Chile” a cargo de la investigadora Dra. Vania Martínez Nahuel, académica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. El objeto de esta carta es ayudarlo/a a tomar la decisión para dar su consentimiento en forma voluntaria para que su hijo/a participe en esta investigación.

Este estudio tiene como objetivo comparar el tratamiento habitual que se realiza en los consultorios para tratar la depresión en adolescentes con un programa de tratamiento que incluye una terapia psicológica que es apoyada con el uso del computador.

Adolescentes de 15 a 19 años que asisten a consultorios de atención primaria que han aceptado participar en esta investigación, serán entrevistados por un médico o psicólogo/a para evaluar la presencia de depresión y otros problemas de salud mental por aproximadamente una hora. En el caso de que el/la adolescente sea diagnosticado/a con una depresión que amerita tratamiento en el consultorio, se le pedirá que conteste unos cuestionarios por aproximadamente 40 minutos que contienen preguntas sobre su estado de ánimo, sus pensamientos y conductas relacionadas, y su calidad de vida. Los principales resultados de estos cuestionarios serán entregados a el/la adolescente y a sus padres o tutores. A el/la adolescente se le solicitará algunos datos para poder contactarlo/a ya sea por vía telefónica, por correo electrónico o en el domicilio y realizar un seguimiento tres y seis meses después en el consultorio. En este seguimiento se le pedirá que complete los mismos cuestionarios realizados al inicio y además se le preguntará su opinión sobre el tratamiento que recibió.

La mitad de los adolescentes que participen en el estudio recibirá el tratamiento habitual del consultorio para la depresión. La otra mitad de los adolescentes recibirá además del tratamiento médico habitual del consultorio, una intervención psicológica apoyada por el computador en el mismo consultorio que consiste en 8 sesiones semanales de 45 minutos de duración cada una. Estas sesiones serán grabadas en audio y algunas de ellas serán escuchadas por uno/a de los/as investigadores/as del estudio para corroborar que el/la terapeuta haya seguido adecuadamente las indicaciones respectivas.

La asignación para participar de uno u otro tratamiento será al azar.

La participación de su hijo/a en el estudio no conlleva ningún tipo de riesgo ni gastos para usted. Ni usted ni su hijo/a recibirán ninguna compensación o ayuda económica por su participación, salvo los gastos de locomoción para el traslado al consultorio en la etapa de seguimiento si se requiere. Sin embargo, la participación de su hijo/a en esta investigación es un aporte, en la medida que, se espera que con los resultados del estudio se generen recomendaciones y sugerencias hacia un mejor tratamiento de la depresión en



la adolescencia.

La información obtenida será tratada confidencialmente y se utilizará sólo en el marco de este estudio con fines académicos. Los formularios y bases de datos y grabaciones del estudio serán resguardados por la investigadora responsable y sólo podrán ser consultados por el equipo de investigación y por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Si usted acepta que su hijo/a participe en este estudio, aún así él/ella tendrá el derecho a retirarse en el transcurso de la investigación si lo estima conveniente, sin tener que dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para él/ella.

Si necesita más información sobre este estudio, puede comunicarse con la Dra. Vania Martínez Nahuel, investigadora responsable de este proyecto, al correo electrónico vmartinezn@med.uchile.cl o al teléfono 29786484.

Si tiene alguna consulta o preocupación respecto a los derechos de su hijo/a como participante de este estudio puede contactar al Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile al correo electrónico mvidela@med.uchile.cl o al teléfono 29786923.

Este documento se firma en dos copias, una para la investigadora y otra para usted.

Yo, _____, he comprendido cabalmente el texto anterior, consiento voluntariamente a que mi hijo/a participe en el estudio y doy mi autorización para la publicación de los datos de mi hijo/a en este estudio en medios de difusión científica, manteniendo su anonimato.

Firma de padre, madre o tutor

Firma de la investigadora responsable

Nombre y firma de la persona que toma conocimiento del consentimiento informado

Lugar y fecha _____



CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES

“Eficacia de una terapia cognitivo conductual asistida por computador para la depresión en adolescentes en centros de atención primaria de salud en Santiago de Chile”

Nombre investigadora responsable: Dra. Vania Martínez Nahuel

Proyecto FONDECYT de Investigación N° 11121637

Esta es una invitación para que participes en el estudio “Eficacia de una terapia cognitivo conductual asistida por computador para la depresión en adolescentes en centros de atención primaria de salud en Santiago de Chile” a cargo de la investigadora Dra. Vania Martínez Nahuel, académica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. El objeto de esta carta es ayudarte a tomar la decisión para dar tu asentimiento en forma voluntaria para participar en esta investigación.

Este estudio tiene como objetivo comparar el tratamiento habitual que se realiza en los consultorios para tratar la depresión en adolescentes con un programa de tratamiento que incluye una terapia psicológica que es apoyada con el uso del computador.

Adolescentes de 15 a 19 años que asisten a consultorios de atención primaria que han aceptado participar en esta investigación, serán entrevistados por un médico o psicólogo/a para evaluar la presencia de depresión y otros problemas de salud mental por aproximadamente una hora. En el caso de que el/la adolescente sea diagnosticado/a con una depresión que amerita tratamiento en el consultorio, se le pedirá que conteste unos cuestionarios por aproximadamente 40 minutos que contienen preguntas sobre su estado de ánimo, sus pensamientos y conductas relacionadas, y su calidad de vida. Los principales resultados de estos cuestionarios serán entregados a el/la adolescente y a sus padres o tutores. A el/la adolescente se le solicitará algunos datos para poder contactarlo/a ya sea por vía telefónica, por correo electrónico o en el domicilio y realizar un seguimiento tres y seis meses después en el consultorio. En este seguimiento se le pedirá que complete los mismos cuestionarios realizados al inicio y además se le preguntará su opinión sobre el tratamiento que recibió.

La mitad de los adolescentes que participen en el estudio recibirá el tratamiento habitual del consultorio para la depresión. La otra mitad de los adolescentes recibirá además del tratamiento médico habitual del consultorio, una intervención psicológica apoyada por el computador en el mismo consultorio que consiste en 8 sesiones semanales de 45 minutos de duración cada una. Estas sesiones serán grabadas en audio y algunas de ellas serán escuchadas por uno/a de los/as investigadores/as del estudio para corroborar que el/la terapeuta haya seguido adecuadamente las indicaciones respectivas.

La asignación para participar de uno u otro tratamiento será al azar. Tu participación en el estudio no conlleva ningún tipo de riesgo ni gastos para ti o tu familia. Ni tú ni tu familia recibirán ninguna compensación o ayuda económica por tu participación, salvo los gastos de locomoción para tu traslado al consultorio en la etapa de seguimiento si lo requieres. Sin embargo, tu participación en esta investigación es un aporte, en la medida que, se espera que con los resultados del estudio se generen recomendaciones y sugerencias hacia un mejor tratamiento de la depresión en la adolescencia.

La información obtenida será tratada confidencialmente y se utilizará sólo en el



marco de este estudio con fines académicos. Los formularios, bases de datos y

grabaciones de audio del estudio serán resguardados por la investigadora responsable y sólo podrán ser consultados por el equipo de investigación y por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Si aceptas participar en este estudio, tendrás el derecho a retirarte en el transcurso de la investigación si lo estimas conveniente, sin tener que dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para ti.

Si necesitas más información sobre este estudio, puedes comunicarte con la Dra. Vania Martínez Nahuel, investigadora responsable de este proyecto, al correo electrónico vmartinezn@med.uchile.cl o al teléfono 29786484.

Si tienes alguna consulta o preocupación respecto a tus derechos como participante de este estudio puedes contactar al Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile al correo electrónico mvidela@med.uchile.cl o al teléfono 29786923.

Este documento se firma en dos copias, una para la investigadora y otra para ti.

Yo, _____, he comprendido cabalmente el texto anterior, asiento voluntariamente a participar en el estudio y doy mi autorización para la publicación de los datos de este estudio en medios de difusión científica, manteniendo mi anonimato.

Firma del/la adolescente

Firma de la investigadora responsable

Nombre y firma de la persona que toma conocimiento del asentimiento informado

Lugar y fecha _____



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES
“Eficacia de una terapia cognitivo conductual asistida por computador para la depresión en adolescentes en centros de atención primaria de salud en Santiago de Chile”

Nombre investigadora responsable: Dra. Vania Martínez Nahuel
Proyecto FONDECYT de Investigación N° 11121637

Esta es una invitación para que participes en el estudio “Eficacia de una terapia cognitivo conductual asistida por computador para la depresión en adolescentes en centros de atención primaria de salud en Santiago de Chile” a cargo de la investigadora Dra. Vania Martínez Nahuel, académica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. El objeto de esta carta es ayudarte a tomar la decisión para dar tu asentimiento en forma voluntaria para participar en esta investigación.

Este estudio tiene como objetivo comparar el tratamiento habitual que se realiza en los consultorios para tratar la depresión en adolescentes con un programa de tratamiento que incluye una terapia psicológica que es apoyada con el uso del computador.

Adolescentes de 15 a 19 años que asisten a que asisten a consultorios de atención primaria que han aceptado participar en esta investigación, serán entrevistados por un médico o psicólogo/a para evaluar la presencia de depresión y otros problemas de salud mental por aproximadamente una hora. En el caso de que el/la adolescente sea diagnosticado/a con una depresión que amerita tratamiento en el consultorio, se le pedirá que conteste unos cuestionarios por aproximadamente 40 minutos que contienen preguntas sobre su estado de ánimo, sus pensamientos y conductas relacionadas, y su calidad de vida. Los principales resultados de estos cuestionarios serán entregados a el/la adolescente y a sus padres o tutores. A el/la adolescente se le solicitará algunos datos para poder contactarlo/a ya sea por vía telefónica, por correo electrónico o en el domicilio y realizar un seguimiento tres y seis meses después en el consultorio. En este seguimiento se le pedirá que complete los mismos cuestionarios realizados al inicio y además se le preguntará su opinión sobre el tratamiento que recibió.

La mitad de los adolescentes que participen en el estudio recibirá el tratamiento habitual del consultorio para la depresión. La otra mitad de los adolescentes recibirá además del tratamiento médico habitual del consultorio, una intervención psicológica apoyada por el computador en el mismo consultorio que consiste en 8 sesiones semanales de 45 minutos de duración cada una. Estas sesiones serán grabadas en audio y algunas de ellas serán escuchadas por uno/a de los/as investigadores/as del estudio para corroborar que el/la terapeuta haya seguido adecuadamente las indicaciones respectivas.

La asignación para participar de uno u otro tratamiento será al azar. Tu participación en el estudio no conlleva ningún tipo de riesgo ni gastos para ti o tu familia. Ni tú ni tu familia recibirán ninguna compensación o ayuda económica por tu participación, salvo los gastos de locomoción para tu traslado al consultorio en la etapa de seguimiento si lo requieres. Sin embargo, tu participación en esta investigación es un aporte, en la medida que, se espera que con los resultados del estudio se generen recomendaciones y sugerencias hacia un mejor tratamiento de la depresión en la adolescencia.

La información obtenida será tratada confidencialmente y se utilizará sólo en el



marco de este estudio con fines académicos. Los formularios, bases de datos y

grabaciones de audio del estudio serán resguardados por la investigadora responsable y sólo podrán ser consultados por el equipo de investigación y por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Si aceptas participar en este estudio, tendrás el derecho a retirarte en el transcurso de la investigación si lo estimas conveniente, sin tener que dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para ti.

Si necesitas más información sobre este estudio, puedes comunicarte con la Dra. Vania Martínez Nahuel, investigadora responsable de este proyecto, al correo electrónico vmartinezn@med.uchile.cl o al teléfono 29786484.

Si tienes alguna consulta o preocupación respecto a tus derechos como participante de este estudio puedes contactar al Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile al correo electrónico mvidela@med.uchile.cl o al teléfono 29786923.

Este documento se firma en dos copias, una para la investigadora y otra para ti.

Yo, _____, he comprendido cabalmente el texto anterior, consiento voluntariamente a participar en el estudio y doy mi autorización para la publicación de los datos de este estudio en medios de difusión científica, manteniendo mi anonimato.

Firma del/la adolescente

Firma de la investigadora responsable

Nombre y firma de la persona que toma conocimiento del asentimiento informado

Lugar y fecha _____

IDENTIFICACIONES

CONSULTORIO	
PROCEDENCIA O REFERIDO POR	

Identificación del Adolescente

NOMBRE COMPLETO	
RUT	
DIRECCIÓN	
EDAD	
TELEFONO (particular u otro)	(Celular)
EMAIL	
COLEGIO	

Identificación del Adulto Responsable

NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
RUT	
DIRECCION	
EDAD	
TELEFONO (Particular u otro)	(Celular)
E-MAIL	

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

ID Participante	
ID Consultorio	
Fecha	

ANTECEDENTES PERSONALES

EDAD	Fecha de Nacimiento
SEXO	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
CURSO	No Asiste <input type="checkbox"/> Ultimo curso rendido
DONDE NACIO	
NACIONALIDAD DEL PADRE	
NACIONALIDAD DE LA MADRE	

ANTECEDENTES FAMILIARES

I Marque con una X los que viven con el paciente

	SI	NO
Mamá biológica	1	2
Padre Biológico	1	2
Madrastra	1	2
Padrastro	1	2
Padres Adoptivos	1	2
Hermanos	1	2 ¿Con cuántos?
Abuelos	1	2
Otros Parientes	1	2 ¿Con quién?
Otros NO Parientes	1	2 ¿Con quién?
Residencia Institucional	1	2
Otros	1	2 ¿Con quién?

¿Quién es el principal sostenedor del hogar?	
--	--

II Nivel educacional del jefe de hogar (Marque con una X)

	Mamá	Papá	Otro
Sin estudios			
Educación Básica incompleta			
Educación Básica completa			
Educación Media incompleta			
Educación Media completa			
Educación Superior técnico incompleta			
Educación Superior técnico completa			
Educación Superior o Universitaria incompleta			
Educación Superior o Universitaria completa			

¿Cuántas personas están viviendo en tu hogar incluyéndote a ti?	
---	--

¿Cuál es la profesión o trabajo de la persona que aporta el principal ingreso de este hogar?

Trabajos menores ocasionales e inferiores (lavado, aseo, servicio doméstico ocasional, cuidador de autos, limosna)	
Oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio doméstico con contrato	
Obrero calificado: capataz, junior, micro empresario (kiosco, taxi, comercio menor, ambulante)	
Empleado administrativo medio y bajo, vendedor, secretaria, jefe de sección. Técnico especializado. Profesional independiente de carreras técnicas (contador, analista de sistemas, diseñador, músico). Profesor primario o secundario	
Ejecutivo medio (gerente o sub-gerente), gerente general de empresa media o pequeña. Profesional independiente de carrera tradicional (abogado, médico, arquitecto, ingeniero, agrónomo).	
Alto ejecutivo (gerente general) de empresa grande. Directores de grandes empresas. Empresarios propietarios de empresas medianas y grandes. Profesionales independientes de gran prestigio.	

ANTECEDENTES MEDICOS

I ¿El adolescente ha recibido atención Psicológica y/o	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿Hace cuanto tiempo?				
¿Por qué motivo?				

II Antecedentes Familiares Psiquiátricos	
--	--

BDI

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, puede marcarla también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

A	F
0. No me siento triste 1. Me siento triste 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo 3. Ya no puedo soportar esta pena	0. No siento que esté siendo castigado/a 1. Me siento como si fuese a ser castigado/o 2. Siento que me están castigando o que me castigarán 3. Siento que merezco ser castigado/a
B	G
0. No me siento pesimista, ni creo que las cosas me vayan a salir mal 1. Me siento desanimado/a cuando pienso en el futuro 2. Creo que nunca me recuperaré de mis penas 3. Ya no espero nada bueno de la vida, esto no tiene remedio	0. No estoy decepcionado de mí mismo/a. 1. Estoy decepcionado de mí mismo/a. 2. Estoy muy descontento/a conmigo mismo/a 3. Me odio, me desprecio
C	H
0. No me considero fracasado/a 1. Creo que he tenido más fracasos que la mayoría de la gente 2. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso 3. Me siento una persona totalmente fracasada	0. No creo ser peor que otras personas 1. Me critico mucho por mis debilidades y errores 2. Continualmente me culpo de todo lo que va mal 3. Siento que tengo muchos y muy graves defectos
D	I
0. Las cosas me satisfacen tanto como antes 1. No disfruto de las cosas tanto como antes 2. Ya nada me llena 3. Estoy harto/a de todo	0. No tengo pensamientos de hacerme daño 1. Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo 2. Siento que estaría mejor muerto/a o que mi familia estaría mejor si yo me muriera 3. Me mataría si pudiera
E	J
0. No me siento culpable 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones. 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. 3. Todo el tiempo me siento una persona mala y despreciable	0. No lloro más de lo habitual 1. Ahora lloro más de lo normal 2. Ahora lloro continuamente, no puedo evitarlo 3. Antes podía llorar, ahora no lloro aunque quisiera

K	Q						
0. No estoy más irritable que normalmente 1. Me irrito o enojo con más facilidad que antes 2. Me siento irritado/a todo el tiempo 3. Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba	0. No me canso más de lo normal 1. Me canso más fácilmente que antes 2. Cualquier cosa que hago me cansa 3. Estoy demasiado cansado/a para hacer nada						
L	R						
0. No he perdido el interés por los demás 1. Me intereso por la gente menos que antes 2. He perdido casi todo mi interés por los demás 3. Los demás no me importan en absoluto	0. Tengo el mismo apetito que siempre 1. No tengo tan buen apetito como antes 2. Ahora tengo mucho menos apetito 3. He perdido totalmente el apetito						
M	S						
0. Tomo mis decisiones como siempre 1. Estoy inseguro/a de mi mismo/a y evito tomar decisiones 2. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda 3. Ya no puedo tomar decisiones en absoluto	0. No he perdido peso últimamente 1. He perdido más de 2 kilos 2. He perdido más de 5 kilos 3. He perdido más de 8 kilos Estoy bajo dieta para adelgazar: SI NO						
N	T						
0. No me siento con peor aspecto que antes 1. Me preocupa que ahora parezca más viejo/a o poco atractivo/a 2. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo/a 3. Creo que tengo un aspecto horrible	0. No estoy más preocupado/a por mi estado de salud que lo habitual 1. Estoy preocupado/a por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago, o estreñimiento 2. Estoy preocupado/a por mi salud y me es difícil pensar en otra cosa 3. Estoy tan preocupado/a por mis problemas de salud que soy incapaz de pensar en otra cosa						
O	U						
0. Puedo trabajar tan bien como siempre 1. Tengo que hacer un esfuerzo especial para iniciar algo 2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo 3. Soy incapaz de hacer algún trabajo	0. No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo 1. Estoy menos interesado/a en el sexo que antes 2. Actualmente me siento mucho menos interesado/a en el sexo 3. He perdido todo mi interés por el sexo						
P							
0. Duermo tan bien como siempre 1. Me despierto más cansado/a por la mañana 2. Me estoy despertando una o dos horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a quedarme dormido/a 3. Me despierto varias horas más temprano todas las mañanas y no logro dormir más de 5 horas	<table border="1" style="border-style: dashed; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Subtotal Página 1</td> <td style="width: 50px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Subtotal Página 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Total</td> <td></td> </tr> </table>	Subtotal Página 1		Subtotal Página 2		Total	
Subtotal Página 1							
Subtotal Página 2							
Total							

ID Participante	
ID Consultorio	
Fecha	

TAMIZAJE

Trastornos Depresivos

Afecto depresivo

P N S

Se refiere a los sentimientos subjetivos de depresión basados en quejas verbales o por sentimientos depresivos, tristeza, infelicidad, vacío, malos sentimientos, **ganas de llorar**. No incluye componentes cognoscitivos (como desánimo, pesimismo, desprecio), intentos suicidas o apariencia depresiva.. Algunos niños negarán sentirse tristes y sólo mencionan que se sienten mal por lo que es importante investigar acerca de cada afecto disfórico. No se toman en cuenta los sentimientos de ansiedad o tensión. La irritabilidad sin algún otro afecto disfórico persistente no debe ser cuantificada (rasgo).. En la entrevista con los padres, el “sentido intuitivo” de la mamá de que el niño con frecuencia se siente triste puede ser considerado como evidencia positiva del afecto deprimido del niño siempre y cuando el padre no se encuentre deprimido en la actualidad.

0 0 0 Sin información.

1 1 1 No del todo o menos de una vez por semana.

2 2 2 Subumbral: Con frecuencia experimenta ánimo disfórico al menos 3 veces por semana por más de 3 horas en cada ocasión.

3 3 3 Umbral: Se siente “deprimido” casi todo el día.

Duración del síntoma:

¿Te has sentido triste, vacío, melancólico o desanimado? ¿Tenías ganas de llorar? ¿Cuándo fue esto? ¿Te sientes _____ ahora? ¿Hubo algún otro momento en que te sintieras _____? ¿Tuvoiste algún otro sentimiento malo? ¿Tuvoiste algún mal sentimiento todo el tiempo del cual no podías deshacerte? ¿Lloraste o tenías ganas de llorar? ¿Te sentías _____ todo el tiempo o solo parte del tiempo? (¿Que porcentaje del día pasó el niño manifestando estos síntomas?)

Pasado:

P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

¿Este sentimiento iba y venía? ¿Con qué frecuencia? ¿Diario? ¿Cuánto duraba? ¿Qué crees que lo ocasionaba?

(Evalúe la relación entre el afecto depresivo y la separación con el responsable del niño) ¿Te sentías triste cuando tu mamá no estaba? Si la separación de la mamá es dada como una causa: ¿Te sentías _____ cuando tu mamá estaba contigo? ¿Te sentías un poco mejor o el sentimiento estaba ausente? ¿Otras personas podían decir cuando estabas triste? ¿Cómo podían decirlo? ¿Te veías diferente?

Nota: En ocasiones, al inicio de la entrevista el niño dará una respuesta negativa a lo que se le pregunta pero en el transcurso de la entrevista llegará a estar triste. Por lo tanto, las preguntas iniciales se repetirán empleando el estado de ánimo actual y usándolo como ejemplo para determinar la frecuencia. De forma similar, si el reporte de la mamá indica que el niño se encuentra triste casi todo el tiempo y el niño lo niega, éste debe ser confrontado con la opinión de la mamá para posteriormente preguntarle el porqué cree que su mamá piensa que él se siente triste con tanta frecuencia.

Nota: Cuando el niño o el padre reportan frecuentes períodos de tristeza a lo largo del día, es probable que el niño siempre se encuentre triste y que sólo se reporten las exacerbaciones, para lo cual la evaluación del afecto depresivo será de 3. Además, es esencial preguntar acerca del tiempo restante: “¿Además de estos momentos en el que te sientes _____ el resto del día te sientes feliz o estabas más triste que tus amigos?”

Irritabilidad y enojo

P N S

Sentimientos subjetivos de irritabilidad, enojo, mal carácter, resentimiento, ya sea expresado abiertamente o no.

Evalúe la intensidad y duración del sentimiento

<i>¿Hubo algún momento en el que te sentías irritable o enojado por cosas insignificantes? ¿Hubo algún momento en que te enojaste mucho? ¿Cuándo? ¿Estás así en este momento? ¿Hubo algún otro momento en el que te sentiste _____? ¿Qué cosas te hacen _____?</i>	0	0	0	Sin información.
<i>¿Te sentías enojado aunque no lo demostrabas? ¿Qué tan enojado? ¿Más que antes? ¿Que cosas te hacen enojar? ¿Alguna ves te sentiste enojado o irritado y no sabías el porqué? ¿Te ocurre con frecuencia? ¿Te enojas demasiado? ¿Con tu familia? ¿Con tus amigos? ¿Con alguien más? ¿En la escuela? ¿Qué hacías? ¿Te decían algo acerca de eso? ¿Cuanto tiempo te sentías enojado o irritado? ¿Todo el tiempo? ¿Mucho tiempo? ¿Sólo ahora y entonces? ¿En ningún momento? ¿Cuando te enojabas, que pensabas? ¿Pensabas en matar a otros o en lastimarte? ¿Lastimar a otros o torturarlos? ¿A quien? ¿Tenías un plan? ¿Cuál?</i>	1	1	1	Menos de una vez por semana.
	2	2	2	Subumbral: Se siente más enojado o irritable de lo que la situación amerita, al menos 3 veces por semana por más de 3 horas en cada ocasión. Expresa con facilidad su molestia.
	3	3	3	Umbral: Se siente irritado o enojado diario o casi diario, por lo menos el 50% del tiempo. O con frecuencia grita, o pierde el control

Duración del síntoma:

Pasado:

P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma

Si la irritabilidad se presenta por períodos breves junto con un estado depresivo especialmente no provocado, debe tomarse en cuenta al evaluar manía/hipomanía

Anhedonia, pérdida de interés, apatía, baja motivación o aburrimiento P N S

Aburrimiento es un término que todos los niños comprenden y que con frecuencia se refiere a la pérdida de la capacidad de goce (anhedonia) o la pérdida de interés o ambos. La pérdida de placer e interés no son mutuamente excluyentes y pueden presentarse en forma conjunta.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | Sin información. |
| 1 | 1 | 1 | Ausente |
| 2 | 2 | 2 | Subumbral: Diversas actividades son menos placenteras o interesantes. Aburrido o apático al menos 3 veces por semana durante estas actividades. |
| 3 | 3 | 3 | Umbral: Muchas actividades son menos placenteras o interesantes. Aburrido o apático diario o casi diario, al menos el 50% del tiempo durante estas actividades. |

¿Qué cosas haces para divertirte? ¿Te diviertes? (De ejemplos: nintendo, deportes, amigos, juegos favoritos, materias escolares, excursiones, actividades familiares, programas televisivos favoritos, juegos de video o computadora, música, baile, jugar solo, leer, salir, etc)
¿Hubo algún momento en que estuvieras aburrido por mucho tiempo? ¿Cuándo? ¿Te sientes aburrido ahora? ¿Te sientes aburrido cuando piensas en hacer cosas que usualmente te divertían? (De ejemplos como los mencionados con anterioridad) ¿Esto te impedía hacer las cosas? ¿Te sientes aburrido mientras haces cosas que antes disfrutabas?

Duración del síntoma:

Anhedonia se refiere a la pérdida parcial o total de la habilidad para tener placer, disfrutar o divertirse en la realización de actividades que eran atractivas para el niño como las mencionadas anteriormente. También se refiere a los placeres básicos resultado de las comidas favoritas y, en adolescentes, de las actividades sexuales.

¿Buscas hacer las cosas que antes disfrutabas? ¿Tratas de involucrarte en ellas? ¿Tienes que forzarte para hacer tus actividades favoritas? ¿Te interesan? ¿Te emocionas o te sientes entusiasmado al hacerlas? ¿Por qué no? ¿Te divertirías igual que antes al hacer estas actividades antes de que te sintieras triste? ¿Si las disfrutas menos, es tan sólo un poco menos? ¿Mucho menos? ¿No las disfrutas? ¿Te diviertes igual que tus amigos? ¿Cuántas cosas son menos divertidas ahora de lo que eran antes? ¿Cuántas eran igual de divertidas? ¿Más divertidas? Hacías _____ menos que antes? ¿Qué tanto menos?

Pasado:

P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

En adolescentes si es sexualmente activo: *¿Disfrutas el sexo igual que antes? ¿Tienes menos actividad sexual que antes?*

Este reactivo no se refiere a la incapacidad para realizar las actividades (pérdida de habilidad para concentrarse en la lectura, en juego, T.V., materias escolares, etc.

Deben realizarse dos comparaciones en cada evaluación: Diversión comparada con aquella de los compañeros y/o comparada con la que el niño tenía antes de estar deprimido. La segunda no es posible llevarla a cabo en episodios crónicos ya que normalmente las preferencias del niño se modifican con la edad. La severidad se determina por el número de actividades que el niño disfruta con menos intensidad, y por el grado de pérdida de la habilidad para disfrutar.

a. Pensamiento recurrentes de muerte

P N S

En ocasiones los niños o los adolescentes que se sienten molestos o se sienten mal, desean estar muertos o sienten que estarían mejor muertos. ¿Alguna vez has tenido estos pensamientos? ¿Cuándo? ¿Te sientes así ahora? ¿Hubo algún otro momento en el que te sintieras de esa forma?

0 0 0 Sin información.
 1 1 1 Ausente.
 2 2 2 Subumbral: Pensamientos transitorios de muerte.
 3 3 3 Umbral: Recurrentes pensamientos de muerte "Estaría mejor muerto" o "Deseo estar muerto"

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

b. Ideación suicida

P N S

Incluye la preocupación con pensamientos de muerte o suicidio así como alucinaciones en donde el niño escucha una voz que le ordena que se mate y que incluso le sugiere el método.

No incluye el miedo a morir.

En ocasiones los niños que se sienten molestos o se sienten mal piensan en morirse e incluso en suicidarse. ¿Has tenido estos pensamientos? ¿Cómo lo harías? ¿Tienes algún plan?

0 0 0 Sin información.
 1 1 1 No del todo.
 2 2 2 Subumbral: Pensamientos ocasionales de suicidio pero no ha pensado en un método específico.
 3 3 3 Umbral: Con frecuencia piensa en el suicidio y ha pensado en algún método.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

c. Intentos suicidas - severidad

P N S

Juzgue la severidad del intento suicida expresado en el acto suicida: Probabilidad de ser rescatado, precauciones para no ser descubierto, acciones para que le ayuden durante o después del intento, grado de planeación, motivo aparente del intento (manipulatorio o verdadero intento suicida).

0 0 0 Sin información.
1 1 1 Sin intento o sin intención de morir (manipulatorio como tener pastillas en la mano).

¿Has tratado de suicidarte? ¿Cuándo? ¿Qué hiciste? ¿Realmente querías morir? ¿Qué tan cerca estuviste de lograrlo? ¿Había alguien en el cuarto? ¿En la casa o departamento? ¿Dijiste que lo ibas a hacer? ¿Cómo te encontraron? ¿Realmente querías morir? ¿Pediste ayuda después de que intentase suicidarte?

2 2 2 Subumbral: Presente, pero muy ambivalente
3 3 3 Umbral: Intento suicida explícito.

Duración del síntoma: (número de IS en los últimos 6 meses)

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

d. Intentos suicidas -letalidad médica

P N S

Se refiere a la amenaza médica actual hacia la vida o a la condición física posterior al intento suicida más severo. Tome en cuenta el método, deterioro o daño de la consciencia al momento de ser rescatado, severidad de la herida o daño físico, toxicidad del material ingerido, reversibilidad, tiempo necesario para una completa recuperación y tratamiento médico requerido.

0 0 0 Sin información.
1 1 1 Sin intento o sin intención de morir (ejem.. Tener píldoras en la mano).

¿Qué tan cerca de morir estuviste después del intento suicida más severo? ¿Qué hiciste cuando trataste de suicidarte? ¿Que ocurrió después de que trataste de suicidarte?

2 2 2 Subumbral: ejem., tomó 10 aspirinas, gastritis leve.
3 3 3 Umbral: ejem., tomó 10 benzodicepinas breve inconsciencia

Duración del síntoma: (número de IS en los últimos 6 meses)

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

e. Actos no suicidas de autodaño

P N S

Se refiere a la automutilación u otros actos hechos sin la intención de suicidarse.

0 0 0 Sin información

¿Alguna vez has tratado de lastimarte? ¿Te has quemado con cerillos/velas? ¿Te has herido con agujas/cuchillos? ¿Con tus uñas? ¿Has puesto monedas calientes en tu piel? ¿Algo más? ¿Con qué frecuencia? ¿Porqué lo hacías? ¿Has tenido muchos accidentes? ¿Qué clase de accidentes? ¿Con qué frecuencia?

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Infrecuente (1-3 veces por año). Nunca se ha causado una lesión severa.

Algunos niños hacen estas cosas porque quieren suicidarse, y otros lo hacen porque se sienten mejor después de hacerlo ¿Porqué lo hacías?

3 3 3 Umbral: Frecuente (4 o más veces por año) o se ha causado una lesión severa (quemaduras con cicatriz, fractura de huesos).

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección de trastornos depresivos del suplemento #1, trastornos afectivos, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación del pasado de cualquiera de los reactivos, complete la sección de trastornos depresivos del suplemento #1, trastornos afectivos, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Sin evidencia de trastorno depresivo.

Notas: (Registre las fechas de posibles trastornos depresivos actuales y pasados).

ID Participante	
ID Consultorio	
Fecha	

Suplemento de Trastornos Afectivos K-SADS-PL-Mex

Suplemento de Depresión

1.- Falta de respuesta ante estímulos positivos por ánimo deprimido o irritable P N S

Se extiende hasta una mejoría temporal en el afecto cuando éste se encuentra asociado a eventos ambientales positivos. Para pacientes con trastorno por ansiedad de separación, diferencie entre mejoría en síntomas de ansiedad y depresivos (especialmente en pacientes hospitalizados durante la entrevista), lo cual será evaluado posteriormente. Las calificaciones toman en cuenta tanto la extensión como la duración en la mejoría del afecto.

0	0	0	Sin información
1	1	1	Ausente: Buen respondedor a eventos ambientales, tanto en extensión como en duración de la mejoría.
2	2	2	Subumbral: Responde algo a los estímulos pero aún así se siente deprimido. El afecto mejora de forma parcial y se mantiene por más de unos cuantos minutos.
3	3	3	Umbral: "Picos Breves". El afecto se eleva por no más de unos cuantos minutos en respuesta a estímulos positivos, luego el ánimo baja nuevamente.

¿Si alguien tratara de animarte, lo lograría? ¿Te ha ocurrido algo bueno desde que empezaste a sentirte _____?

Si, ¿que fue?

No, ¿estás seguro?

¿Algo un poco bueno? ¿Esto hizo que te sintieras un poco mejor?

Si, ¿qué tan bien te sentías? ¿Te sentías feliz? ¿Te reías por algo? ¿Cuando te sentías peor, alguna vez este sentimiento se fue? ¿Cuando tenías tu mente en otras cosas o cuando algo bueno ocurría, el sentimiento se iba? ¿Se iba todo el sentimiento? ¿Qué hacía que el sentimiento se fuera? (ejem., ¿cuando jugabas con otros niños?) ¿Cuánto duraba el sentimiento de felicidad? ¿Minutos? ¿Horas? ¿Todo el día? ¿Te sentías mal sin importar lo que estuviera pasando?

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

2.- Calidad del ánimo disfórico diferente a la pena P N S

Se extiende hasta los sentimientos subjetivos de depresión que siente el niño los cuales son cualitativamente diferentes de la clase de sentimientos que debería sentir tras la muerte de alguien a quien quería, una mascota o por la soledad o por el sentimiento de perder a alguien en una experiencia de separación (más común en la vida del niño). De ser posible, obtenga una evaluación inicial para hacer una comparación de los sentimientos de ausencia, pena, o soledad durante el período en el que el niño no estaba deprimido.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | Sin información o incapaz de entender la pregunta. |
| 1 | 1 | 1 | Ausente: Sin diferencia o sólo más severo. |
| 2 | 2 | 2 | Subumbral: Cuestionable o sólo una diferencia mínima. |
| 3 | 3 | 3 | Umbral: Definitivamente diferente. |

NOTA: El padre sólo puede reportar este reactivo si el niño ha manifestado esto de forma espontánea previamente.

Duración del síntoma:

¿Este sentimiento es diferente al que tuviste cuando algún amigo se mudó, o cuando alguno de tus padres salió de la ciudad por algún tiempo? ¿Es como "extrañar a alguien" o un sentimiento de "soledad"? ¿Cómo es diferente? ¿Alguien cercano a ti ha muerto? ¿Una mascota? ¿El sentimiento que tienes ahora de estar (triste, deprimido) es diferente al sentimiento que tuviste después de que _____murió?

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

3.- Variación diurna del afecto

P N S

Peor por la Mañana

Al menos durante una semana hubo una fluctuación persistente del afecto (deprimido o irritable) en la primera o segunda mitad del día. Califique a pesar de los cambios regulares del ambiente. No califique positivo si el sentimiento empeora sólo cuando el niño se va a dormir, cuando va a la escuela u otros momentos de separación. El peor período debe tener una duración de al menos 2 horas. Pregunte acerca de fines de semana. Asegúrese que el empeoramiento se refiera a un ánimo disfórico y no a los efectos de la ansiedad o del medio ambiente.

0 0 0

Sin información

1 1 1

Ausente: No es peor en las mañanas o es variable o no está deprimido por las mañanas

2 2 2

Subumbral: Empeoramiento mínimo o cuestionable o por menos de dos horas.

3 3 3

Umbral: Empeoramiento notable por al menos 2 horas.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N(___) S (___)

Duración del síntoma:

¿Te sientes más _____ en las mañanas cuando te despiertas, o en las tardes o por las noches? ¿Te sientes mucho peor o sólo un poco mal? ¿Cuánto dura? ¿Ocurre cuando llegas de la escuela, después de cenar? ¿Cuándo te empiezas a sentir mejor?

¿Qué tan peor? ¿Cuando te sientes peor, es un sentimiento diferente o es el mismo sentimiento aumentado?

(Utilice eventos regulares como base: almuerzo, la segunda clase de la mañana, programas de TV, después de cenar, etc.)

0 0 0

Sin información

1 1 1

Ausente: No se encuentra peor por las noches o es variable o sin afecto deprimido.

2 2 2

Subumbral: Empeoramiento mínimo o cuestionable o por menos de 2 horas.

3 3 3

Umbral: Empeoramiento notable por al menos 2 horas.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

4.- Alteraciones del dormir

Los trastornos del dormir incluyen la dificultad inicial, media y terminal para conciliar o mantenerse dormido. No califique si el niño no siente la necesidad de dormir. Tome en cuenta el número de horas estimadas que el niño duerme y la experiencia subjetiva de pérdida del dormir.

Normalmente un niño de 6-8 años debe dormir aproximadamente 10 horas +/- una hora. Entre 9-12 años - 9 horas +/- una hora. Entre 12-16 años - 8 horas +/- 1 hora.

a.- Insomnio inicial

P N S

¿Tienes problemas para quedarte dormido? ¿Cuánto tiempo tardas en quedarte dormido?

- 0 0 0 Sin información.
- 1 1 1 Ausente
- 2 2 2 Subumbral: Menos de 2 horas la mayoría de las noches.
- 3 3 3 Umbral: Dos horas o más la mayoría de las noches.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

b.- Insomnio intermedio

P N S

¿Te despiertas a la mitad de la noche? ¿Cuántas veces? ¿Cuánto tiempo tardas en volverte a dormir?

- 0 0 0 Sin información
- 1 1 1 Ausente
- 2 2 2 Subumbral: Menos de 30 minutos la mayoría de las noches.
- 3 3 3 Umbral: Más de 30 minutos la mayoría de las noches

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

c.- Insomnio Terminal

P N S

¿Cuando te sientes triste, a que hora te despiertas por las mañanas? ¿Te despiertas antes de lo que deberías?

- 0 0 0 Sin información
- 1 1 1 Ausente
- 2 2 2 Subumbral: Menos de 30 minutos la mayoría de las noches.
- 3 3 3 Umbral: Más de 30 minutos la mayoría de las noches.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

d.- Ciclo circadiano invertido

P N S

¿Cuando te sientes deprimido, duermes a distintas horas de lo usual? ¿En ocasiones estás despierto hasta tarde, como a las 4:00 a.m., y luego duermes al día siguiente hasta la tarde?

- 0 0 0 Sin información
- 1 1 1 Ausente
- 2 2 2 Subumbral: Menos de 1 día por semana.
- 3 3 3 Umbral: Más de un día por semana.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

e.- Sueño no reparador

P N S

¿Te sientes descansado cuando te despiertas?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Experiencia subjetiva de haber dormido poco y dificultad para levantarse. Efecto mínimo o nulo en el funcionamiento una vez ya levantado.

3 3 3 Umbral: Sentimiento subjetivo de cansancio junto con dificultad para levantarse y que provoca un sentimiento de flojera que persiste sólo una parte del día.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

f.- Hipersomnia

P N S

No califique positivo si el tiempo de dormir en el día más el de la noche equivale al tiempo normal de dormir (siestas compensatorias)

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente: O necesita dormir menos de lo usual

Aumento de la necesidad de dormir, dormir más de lo usual. Investigue acerca de hipersomnia aunque el insomnio se haya calificado 3. Duerme más de lo usual en un período de 24 horas.

2 2 2 Subumbral: Duerme al menos 1 hora más de lo usual varias veces por semana.

¿Estás durmiendo más de lo usual? ¿Te vuelves a dormir después de que te despiertas en las mañanas? ¿Cuándo empezaste a dormir más de lo usual? ¿Antes tomabas siestas? ¿Cuántas horas dormías antes de que empezaras a sentirte triste?

3 3 3 Umbral: Duerme al menos 2 horas más de lo usual varias veces por semana.

Duración del síntoma:

Los padres pueden referir que si no despertaran al niño, regularmente él podría dormir > 11-12 horas y que actualmente lo hace, cada vez que está solo. Esto recibe un puntaje de 3.

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

5.- Fatiga, falta de energía y cansancio

P C S

Esto es un sentimiento subjetivo (**No confundir con la falta de interés**) (Evalúe la presencia aunque el sujeto sienta que es secundario al insomnio).

0 0 0 Sin información.

1 1 1 No del todo o más energía de lo usual.

¿Te has sentido cansado? ¿Con qué frecuencia?

¿Te sientes cansado todo el tiempo? ¿La mayor parte del tiempo? ¿Parte del tiempo? ¿Ahora y antes? ¿Cuándo empezaste a sentirte tan cansado? ¿Fue después de que empezaste a sentirte _____? ¿Tomas siestas porque te sientes cansado? ¿Qué tanto? ¿Tienes que descansar?

2 2 2 Subumbral: En ocasiones se siente más cansado o con menos energía de lo usual.

¿Sientes tus brazos y piernas pesadas? ¿Te es difícil hacer algo?¿Mover tus piernas? ¿Te sientes así todo el tiempo?

3 3 3 Umbral: Con frecuencia se siente cansado y sin energía. Tiene que descansar (no dormir) durante el día.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

6.- Alteraciones cognoscitivas

P N S

a.- Concentración, falta de atención o lentitud del pensamiento

(La información de la escuela puede ser crucial para la evaluación de este reactivo)

0 0 0 Sin información

Quejas (o evidencia del maestro) de habilidad disminuida para pensar o concentrarse que no estaba presente en el mismo grado antes del inicio del episodio. Distinga de la falta de interés o motivación. (No incluya si se encuentra asociado con un trastorno formal del pensamiento)

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Consciente de su falta de atención pero no causa dificultades más que el esforzarse más en el trabajo escolar.

¿Sabes lo que significa concentrarse? Algunos niños tienen muchos problemas para concentrarse. Por ejemplo, tienen que leer una página de un libro y no pueden tener su mente en ello por lo que se tardan mucho en hacerlo o no lo pueden hacer, no pueden poner atención.

3 3 3 Umbral: Interfiere con el trabajo escolar. olvidadizo.

Duración del síntoma:

¿Has tenido esta clase de problemas? ¿Cuándo comenzó? ¿Tu pensamiento es más lento? ¿Si te esfuerzas mucho puedes concentrarte? ¿Te toma más tiempo hacer tu tarea? ¿Cuando tratas de concentrarte en algo, tu mente se distrae con otros pensamientos? ¿Puedes poner atención en la escuela? ¿Puedes poner atención cuando quieres hacer algo que te gusta? ¿Se te olvidan demasiado las cosas? ¿A qué cosas le puedes poner atención? ¿No te puedes concentrar? o ¿son cosas que no te interesan o no te importan? ¿Tenías antes este problema? ¿Cuándo comenzó?

Nota: Si el niño tiene un trastorno por déficit de atención, no califique positivo, a menos que los problemas para concentrarse empeoren y que esté asociado con el inicio del ánimo deprimido.

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

b.- Indecisión

P N S

¿Cuando te sentías triste, se te dificultaba tomar decisiones? ¿Como darte cuenta que el recreo había terminado antes de que pudieras decidir que era lo que querías hacer?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Subumbral: Dificultad para tomar decisiones, con un efecto moderado en el funcionamiento.

3 3 3 Umbral: Dificultad para tomar decisiones. Con un efecto moderado a severo en el funcionamiento

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

7.- Apetito / Peso

P N S

a.- Apetito disminuido

Compare el apetito con el usual o con el de los compañeros si el episodio es de mayor duración. Asegúrese de diferenciar entre la disminución de comida ingerida debido a una dieta o por pérdida de apetito.

- 0 0 0 Sin información.
- 1 1 1 No del todo - normal o incrementado.
- 2 2 2 Subumbral: Disminución del apetito diario o casi diario (ejem.. botanas regulares no son consumidas).
- 3 3 3 Umbral: Disminución moderada en el apetito diario o casi diario (ejem., come menos de lo usual, deja de hacer algunas comidas).

Sólo evalúe la pérdida del apetito.

¿Cómo está tu apetito? ¿Con frecuencia sientes hambre? ¿Comes más o menos que antes? ¿Dejas comida en el plato? ¿Cuándo comenzaste a perder tu apetito? ¿En ocasiones te tienes que forzar a comer? ¿Cuándo fue la última vez que te sentiste hambriento? ¿Estás haciendo dieta? ¿Qué clase de dieta?

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

b.- Pérdida de Peso

P N S

Pérdida total del peso normal desde el inicio del episodio (o un máximo de 12 meses). Asegúrese de que no ha estado a dieta. En la evaluación de la pérdida de peso es preferible obtener el peso de registros médicos anteriores o por el pediatra del niño. Si el niño tiene entre 5-11 años de edad y no ha subido aproximadamente 1.5 kg. en un período de 6 meses, se considera como pérdida de peso. Los agrupamientos son: Debajo del tercer percentil: entre 3-10, 10-25, 25-50, 50-75, 75-90, 90-97, y por encima del percentil 97. Evalúe este reactivo aunque posteriormente el niño haya subido de peso o tenga sobrepeso. De ser posible, verifique el peso en el momento de la entrevista.

- 0 0 0 Sin información
- 1 1 1 Sin pérdida de peso (se mantiene en el mismo grupo de percentil).
- 2 2 2 Subumbral: Pérdida del 3-4% del peso o menos.
- 3 3 3 Umbral: Pérdida del 5% o más.

¿Has perdido peso desde que te empezaste a sentir triste? ¿Cómo lo sabes? ¿Te queda grande tu ropa? ¿Cuándo fue la última vez que te pesaron? ¿Cuánto pesabas entonces? ¿Y ahora? (pese al niño).

Duración del síntoma:

NOTA: No califica positivo si el niño padece anorexia.

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

c.- Aumento de apetito

P N S

Comparado con el usual. Investigue acerca de este reactivo aunque los reactivos de anorexia y/o pérdida de peso hayan recibido una puntuación de 2-3.

0 0 0 Sin información

1 1 1 No del todo - normal o disminuido.

2 2 2 Subumbral: En ocasiones come entre comidas más de lo usual, o sus comidas son más abundantes.

¿Has estado comiendo más que antes? ¿Desde cuándo? ¿Te sientes con hambre todo el tiempo? ¿Te sientes así todo el día? ¿Comes menos de lo que te gustaría comer? ¿Por qué? ¿Tienes antojo de dulces? ¿Qué cosas comes demasiado?

3 3 3 Umbral: La mayoría de los días come entre comidas mucho más de lo usual o sus comidas son mayores en cantidad.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

d.- Aumento de Peso

P N S

Aumento en el peso comparado con el usual durante el presente episodio (o el máximo de los últimos 12 meses) No incluye el aumento de peso que anteriormente había perdido o el aumento de peso de acuerdo al percentil usual del niño.

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Sin aumento de peso (se mantiene dentro del mismo percentil).

¿Has subido de peso desde que empezaste a sentirte triste? ¿Cómo lo sabes? ¿Has tenido que comprar ropa porque la que tenías ya no te quedaba? ¿Cuánto pesabas la última vez que te pesaron?

2 2 2 Subumbral: Ha subido del 3-4% o menos.

¿Cuándo fue la última vez que te pesaron?

3 3 3 Umbral: Ha subido 5% o más.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

8.- Alteraciones Psicomotoras

a.- Agitación

P N S

Incluye la incapacidad para estar quieto, movimientos continuos, inquietud, movimientos repetitivos de labios o dedos, torcer las manos, jalarse la ropa y hablar demasiado. Para que se califique positivo, tales actividades deben presentarse **mientras el sujeto se siente deprimido, no asociado a un síndrome de manía**, y no limitado a períodos aislados cuando se discuten temas molestos. **No se incluyen los sentimientos subjetivos de tensión o inquietud** que con frecuencia son llamados agitación. Tome en cuenta sus observaciones durante la entrevista, lo reportado por el niño y lo reportado por el padre en cuanto al comportamiento del niño durante el episodio.

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 0 | 0 | 0 | Sin información |
| 1 | 1 | 1 | No del todo, retardado o asociado con un síndrome maniaco. |
| 2 | 2 | 2 | Subumbral: En ocasiones incapaz para estar quieto en una silla, se mueve o se jala y/o frota. |
| 3 | 3 | 3 | Umbral: Con frecuencia no puede permanecer sentado en clase, se mueve continuamente, etc., casi siempre se muestra perturbado. |

Duración del síntoma:

¿Desde que te sientes triste, hay momentos en los que no puedes estar quieto, o tienes que estar moviéndote y no puedes parar? ¿Caminas de arriba a abajo? ¿Tuerces tus manos? (Demostrar) ¿Jalas tu ropa, cabello, piel u otras cosas? ¿La gente te dice que no hables tanto? ¿Hacías esto antes de que te empezaras a sentir (triste)? ¿Cuando haces estas cosas, es porque te sientes triste o porque te sientes con mucho ánimo o grandioso? ¿Si alguien te hubiera filmado mientras desayunabas y hablabas con tu (mamá) y lo hubieran hecho antes de que te (deprimieras) y lo volvieran hacer estando (deprimido), podrías ver alguna diferencia? ¿Cuál sería? ¿Qué es lo que yo vería?

Prueba: ¿Te tomaría más tiempo antes o mientras estás (deprimido)? ¿Un poco más? ¿Mucho más? ¿Si yo viera un video o escuchara una cinta de su hijo mientras estaba deprimido y otra cuando no estaba deprimido, podría decir si hay alguna diferencia?

Si, ¿Qué es lo que vería o escucharía diferente?

Asegúrese de que la referencia no sea en torno al contenido del lenguaje o actos o expresión facial. Se refiere sólo a la velocidad y ritmo.

Nota: Si el niño tiene un trastorno por déficit de atención, no califique como positivo el reactivo de agitación psicomotora a menos de que exista un empeoramiento en la agitación que corresponda con el inicio del ánimo deprimido.

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

b. Retardo psicomotor

P N S

Enlentecimiento visible y generalizado del movimiento físico, reacciones y lenguaje. Incluye latencias en el lenguaje.

0 0 0 Sin información.

Asegúrese de que el enlentecimiento se presenta en la actualidad y que no es tan solo un sentimiento subjetivo. Para la calificación del reactivo tome en cuenta sus observaciones durante la entrevista, lo reportado por el niño y sus padres acerca del comportamiento del niño durante el episodio.

1 1 1 No del todo.

2 2 2 Subumbral: La conversación es notablemente retardada pero no deformada, y/o movimiento corporal lento.

¿Desde que empezaste a sentirte (triste) has notado que no te puedes mover tan rápido como antes? ¿Has notado que se te dificulta empezar a hablar? ¿Ha disminuido la velocidad de tu lenguaje? ¿Hablas mucho menos que antes? ¿Desde que empezaste a sentirte triste, sientes que te mueves como en cámara lenta? ¿Otras personas lo han notado?

3 3 3 Umbral: Le es difícil mantener la conversación, y/o sus movimientos son muy lentos.

Duración del síntoma:

¿Si alguien tomara un vídeo mientras estabas comiendo o hablando con tu (mamá), y tomaran ese mismo vídeo antes de que estuvieras (deprimido) y cuando estás deprimido podría ver alguna diferencia? ¿Que sería? ¿Qué es lo que vería? ¿Qué es lo que escucharía?

Prueba: ¿Tomaría más tiempo antes o cuando estabas deprimido? ¿Un poco más? ¿Mucho más?

¿Si viera un vídeo o escuchara alguna cinta de su hijo en casa mientras está deprimido y otra cuando no estaba deprimido, podría yo identificar la diferencia? Si, ¿qué es lo que vería (escucharía) diferente?

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

9.- Percepciones de sí mismo

a. Autodesprecio/imagen negativa de sí mismo P N S

Incluye sentimientos de inadecuación, inferioridad, fallas y autodevaluación, depreciación, menosprecio. 0 0 0 Sin información

Evalúe sin hacer caso de qué tan “realista” es la evaluación negativa de sí mismo. 1 1 1 No del todo

¿Cómo te sientes acerca de ti mismo? ¿Te gusta cómo eres? ¿Por qué o ¿Por qué no? ¿Piensas que eres bonito o feo? ¿Piensas que eres brillante o tonto? ¿Te gusta tu personalidad o te gustaría ser diferente? ¿Con qué frecuencia te sientes así?

2 2 2 Subumbral: En ocasiones se siente inadecuado o le gustaría cambiar un aspecto de sí mismo (ejem., imagen, inteligencia o personalidad). Es capaz de identificar algunos atributos positivos de sí mismo.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia se siente inadecuado o le gustaría cambiar 2 o más aspectos de sí mismo (ejem.. imagen, inteligencia o personalidad).

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

b.- Culpa excesiva o inadecuada

P N S

Investigue acerca del autoreproche, por cosas hechas o no hechas, incluyendo delirios de culpa. Evalúe de acuerdo a la proporción entre la intensidad de los sentimientos de culpa o la severidad del castigo que el niño piensa que merece y las fechorías actuales.

0 0 0 Sin información

1 1 1 No del todo.

2 2 2 Subumbral: En ocasiones se siente muy culpable por acciones del pasados, significando que el niño exagera y que la mayoría de los niños ya hubieran olvidado.

Cuando las personas dicen o hacen cosas buenas, usualmente se sienten bien, y cuando dicen o hacen cosas malas se sienten mal . ¿Te sientes mal por cosas que has hecho? ¿Qué hiciste? ¿Con qué frecuencia piensas en eso? ¿Cuándo haces eso? ¿Qué significa que te sientas culpable por algo? ¿Cuánto tiempo te sientes así? ¿La mayor parte del tiempo? ¿Mucho tiempo? ¿Poco tiempo? ¿No del todo?

3 3 3 Umbral: Con frecuencia siente culpa que no puede explicar o por cosas que objetivamente no son su culpa. (excepto sentirse culpable por la separación de los padres y/o divorcio el cual es normativo y no recae en él a una evaluación positiva de culpa en el reactivo, excepto si ésta persiste después de repetidas pláticas con los padres).

¿De qué cosas te sientes culpable? ¿Te sientes culpable por cosas que no has hecho? ¿O que no son tu culpa? ¿Te sientes culpable por cosas que tus padres u otras personas hacen? ¿Sientes que tú provocas cosas malas? ¿Piensas que debes ser castigado por eso? ¿Qué castigo mereces? ¿Te gustaría ser castigado? ¿Qué es lo que hacen tus padres para castigarte? ¿Piensas que es suficiente?

Duración del síntoma:

Para muchos niños es mejor dar un ejemplo concreto como: *“Te voy a platicar acerca de tres niños y me vas a decir a cuál te pareces más. El primero es un niño que hace algo malo y se siente mal por haberlo hecho, va y se disculpa con la persona, las disculpas son aceptadas y se olvida lo que ocurrió. El segundo niño es como el primero pero después de que las disculpas fueron aceptadas, no puede olvidar lo que hizo y sigue sintiéndose mal por una o dos semanas. El tercer niño que no hizo algo muy grave, se siente culpable incluso por cosas que en realidad no eran su culpa como... ¿Cuál de estos tres niños es como tú? Es útil que se ratifique la comprensión del niño a las preguntas pidiéndole que dé un ejemplo, como la última vez que se sintió culpable “como el niño de la historia”.*

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

10.- Desesperanza, vulnerabilidad, desánimo y pesimismo P N S

Visión negativa hacia el futuro, con respecto a su vida y problemas actuales. Este reactivo se refiere al contenido de las ideas y no a los sentimientos.

0 0 0 Sin información

¿Qué piensas que te va a pasar? ¿Piensas que vas a estar mejor? ¿Un poco mejor? ¿Crees que podemos ayudarte? ¿Cómo? ¿Crees que alguien te puede ayudar? ¿Quién? ¿Cómo? ¿Qué te gustaría hacer (ser) cuando seas grande? ¿Crees que la vas a hacer? ¿Por qué no? ¿Te has rendido? ¿Has sentido que tu muerte está cerca? ¿Has sentido que el mundo está cerca de terminar? ¿Piensas que vas a sufrir para siempre? ¿Con qué frecuencia te sientes así? ¿Estás seguro de que no hay esperanza para ti? ¿Cómo lo sabes? ¿Puede haber una pequeña esperanza para ti?

1 1 1 No se muestra tan desanimado con respecto al futuro.

2 2 2 Subumbral: Sentimientos transitorios de desánimo moderado a severo con respecto al futuro.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia se siente pesimista con respecto al futuro. Las expectativas a futuro aparecen oscuras.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

11.- Sensibilidad al rechazo P N S

¿Te sientes desanimado cuando un amigo te dice que te va a hablar y no lo hace? ¿Cuánto tiempo te sientes así? ¿Si te peleas con tu mamá y piensas que ella está enojada contigo, hace que te derrumbes? ¿Cuánto dura este sentimiento? ¿Qué tan malo es? ¿Hay veces en que tus amigos o alguien de tu familia te ignora y te deja? ¿Qué pasa? ¿Hace que te desanimas?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: El niño experimenta breves períodos transitorios de rechazo que precipitan disforia. La disminución en el ánimo no persiste por más de un día y no se encuentra asociado con severa sintomatología depresiva (ejem.. tendencias suicidas).

3 3 3 Umbral: El rechazo que precipita disforia persiste por varios días o se asocia con sintomatología depresiva severa (ejem.. tendencias suicidas).

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

Códigos: 0=sin información, 1=no, 2=si

Otros Criterios	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
1.- Evidencia de un precipitante	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
(Especifique): _____ _____						
2.- Los Síntomas se presentan o empeoran con el período menstrual						
(Para mujeres adolescentes): <i>¿Has encontrado alguna relación entre tu ciclo menstrual y tu ánimo? ¿Te deprimas cada mes justo antes o después de que empezaste tu período?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
3.- Deterioro						
a. Social (con compañeros): _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b. Familiar: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c. Escolar: _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

	Sumario EA			Sumario EMSP		
4.- Evidencia de EDM (DSM-III-R/ DSM-IV)						
1.- Cumple los criterios (puntuación 3) de al menos 5 síntomas depresivos que se encuentran presentes durante el mismo período de dos semanas, incluyendo un síntoma de los reactivos (ejem., animo deprimido, animo irritable, o anhedonia), además de desesperanza/culpa, alteraciones del sueño, fatiga, concentración / indecisión, cambio en apetito / peso, alteraciones psicomotoras, o pensamientos recurrentes de muerte / suicidio; y	0	1	2	0	1	2
2. Se ha descartado etiología orgánica (farmacológica) ;						
3. La depresión no es una reacción normal ante la pérdida de un ser querido (VER DSM-III-R);						
4.- En ningún momento se han presentado delirios o alucinaciones por al menos dos semanas en la ausencia de prominentes síntomas afectivos; y						
5.- No cumple los criterios para esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme						

ID Participante	
ID Consultorio	
Fecha	

TAMIZAJE

Manía, Psicosis y Sustancias

Manía

Alegría, humor expansivo P C S

Animo elevado y/o actitud eufórica hacia el futuro. Diferencie del ánimo normal y sujetos con depresión crónica. No evalúe como positivo si el humor elevado se reporta en situaciones como Navidad, cumpleaños, parques de diversiones, los cuales normalmente son sobreestimulantes y hacen que el niño se entusiasme.

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Ausente

¿Hubo algún momento en el que te sintieras muy bien, realmente contento o alegre? ¿Más de lo normal?

Si es impreciso:

¿Sentías como que no había nada que no pudieras hacer?

¿Sentías que todo iba a salir como tu querías? ¿Te ponías muy simple? ¿Estabas más simple que la mayoría de tus amigos?

¿Tus amigos te decían algo de que estuvieras "de simple" o muy contento? ¿Si la gente te veía, hubieran pensado que sólo estabas de buen humor o hubieran pensado algo más? ¿Te ponías como si estuvieras borracho? ¿Te sentías super-contento? ¿Me puedes dar algunos ejemplos?

¿Cuánto duraba este sentimiento?

2 2 2 Subumbral: Humor elevado y visión positiva que puede estar fuera de proporción de acuerdo a las circunstancias. Esto se presenta al menos 3 veces por semana y persiste por más de 3 horas en cada ocasión.

3 3 3 Umbral: El humor y la actitud están claramente fuera de proporción de acuerdo a las circunstancias. Es notable para otros y se percibe como exagerado. Experimenta humor elevado diario o casi diario al menos el 50% del tiempo durante al menos 4 días - o por períodos más cortos pero de forma repetida (ejem.j. en un período extenso por un día del mes se encuentra con el humor elevado).

Nota: No evalúe como positivo si el humor elevado es debido a drogas

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

Necesidad de dormir disminuida P N S

¿Alguna vez has dormido menos de lo usual para sentirte descansado? ¿Cuánto duermes normalmente? ¿Permaneces despierto porque te sientes animado o con mucha energía? 0 0 0 Sin información.
 ¿Estando solo o con amigos? ¿Mientras consumías alguna droga? 1 1 1 Ausente

Nota: No evalúe positivo si el decremento en la necesidad de dormir es producto de un evento social o por uso de drogas, o si refleja el típico patrón irregular de sueño del adolescente. 2 2 2 Subumbral: De 1 a 2 horas menos de lo usual por dos o más noches consecutivas. Se siente animado o con mucha energía.

Observe si se reporta insomnio o hipersomnia en respuesta a los reactivos 3 3 3 Umbral: 3 o más horas menos de lo usual por dos o más noches consecutivas. Duerme menos porque se siente animado o con mucha energía no se siente cansado al día siguiente.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

Incremento en la actividad dirigida a una meta P N S

¿Ha habido algún momento en el que te sintieras más activo de lo normal o hacías más actividades de lo usual? ¿Estuviste trabajando en proyectos escolares o de tu casa? ¿Salías más de lo usual? ¿Estabas sexualmente más activo de lo normal? ¿Como era tu estado de ánimo en ese momento? ¿Qué sentías de ti mismo? ¿Te sentías más confiado de lo usual? 0 0 0 Sin información.
 1 1 1 Ausente.
 2 2 2 Subumbral: Ligero pero definitivo incremento en el nivel general de actividad que involucra diversas áreas (ejem. trabajo, escuela, social, sexualidad).

Nota: Sólo califique positivo si el incremento de actividad se presenta durante un período de cambio de ánimo (alegría, irritabilidad) o incremento de confianza y seguridad en sí mismo. 3 3 3 Umbral: Incremento moderado a severo en el nivel general de actividad que involucra diversas áreas o un marcado incremento en una o más áreas. La participación en actividades es excesiva, más de lo que se podía esperar en un niño de su edad.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

Velocidad del pensamiento

P N S

¿Alguna vez tus pensamientos han ido tan rápido que te ha sido difícil controlarlos? ¿Alguna vez has sentido que había muchas ideas en tu mente? ¿Podías controlar estos pensamientos si querías? ¿Cómo era tu estado de ánimo en ese momento?

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Ausente

Evalúe de acuerdo a los datos reportados por el informante o por los datos observados. Evalúe positivo solo de la velocidad del pensamiento se presenta durante un cambio de estado de ánimo (ejem.. alegría, irritabilidad).

2 2 2 Subumbral: La velocidad del pensamiento provoca una ligera molestia o deterioro.

3 3 3 Umbral: La velocidad del pensamiento provoca una molestia o deterioro significativo. Los pensamientos no pueden ser controlados de forma voluntaria.

Nota: Si la velocidad del pensamiento fue el único reactivo inicialmente apoyado, vuelva a preguntar acerca del estado de ánimo (ejem. alegría e irritabilidad), sueño y nivel de actividad durante los períodos donde se reporta un incremento en la velocidad del pensamiento

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N(___) S (___)

Duración del síntoma:

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección actual de manía del suplemento #1, trastornos afectivos, después de finalizar con el tamizaje inicial.

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación del pasado de cualquiera de los reactivos, complete la sección del pasado de manía del suplemento #1, trastornos afectivos, después de finalizar con el tamizaje inicial.

__ Sin evidencia de manía

Notas: (Registre las fechas de posibles episodios actuales o pasados de manía).

Psicosis

1. Alucinaciones

P N S

Algunas veces, cuando los niños están solos, escuchan voces o ven cosas o huelen cosas y no saben con certeza de donde provienen.

¿Alguna vez te ha ocurrido eso? Pláticame de eso.

0 0 0 Sin información.

¿Hubo algún momento en el que escucharas voces cuando estabas solo? ¿Qué escuchabas? ¿Has escuchado que alguien te llama cuando no había nadie a tu alrededor? ¿Qué cosas escuchas?

1 1 1 Ausente.

¿Alguna vez has escuchado música que otros no podían oír?

¿Alguna vez has visto cosas que no estaban en realidad? ¿Qué me puedes decir acerca de sombras u otros objetos moviéndose?

2 2 2 Subumbral: Probables alucinaciones.

¿Alguna vez has visto fantasmas? ¿Cuándo? ¿Esto solo ocurría en la noche cuando tratabas de dormir o te ocurría también durante el día? ¿Qué veías?

¿Alguna vez has percibido un olor extraño alrededor de ti?

3 3 3 Umbral: Presencia inequívoca de alucinaciones.

Nota: Si la presencia de alucinaciones es probable, antes de calificar este reactivo, evalúe la convicción que tiene el sujeto de la realidad de las alucinaciones con los siguientes reactivos.

Duración del síntoma:

¿Qué piensas que era? ¿Crees que fue tu imaginación? ¿Crees que fue real cuando lo (escuchaste, viste, oliste, etc.)?

¿Qué hiciste cuando lo (viste, escuchaste, oliste, etc.)? ¿Las voces que escuchaste (o alucinaciones) se presentaron cuando estabas dormido o despierto? ¿Pudo haber sido un sueño?

¿Te sucedían cuando tratabas de quedarte dormido? ¿Cuándo te despertabas? ¿Solo cuando estaba oscuro? ¿Ocurrieron en algún otro momento? ¿cuando ocurrieron tenías fiebre o habías cerveza, vino u alcohol? o ¿Habías tomado alguna droga cuando esto ocurrió? ¿Fue como un pensamiento o como una voz (ruido) o una visión?

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

2.- Delirios

P N S

¿Sabes lo que es la imaginación? Pláticame. ¿Alguna vez tu imaginación te jugó trucos? ¿Qué clase de trucos? Pláticame más acerca de ellos. ¿Has tenido ideas acerca de cosas que no le has dicho a nadie por temor a que no te entendieran? ¿Qué ideas? ¿Crees en cosas que las demás personas no creen? ¿Como qué?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

Pregunte acerca de los siguientes delirios:

2 2 2 Subumbral: Probables delirios.

¿Alguna vez has sentido que alguien te ha querido lastimar? ¿Quién? ¿Porqué?

3 3 3 Umbral: Presencia inequívoca de delirios

¿Alguna vez has pensado que eres una persona muy importante o grandiosa?

Duración del síntoma:

¿Cuando estabas con personas que no conocías, pensabas que hablaban de ti?

¿Alguna vez has sentido que algo le pasaba a tu cuerpo, como creer que se pudre por dentro o que algo muy malo le pasaba a tu cuerpo?

¿Alguna vez has sentido que el mundo se iba a acabar?

¿Con qué frecuencia has pensado en _____?

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación actual de alguno de los reactivos, complete la sección actual del suplemento #2, trastornos psicóticos, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación sobre el pasado de alguno de los reactivos, complete la sección sobre el pasado del suplemento #2, trastornos psicóticos, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Sin evidencia de psicosis

Notas: (Registre las fechas de posibles alucinaciones y delirios actuales y pasados).

Abuso de Alcohol

(0= Sin información; 1= No; 2= Si)

Comience esta sección con una breve entrevista semiestructurada (2-3 minutos) para obtener información con respecto a los hábitos en el consumo de bebidas alcohólicas.

Prueba: *¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste una copa? ¿Cuál es tu bebida favorita? ¿Tienes algún grupo de amigos con los que usualmente bebes, o usualmente bebes solo? ¿Donde bebes generalmente? ¿En la casa? ¿En las fiestas? ¿En la casa de algún amigo? ¿En la calle? ¿En bares? ¿Existe alguna ocasión especial en la que te guste beber más que en otros momentos? ¿Bailes de la escuela u otras fiestas? ¿Qué edad tenías cuando empezaste a beber con regularidad, digamos dos copas o más por semana? ¿En los últimos 6 meses ha existido alguna semana en la que al menos bebiera dos copas?*

	Padre	Niño	Sumario
1.- Uso			
a. Edad del primer consumo regular			
b. Bebe dos copas en una semana, cuatro o más veces.	0 1 2	0 1 2	0 1 2

__Si recibió una calificación de 2 en el reactivo previo, continúe con las preguntas de la siguiente página.

__Si no hay evidencia de uso actual o pasado de alcohol vaya a la sección de abuso de sustancias de la página 59.

Abuso de Alcohol

1.- Cantidad

P N S

¿Cuál ha sido la mayor cantidad de alcohol que has bebido en un día? ¿Cuándo fue eso? ¿En los últimos 6 meses, cuánto ha sido lo más que has bebido en un día?

0 0 0 Sin información.

1 1 1 1-2 copas.

2 2 2 3 o más copas

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

2.- Frecuencia

P N S

¿Hasta cuántos días en una semana has tomado alcohol? ¿Usualmente bebes viernes y sábados por la noche? ¿En el transcurso de la semana también?

0 0 0 Sin información

1 1 1 1-2 días.

2 2 2 3 o más días.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

3.- Preocupación de otros por la bebida P N S

¿Alguien se ha quejado por tu forma de beber? ¿Tus amigos? ¿Tus padres? ¿Maestros? ¿Te has preocupado por esto?

0 0 0 Sin información

1 1 1 No

2 2 2 Si

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

__Si recibió una calificación de 2 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección actual de abuso de drogas del suplemento #5, abuso de sustancias y otros trastornos, después de finalizar el tamizaje inicial.

__Si recibió una calificación de 2 en la evaluación del pasado de cualquiera de los reactivos, complete la sección del pasado de abuso de drogas del suplemento #5, abuso de sustancias y otros trastornos, después de finalizar el tamizaje inicial.

__Sin evidencia de abuso de alcohol.

Notas: (Registre las fecha de posible abuso de alcohol actuales y del pasados).

Uso de Sustancias

(0= Sin información; 1= No; 2= Si)

Antes de iniciar esta sección, proporcione al sujeto la lista de drogas incluidas en la entrevista. Recuerde al niño la naturaleza confidencial de la entrevista antes de iniciar con las preguntas (si es apropiado).

1.- Uso de Drogas

Hazme saber si usaste alguna de las drogas de la lista en el pasado, aunque solo las hayas probado una vez. ¿Cuáles has usado?

	Padre			Niño			Sumario		
a.- Cannabis Marihuana, pot, hachís, THC.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
b.- Estimulantes Speed, Uppers, anfetaminas, dexedrina, pastilla de dieta, crystal meth.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
c.- Sedantes / Hipnóticos / Ansiolíticos Barbitúricos, benzodiacepinas, "Reinas" Valium, Tafil, etc..	0	1	2	0	1	2	0	1	2
d.- Cocaína Cocaína, crack.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
e.- Opioides Heroína, morfina, codeína, metadona, demerol, percodan.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
f.- PCP Polvo de ángel	0	1	2	0	1	2	0	1	2
g.- Alucinógenos Psicodélicos, LSD, peyote, hongos.	0	1	2	0	1	2	0	1	2
h.- Solventes / Inhalantes Pegamento, gasolina, cloroformo, éter, pintura, resistol, "monas"	0	1	2	0	1	2	0	1	2
i.- Otros Drogas prescritas, óxido nitroso, éxtasis (tachas) MDA, etc.	0	1	2	0	1	2	0	1	2

Especifique: _____

__ Si ha usado cualquiera de estas drogas, complete el reactivo de la siguiente página.

__ Si no existe evidencia de uso actual o pasado de drogas, vaya a la sección de trastorno por estrés post-traumático.

Abuso de Sustancias

1.- Frecuencia

¿En los últimos 6 meses, cuál es la mayor cantidad de ____ que has usado? ¿Lo usaste diario o casi diario durante al menos una semana? ¿Menos? ¿Más? ¿Hubo algún momento en especial en el que usaste más ____?

Código:

0= Sin información

1= Ausente

2= Menos de una vez al mes.

3= Más de una vez al mes.

	Padre				Niño				Sumario EA			Sumario EMSP								
	EA		EMSP		EA		EMSP													
a. Cannabis	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Estimulantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Sedantes/Ansiolíticos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Cocaína	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Opioides	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
f. PCP	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Alucinógenos	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Solventes / Inhalantes	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
i. Otros	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
j. Polisustancias	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3

__ Si recibió una calificación de 3 en el reactivo de frecuencia actual de cualquier droga, complete la sección actual de abuso de sustancias del suplemento #5, abuso de sustancias y otros trastornos, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Si recibió una calificación de 3 en el reactivo de frecuencia del pasado de cualquier droga, complete la sección del pasado de abuso de sustancias del suplemento #5, abuso de sustancias y otros trastornos, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Sin evidencia de abuso de sustancias.

Notas: (Registre las fechas de posible abuso de sustancias actual y del pasado).

ID Participante	
ID Consultorio	
Fecha	

CUESTIONARIO DE TEMPERAMENTO PARA ADOLESCENTES

© Lesa K. Ellis y Mary K. Rothbart, 1999

En las páginas siguientes encontrarás una serie de frases que la gente puede utilizar para describirse a sí misma. Las frases se refieren a un amplio rango de actividades y actitudes.

Por favor, rodea con un círculo la respuesta que mejor describa cómo es de verdadera cada frase para describirte a ti. No hay respuestas malas ni buenas. Cada persona se siente identificada de forma diferente por cada una de estas frases. Por favor, rodea la primera respuesta que venga a tu mente.

Utiliza la siguiente escala para describir cómo de verdadera o de falsa es cada frase para describirte a ti.

Rodea el círculo si la frase es:

1	Casi siempre falsa de ti
2	Generalmente falsa de ti
3	Algunas veces falsa, otras veces cierta
4	Generalmente cierta de ti
5	Casi siempre cierta de ti

	Marca la respuesta que mejor describa cómo es de verdadera cada frase para describirte a ti	Casi siempre falsa de ti	Generalmente falsa de ti	Algunas veces falsa, otras veces cierta	Generalmente cierta de ti	Casi siempre cierta de ti
1	Me cuesta terminar las cosas a tiempo.	1	2	3	4	5
2	Cuando estoy muy entusiasmado, me cuesta trabajo esperar mi turno para hablar.	1	2	3	4	5
3	Cuando alguien me pide que deje de hacer algo, me resulta fácil parar.	1	2	3	4	5
4	Podría cambiar fácilmente un mal hábito si quisiera.	1	2	3	4	5
5	Tiendo a decir lo primero que me viene a la mente, sin detenerme a pensar en ello.	1	2	3	4	5
6	Generalmente abro los regalos antes de tiempo.	1	2	3	4	5
7	Aunque no deba, me gusta hacer algo entretenido por un rato antes de comenzar a hacer las tareas.	1	2	3	4	5

	Marca la respuesta que mejor describa cómo es de verdadera cada frase para describirte a ti	Casi siempre falsa de ti	Generalmente falsa de ti	Algunas veces falsa, otras veces cierta	Generalmente cierta de ti	Casi siempre cierta de ti
8	Me resulta fácil concentrarme cuando hago las tareas.	1	2	3	4	5
9	Cuando alguien me pide que haga algo, lo hago enseguida, incluso aunque no quiera hacerlo.	1	2	3	4	5
10	Cuando lo estoy pasando realmente bien, me cuesta volver a casa a la hora que debo.	1	2	3	4	5
11	Si me interrumpen o me distraen, me olvido de lo que iba a decir.	1	2	3	4	5
12	Contesto las preguntas en clases antes de que el profesor me lo pida.	1	2	3	4	5
13	Cuanto más intento contenerme de hacer algo que no debo, más tiendo a hacerlo.	1	2	3	4	5
14	Si mis amigos están furiosos conmigo, intento estar lejos de ellos.	1	2	3	4	5
15	Me cuesta adaptarme al pasar de un ramo a otro en el colegio.	1	2	3	4	5
16	Cuando intento estudiar, me cuesta trabajo ignorar los ruidos y concentrarme.	1	2	3	4	5
17	Termino mis trabajos antes de la fecha de entrega.	1	2	3	4	5
18	Tiendo a ser puntual para ir a clases y a citas.	1	2	3	4	5
19	Si me encargan algo difícil de hacer, comienzo enseguida.	1	2	3	4	5
20	Soy bueno/a para prestar atención a varias cosas diferentes que ocurren a mi alrededor.	1	2	3	4	5
21	Me resulta fácil guardar un secreto.	1	2	3	4	5
22	Tengo buena auto-disciplina.	1	2	3	4	5
23	Empiezo a hacer los trabajos justo cuando se acerca el momento de entregarlos.	1	2	3	4	5
24	Tiendo a dejar algo a medias para ponerme a hacer otra cosa.	1	2	3	4	5
25	Puedo mantenerme constante para cumplir mis planes y mis metas.	1	2	3	4	5
26	Presto mucha atención cuando alguien me explica cómo hacer algo.	1	2	3	4	5

ID Participante	
ID Consultorio	
Fecha	

En este cuestionario hay cuatro preguntas. En las tres primeras marca con una X el casillero con la afirmación que describe mejor la manera en que has estado pensando en el **último mes**. En la última pregunta marca el número de veces que has intentado en el **último mes**.

¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?	nunca	0
	casi nunca	1
	algunas veces	2
	muchas veces	3

¿Has deseado alguna vez estar muerto?	nunca	0
	casi nunca	1
	algunas veces	2
	muchas veces	3

¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?	nunca	0
	casi nunca	1
	algunas veces	2
	muchas veces	3

¿Has intentado suicidarte?	nunca	0
	casi nunca	1
	algunas veces	2
	muchas veces	3