



ESTRATEGIAS DE TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL PARA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES: UNA PROPUESTA TEÓRICA

STRATEGIES OF DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY FOR DEPRESSION IN
TEENAGERS: A THEORETICAL PROPOSAL

Christian Silva Paredes

Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas, Quito - Ecuador.

Email: crsilva@uce.edu.ec

<https://doi.org/10.33789/talentos.9.2.172>

Resumen: *La conducta suicida es una de las principales causas de muertes en los adolescentes a nivel mundial. De igual manera en los últimos años se han incrementado los trastornos depresivos en un 15% según la Organización Mundial de la Salud en este grupo etario. Según estimaciones por un adolescente muerto por suicidio existen entre 8-25 intentos, esto sumado a que varios adolescentes también presentan autolesiones, conductas asociadas a la depresión. La Terapia Dialéctica Conductual muestra evidencia científica de ser más eficaz que los tratamientos habituales, su eficacia muestra una reducción en conductas de irritabilidad, conducta de riesgo suicidio, así como conductas parasuicidas y reducción de síntomas depresivos. La presente investigación plantea como objetivo general el plantear estrategias de intervención en base a la Terapia Dialéctica Conductual para la depresión en adolescentes. La metodología utilizada fue revisión bibliográfica combinada con: estudio de caso clínico y revisión documental. Como resultado del presente artículo propone un plan terapéutico que consta de dos procesos centrales la psicoeducación y la tolerancia al malestar, dicho plan consta de 9 sesiones. La principal conclusión de esta investigación es que la Terapia Dialéctica Conductual aplicada en adolescentes ha demostrado ser efectiva, de acuerdo con las investigaciones ha mostrado reducción de síntomas de ansiedad, depresión e irritabilidad.*

Palabras Clave: *adolescentes, depresión, malestar emocional, suicidio, terapia dialéctica conductual.*

Recibido: 27 de abril de 2022

Online: 20 de octubre de 2022

Publicado como artículo de revisión en la Revista de Investigación Talentos 9 (2), 84-100

Aceptado: 7 de octubre de 2022

Publicación Vol 9 (2): 01 de Julio de 2022

Abstract: *The conduct forces suicide on is one of the main causes of deaths in the adolescents at world-wide level. Of equal way in the last years the depressive upheavals in a 15% are increase according to the World-wide Organization of the Health in this etario group. According to estimations by an adolescent died by suicide attempts exist between 8-25, this added to that several adolescents also present/display Self-injuries, conducts associated to the depression. The Dialectical Behavior Therapy shows scientific evidence of being more effective than the habitual treatments, its effectiveness shows a reduction in irritability conducts, parasuicidal conduct of risk suicide, as well as conducts and reduction of depressive symptoms. The present investigation raises as a general objective to propose intervention strategies based on Dialectical Behavioral Therapy for depression in adolescents. The used methodology was combined documentary revision: clinical case and documentary revision. As resulting from the present article proposes a therapeutic plan that consists of two central processes the psychoeducation and the tolerance to the malaise, this plan consists of 9 sessions. The main conclusion of this investigation is that The Dialectical Behavior Therapy applied in adolescents has demonstrated to be effective, in agreement with the investigations has shown reduction of anxiety symptoms, depression and irritability.*

Keywords: *adolescents, depression, dialectical behavior therapy, emotional malaise, suicide.*

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020) menciona que más de la mitad de personas con trastornos mentales presentan síntomas antes de los 14 años, pero a pesar de este dato estos trastornos no son detectados ni reciben intervención. Uno de los trastornos mentales que son la principal causa de discapacidad en el mundo entre los adolescentes es la depresión. Es así como, el suicidio adolescente es la cuarta causa de muerte entre adolescentes de 15 – 19 años.

La prevalencia de la depresión en población infantil se ubica en: niños de 3 a 5 años es de 0.5%; niños entre 6 a 11 años es de 1.4%, en población adolescente la prevalencia es de 3,5%. Por lo tanto, el trastorno depresivo se

vuelve un factor de riesgo para la conducta suicida que tiene efectos en la familia y la sociedad en general (Muñoz et al., 2021).

En Ecuador, desde el 2001 al 2014 se reportaron 4855 suicidios en adolescentes, presentando mayor prevalencia en varones de 15 a 24 años (Gerstner et al., 2018). Durante la pandemia los casos de suicidio adolescente se incrementaron de forma exponencial, debido al estrés que generó el confinamiento.

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC, o por sus siglas en inglés DBT) es propuesta desde el año 1993 por la Doctora Marsha M. Linehan en respuesta a la atención a pacientes complejos que presentan tendencia suicida o pacientes con un diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad (TLP) (Soler et al.,

2016).

Según Cuevas y López (2012) la TDC es un modelo terapéutico que se centra en sesiones individuales y grupales que busca el entrenamiento de diversas habilidades para la vida, este modelo de intervención tiene origen en la corriente cognitiva-conductual, se la ubica dentro de las terapias de tercera generación, en este modelo se incorpora la práctica Zen y especialmente la filosofía dialéctica, por lo tanto, la intervención se dirige como primer objetivo a controlar conductas que pongan en riesgo la integridad vital del paciente interviniendo en las conductas autolesivas, junto a los intentos suicidas.

El presente documento propone una serie de estrategias de intervención para la depresión adolescente en base al modelo terapéutico propuesto por Marsha Linehan. Se busca establecer un conjunto de habilidades básicas a trabajar en un adolescente con diagnóstico depresivo, primero para cuidar la integridad del paciente, así como, reducir las conductas de riesgo que produzcan malestar emocional. En este documento se propone la siguiente secuencia: presentación de antecedentes investigativos sobre la utilización de la DBT en la intervención con adolescentes, a posterior, propone la comprensión de las variables tratadas en este documento en base a la estructuración de un marco teórico pertinente, para al finalizar, plantear una propuesta de intervención.

Depresión en Adolescentes

Según la American Psychiatric Association (APA) (2014) la depresión se caracteriza por un estado de ánimo triste que genera una sensación debilitante, angustiante y que puede llevar a la persona a la muerte.

En el Manual Diagnóstico DSM 5, se propone una serie de criterios diagnóstico para la depresión que van desde la un estado de ánimo triste la mayor parte del tiempo, seguido por, disminución de la capacidad de sentir placer, sensación de agotamiento, junto con síntomas de tipo fisiológicos como son la dificultad para la alimentación y el sueño, a estos síntomas descritos se suman la dificultad para mantener la concentración, pérdida de intereses, finalmente, ver a la muerte como una solución a las sensaciones displacenteras. De acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM 5, se hacen algunas observaciones en cuanto a la depresión en niños y adolescentes, menciona que la depresión en este grupo etario está caracterizada por un ánimo irritable antes que un ánimo triste o melancólico. De igual forma, menciona que existe una dificultad marcada para ganar el peso esperado para la curva de crecimiento (APA, 2013).

Para Benavides (2017) la depresión es un trastorno de salud mental de tipo funcional, que puede recibir tratamiento, siendo uno de los trastornos que mejor responden a los tratamientos. De no ser tratada el pronóstico es poco favorable ya que lleva a elevados niveles de riesgo suicida, de igual forma, de no ser tratada la depresión puede generar alteraciones neurodegenerativas. En complemento, según Hernández-Bello et al. (2020) los antecedentes personales y

familiares de depresión incrementan el riesgo que los adolescentes presenten conducta suicida en un 43%.

Síntomas de la Depresión en Adolescentes

Según la Guía clínica de Depresión en adolescente (Mazaira et al., 2018) los síntomas de la depresión en este grupo etario es similar al de los adultos con algunas características más de tipo conductual como son: conductas de desacato a la autoridad y las normas sociales establecidas, consumo nocivo de alcohol y drogas, tendencia a la irritabilidad junto con agresividad, humor negativo, sentimientos de desadaptación social que lo puede llevar al aislamiento, descuido en la higiene y cuidado personal, pensamientos rumiantes de frustración que afecta la autoestima y el apareamiento de ideas, planes y tentativas suicidas.

Diferencia Entre Tristeza Normal y Depresión

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano aparentemente complicada debido a que en esta etapa se asimilan varias condiciones que acompañaran al ser humano durante el resto de su vida, como son: la amplitud de su identidad, los rasgos de personalidad, las preferencias en varias esferas de su vida. Es así que, el adolescente en varios momentos de esta búsqueda sentirá indudablemente tristeza y frustración, que serían sentimientos normales generados por mismo desarrollo.

Por lo otro lado, es importante separar la

tristeza normal de la patológica. En primer lugar, en la tristeza a pesar de la sensación de abatimiento generado por las dificultades no existen cambios significativos en el comportamiento, a diferencia en la depresión, la sensación de abatimiento genera cambios muy significativos en el comportamiento. En segundo plano, en la tristeza puede haber momentos de llanto y pasar tiempo triste esto responderá a situaciones de la vida cotidiana, en la depresión el llanto y la tristeza está constantemente durante el día y por varios días por lo que al adolescente se le hace difícil salir de esa sensación de tristeza. En tercer lugar, en la tristeza los pensamientos de la muerte como solución o ideas suicidas son poco frecuentes, en la depresión las ideas suicidas son bastante frecuentes. Finalmente, en la tristeza las conducta de riesgo son poco frecuentes y responden habitualmente al involucramiento social pero el adolescente es capaz de poner límites a estas conductas, en la depresión el adolescente se involucra en conductas de riesgo como una característica a su condición previa (Mazaira et al., 2018).

Malestar Emocional en la Depresión

Según Martínez y Muñoz (2010) los adolescentes entienden el malestar emocional generado por la depresión como un conjunto de sensaciones físicas y sensaciones cognitivas, que van desde el decaimiento corporal y la falta de interés por las actividades hasta sentimientos de incomprensión de parte de los pares y los adultos, aislamiento o evitación social, dificultad para tomar decisiones debido a sentimientos de inseguridad, esto se acompaña por sentimientos y pensamientos

de culpa, que le lleva al adolescente a una sensación de incapacidad de salir de este estado.

Es así como, los adolescentes perciben que la depresión les empuja a una sensación de hipoactividad y de aislamiento social. Sumado a esto la depresión es entendida por parte de los adolescentes como una sensación de ofuscamiento, donde los problemas se vuelven una bola de nieve que se incrementan en todo momento, teniendo la percepción que el mundo está en su contra, lo que los empuja a un estado de mal humor, junto a la sensación de agotamiento físico y estadios de angustia (Martínez y Muñoz, 2010).

Terapia Dialéctica Conductual en Adolescentes

Según McCauley (2018) el suicidio es una de las causas principales de muerte entre los adolescentes de los Estados Unidos. Las tasas de muertes por suicidio de adolescentes se elevaron considerablemente en los Estados Unidos entre los años 2007 y 2015. Por cada muerte por suicidio, se aproxima que hay de 8 a 25 intentos de suicidio, y más adolescentes se involucran en autolesiones no suicidas (NSSI). Los intentos de suicidio previos son factores indicadores de muerte por suicidio, y los intentos de suicidio previos y NSSI son indicadores de intentos de suicidio futuros.

Santamarina-Perez (2020) señala que entre las intervenciones que están desarrolladas para el manejo de las conducta de riesgo suicidio se encuentra la Terapia de Conducta Dialéctica (DBT). La DBT se desarrolló

originalmente para adultos con suicidio crónico y autolesiones. La terapia dialéctica conductual para adolescentes (DBT-A) es una intervención con una base de evidencia creciente para el tratamiento de adolescentes con desregulación emocional y conductual.

Baudinet (2021) menciona que la DBT-A se centra en la enseñanza de una variedad de habilidades diseñadas para ayudar a los adolescentes a expresar emociones con más libertad y soltura, participar en comportamientos nuevos, desarrollar un incremento en su espontaneidad y la alegría, vivir de manera más relajada, aprender de los comentarios, fortalecer la conexión social y comunitaria, activar los sistemas de seguridad social. Las sesiones de DBT-A tienen como enfoque la aplicación de estas habilidades enseñadas en la vida cotidiana del adolescente, monitoreando las relaciones sociales y los comportamientos vincularlos con experiencias personales internas y metas basadas en valores y principios.

Entrenamiento de Habilidades DBT.

Rathus y Miller (2015) proponen que el entrenamiento de habilidades de la DBT-A se agrupan en 6 habilidades las cuales tienen una serie de estrategias que permiten al adolescente adquirir destrezas para la reducción del riesgo suicida, el malestar emocional y conductual, dentro del grupo de habilidades encontramos: orientación al entrenamiento de habilidades, habilidades de atención plena basada en Mindfulness, habilidades de tolerar el malestar, habilidades del camino del medio, habilidades de regulación emocional

y habilidades de efectividad interpersonal.

Teti et al. (2015) determina que los pacientes no tienen o presentan déficit de las habilidades propuestas por la DBT-A. Para este autor las habilidades se pueden agrupar en cuatro grandes grupos de habilidades de las cuales tenemos: las habilidades relacionadas con la conciencia plena o práctica de mindfulness buscan la autoconciencia la cual permite a los adolescentes mantenerse consciente a pesar de los pensamientos, eventos y emociones negativas. Las habilidades referentes a la regulación emocional permiten a los adolescentes regular las emociones que presenta permitiendo la experimentación y expresión de emociones intensas. Habilidades relacionadas a la tolerancia al malestar permite al adolescente a tolerar las emociones disfuncionales, así como, gestionar de mejor manera las situaciones de crisis aceptándola como es. Las habilidades referentes a las relaciones sociales las cuales suponen capacidades de expresar emociones positivas en el contexto de las relaciones interpersonales manejando estrategias de asertividad en la comunicación y conductas relacionales con terceros.

Antecedentes de la DBT. en Adolescentes

En un artículo de Flynn et al. (2018) se visualiza como resultado de implementación de la DBT en adolescentes una reducción significativa de las sensaciones de malestar en especial la reducción de la frecuencia de autolesiones, junto con el riesgo suicido y los estadios depresivos. Junto a esto se informa la reducción de ingresos a estadios

hospitalarios, permanencia en el hospital y visitas al hospital por emergencia.

En otra investigación de Flynn et al. (2018) se observó que la DBT tiene efectos estadísticamente significativos en la reducción de síntomas emocionales y pensamientos disfuncionales, produce una reducción de medidas para trastornos como depresión, ansiedad y estrés de tipo social.

Por otra parte, para la investigación Santamarina-Perez et al. (2020) la DBT en adolescentes muestra gran eficacia en la reducción de autolesiones, así como, reducción de conducta suicida, mejorando la evaluación global de adolescentes. Es importante mencionar que la DBT reduce el riesgo suicida desde una perspectiva de intervención comunitaria.

En una investigación de Berk et al. (2020) con 24 adolescentes en la cual se implementó DBT se demostró resultados significativos en el reducción de conducta suicida, desregulación emocional, síntomas de rasgos de trastorno límite de personalidad, impulsividad, ánimo triste, así como el uso de sustancias, mejorando las relaciones familiares, así como encontrando un sentido de vida.

Finalmente, Saito et al., (2020) demuestra la eficacia de la DBT en un grupo de 841 pacientes entre 12 a 17 años con síntomas depresivos, los resultados de la intervención con DBT muestran resultados más bajos en la Escala de Depresión de Hamilton, por lo tanto la investigación pueden concluir que la DBT disminuye los síntomas depresivos.

Planteamiento del Problema

La conducta suicida es una de las principales causas por lo que los adolescentes pierden su vida a nivel mundial, la tasa de suicidio adolescente ha incrementado su número notablemente en los últimos años. Según estimaciones por un adolescente muerto por suicidio existen entre 8-25 intentos, sumado a los adolescentes que presentan autolesiones, debido a síntomas depresivos (McCauley et al., 2018).

Para la OMS (2020) la depresión es la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial entre adolescentes de 15 a 19 años, a esto se suma que para los púberes de 10 a 14 años está dentro de las primeras 20 situaciones que generan discapacidad.

La DBT muestra evidencia científica de ser más eficaz que los tratamientos habituales, su eficacia muestra una reducción en conductas de irritabilidad, conducta de riesgo suicidio, así como conductas parasuicidas, se muestra reducción de síntomas de trastornos como depresión y ansiedad (Soler et al., 2016).

Por lo tanto, el objetivo general de la presente investigación es plantear estrategias de intervención en base a la Terapia Dialéctica Conductual para la depresión en adolescentes. Así también, el objetivo específico es revisar información actual sobre la Terapia Dialéctica Conductual en la depresión adolescente.

II. MÉTODOS

La presente investigación es de tipo revisión bibliográfica, con una metodología combinada entre estudio de caso clínico y revisión documental (Merino, 2011). Se analiza un caso clínico como base de la investigación, para su resolución se basa en la revisión de artículos científicos, libros y documentos, que permitan establecer conclusiones.

Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2008) el estudio de caso es un tipo de investigación donde se analiza de manera profunda una problemática, se desarrolla un marco teórico y propuestas de resolución para la situación planteada. Por lo cual, se ha identificado a la depresión en adolescentes como una situación de riesgo para la población entre 14 a 19 años, se ha recopilado información sobre depresión y la efectividad de la terapia dialéctica conductual; llegando a plantear una propuesta de intervención.

III. ANÁLISIS

Según Sánchez (2008) el proceso de intervención psicológico está constituido por dos pasos esenciales los cuales son complementarios entre sí: Una evaluación psicológica exhaustiva y el proceso de intervención psicológica propiamente dicha, en el cual se da la aplicación de técnicas y estrategias acordes a la corriente psicoterapéutica escogida para la intervención.

Técnicas de Recolección De Datos

A continuación, se detalla las técnicas de recolección de datos recomendadas para la

depresión en adolescentes:

- Entrevista semiestructurada para llenado de historia clínica infantil, en la cual se debe enfatizar el motivo de consulta, historia de la enfermedad, antecedentes personales y familiares de consideración, que nos permitan entender la vulnerabilidad biológica y ambiental del o la paciente.
- Registro de observación de conductas disfuncionales llenados por los padres o representantes del o la paciente, el cual debe contener esencialmente, situación desencadenante de respuestas, conducta observada (tipo de respuestas fisiológicas, motoras y emocionales) y forma de reforzamiento que realizan de forma consciente o inconsciente que realiza el contexto a las respuestas realizadas por el o la adolescente.
- Registro de autoobservación llenado por la o el paciente, en base al modelo ABC de Ellis, situaciones desencadenantes, pensamientos distorsionados, emociones disfuncionales y conductas desadaptativas (Labrador et al., 2014).
- Cuestionario de Depresión Infantil (CDI). Es un cuestionario de 27 grupos de afirmaciones, agrupadas de tres. El tiempo aproximado de aplicación esta entre 20 a 30 minutos, permite medir dos aspectos generales de la depresión: disforia y autoestima

negativa. Dentro de este inventario se mide también la ideación suicida. La validación de la versión española se realizó con 205 niños y adolescentes de varios países de centro y sur América, obteniendo un Alfa de Cronbach de .85 para establecer la consistencia interna del cuestionario (Vinaccia et al., 2006).

- MACI (Inventario Clínico para Adolescentes de Millon). Es un inventario compuesto por 31 escalas, las cuales constan de rasgos de personalidad, trastornos clínicos y conductas de riesgo, estas escalas están divididas en 160 preguntas de verdadero y falso. La duración es de 30 a 45 minutos. En la validez de la prueba se obtiene una V de Aiken superior a .80. La confiabilidad de la prueba muestra un coeficiente de Alpha de .85 (Vinet & Fornis i Santacana, 2006).

Planificación Terapéutica

La planificación terapéutica que se detalla a continuación se ha diseñado en base a uno de los síntomas más comunes en la depresión en adolescentes:

- Planificación de plan de intervención en base a la Terapia Dialéctica Conductual. Se planifica 9 sesiones en base al entrenamiento de la habilidad tolerancia al malestar. La habilidad propuesta es la de tolerancia al malestar, esta habilidad ayuda al

paciente a manejar eventos difíciles y a gestionar de manera adecuada el malestar emocional cuando las dificultades no se resuelve de forma breve (Rathus & Miller, 2015).

- Se sugiere la adaptación de hojas de trabajo para la enseñanza de la habilidad de tolerancia al malestar, las hojas de trabajos sugeridas son las del Manual de habilidades DBT, para adolescentes, papás y mamás, de la DBT Perú (Vida mujer Salud Integral, 2020).
- Se recomienda la estructuración de sesión de trabajo en base a los objetivos diseñados para cada paciente los cuales se deben basar en la evaluación psicológica exhaustiva.

Definición de las Técnicas Propuestas en el Plan de Intervención

Las técnicas de intervención que componen esta propuesta de plan de intervención son las siguientes:

Psicoeducación

La psicoeducación es una técnica que permite realizar una aproximación terapéutica, tanto al paciente como a los familiares. La información que se brinda a los pacientes es sobre la patología, el tratamiento a seguir y el pronóstico si se siguen las recomendaciones, todo esto basado en evidencia científica. Esta técnica no solo debe basarse en el diagnóstico,

sino buscar abordar las situaciones de la vida diaria del paciente en búsqueda de garantizar la independencia y una mejor calidad de vida (Godoy et al., 2020).

Tolerancia al Malestar

Existen diferentes situaciones de la vida que llevan al paciente a una sensación de visión en túnel donde solo se visualiza el problema, esto genera malestar físico y subjetivo, lo que indudablemente lleva a conductas de riesgo y dolor emocional. Las habilidades que se enseñan en tolerancia al dolor, son técnicas que permiten al paciente soportar las situaciones que generan malestar, afrontando estas situaciones de una forma nueva, pero sobre todo saludable (Mckay et al., 2017).

Plan de Intervención Terapéutico

El presente plan terapéutico, Tabla 1, consta de dos procesos centrales la psicoeducación y la tolerancia al malestar, el siguiente plan consta de 9 sesiones, 2 de psicoeducación y 6 de tolerancia al malestar y una de cierre terapéutico. Cabe recalcar que cada sesión consta de 60 minutos aproximadamente.

Tabla 1

Plan Terapéutico

Técnica	Objetivo	Descripción	Material
Psicoeducación	Informar mediante psicoeducación al adolescente sobre que es la depresión y plantear la intervención mediante la DBT, en búsqueda de compromiso terapéutico.	<p>1. Dar la bienvenida al adolescente, tomarse tiempo para generar Rapport, hablar de sus aficiones, gustos y actividades.</p> <p>Se requiere Psicoeducar al adolescente sobre el diagnóstico de depresión (síntomas, posibles causas, prevalencia y pronóstico), de igual forma, se requiere Psicoeducar sobre las posibilidades del tratamiento, las técnicas a utilizar, las alternativas y establecer el contrato terapéutico.</p>	Hoja de trabajo de psicoeducación
	Informar mediante psicoeducación a la familia del adolescente sobre la patología de depresión y las estrategias de DBT a ser utilizadas para la atención al docente.	<p>2. Dar la bienvenida a la familia del adolescente, tomarse un tiempo para hablar sobre los hábitos de la familia para generar Rapport.</p> <p>Se requiere Psicoeducar a la familia sobre el diagnóstico de depresión (síntomas, posibles causas, prevalencia y pronóstico), de igual forma, se requiere Psicoeducar sobre las posibilidades del tratamiento, las técnicas a utilizar, las alternativas y establecer recomendaciones a seguir en el tratamiento.</p> <p>Psicoeducar sobre el riesgo suicida en la depresión adolescente, utilizar infografía de PAHO (Organización Panamericana de la Salud, siglas en inglés).</p> <p>Generar compromiso terapéutico para el apoyo al proceso terapéutico.</p>	Pizarrón, ficha de infografía sobre la conducta suicida (Organización Panamericana de la Salud, 2016).
Tolerancia al Malestar	Orientar al adolescente a reconocer la diferencia entre malestar emocional y tristeza funcional, para lograr la tolerancia al malestar y por lo tanto generar comportamiento adaptativo.	<p>3. Dar la bienvenida al adolescente, tomarse un tiempo para hablar de otros que no sean de la terapia para fortalecer la relación terapéutica.</p> <p>Valorar el estado de ánimo del adolescente, identificar la intensidad de la emoción.</p> <p>Revisar junto con el adolescente el registro de pensamientos.</p> <p>Establecer la agenda de la sesión en base a la necesidad terapéutica y las necesidades del adolescente.</p> <p>Introducir en la sesión un ejercicio breve de Mindfulness (ejercicio de respiración consciente).</p> <p>Realizar la orientación al adolescente sobre la tolerancia al malestar y el fundamento que sustenta esta habilidad.</p> <p>Introducir al adolescente sobre las habilidades para la supervivencia en crisis.</p> <p>Enviar tarea terapéutica Registro de pensamientos y registro de utilización de la técnica de respiración consciente.</p>	Hoja de Ficha de tolerancia al malestar 1 (Manual de habilidades DBT, para adolescentes, papás y mamás, de la DBT Perú)

Tolerancia al Malestar	Enseñar habilidades al adolescente que le permita sobrevivir y afrontar situaciones difíciles evitando caer en conductas disfuncionales.	<p>4. Dar la bienvenida al adolescente. Valorar el estado de ánimo del adolescente, identificar la intensidad de la emoción. Revisar junto con el adolescente el registro de pensamientos. Establecer la agenda de la sesión en base a la necesidad terapéutica y las necesidades del adolescente. Enseñar estrategias de supervivencia para situaciones críticas. Las primeras estrategias para enseñar son: Auto-calmarse con los 6 sentidos, para lo cual se utilizará la ficha de tolerancia al malestar 5, haciendo énfasis en los eventos estresantes del adolescente. Enseñar a calmarse es también una habilidad crítica para sobrevivir en crisis. El adolescente es capaz de tranquilizarse ante situaciones angustiantes. Mejora el momento. Aprender a mejorar las situaciones de forma interna, lograr el control de forma interna, para lo cual se utilizará la ficha de tolerancia al malestar 7. Enviar tarea terapéutica una nueva ficha de tolerancia al malestar 7.</p>	Hoja de Ficha de tolerancia al malestar 5, Hoja Ficha de tolerancia al malestar 7 (Manual de habilidades DBT, para adolescentes, papás y mamás, de la DBT Perú)
	Enseñar habilidades al adolescente que le permita sobrevivir y afrontar situaciones difíciles sin caer en conductas disfuncionales 2.	<p>5. Dar la bienvenida al adolescente. Valorar el estado de ánimo del adolescente, identificar la intensidad de la emoción. Revisar junto con el adolescente la ficha de tolerancia al malestar 7. Establecer la agenda de la sesión en base a la necesidad terapéutica y las necesidades del adolescente. Enseñar estrategias de supervivencia para situaciones críticas. Las segundas estrategias para enseñar son: Pros y contras. Identificar los pro y contras de actuar de manera impulsiva, esta es una habilidad compleja, se utilizará la ficha a la tolerancia a la frustración 9, se busca que el adolescente identifique claramente los pros y los contras de mantener conductas disfuncionales. Enviar tarea terapéutica una nueva ficha de tolerancia al malestar 10.</p>	Hoja de Ficha tolerancia al malestar 9, Hoja de Ficha tolerancia al malestar 10 (Manual de habilidades DBT, para adolescentes, papás y mamás, de la DBT Perú).

<p>Tolerancia al Malestar</p>	<p>6. Dar la bienvenida al adolescente. Valorar el estado de ánimo del adolescente, identificar la intensidad de la emoción. Revisar junto con el adolescente la ficha de tolerancia al malestar 10. Establecer la agenda de la sesión en base a la necesidad terapéutica y las necesidades del adolescente. Introducir en la sesión un ejercicio breve de Mindfulness (ejercicio de observación consciente). Enseñar estrategias de supervivencia para situaciones críticas. Enseñar la habilidad más importante para regular las emociones disfuncionales, en base a la ficha de tolerancia al malestar 11, motivar al adolescente a ver de forma racional los eventos de su vida diaria. Habilidades TIPP (tolerancia al malestar). Esta habilidad ayuda a recudir la angustia, permite que se piense con claridad y así poder utilizar otras habilidades, en base a la ficha de tolerancia al malestar 12, enseñar estrategias a utilizar ante las situaciones problemáticas que van más allá de lo cotidiano. Enviar tarea terapéutica una nueva ficha de tolerancia al malestar 12.</p>	<p>Hoja de Ficha tolerancia al malestar 11, Hoja de Ficha tolerancia al malestar 12 (Manual de habilidades DBT, para adolescentes, papás y mamás, de la DBT Perú).</p>
<p>Lograr la aceptación radical y de la realidad, generando una resolución de problemas adecuados y generando cambios en las situaciones de crisis.</p>	<p>7. Dar la bienvenida al adolescente. Valorar el estado de ánimo del adolescente, identificar la intensidad de la emoción. Revisar junto con el adolescente la ficha de tolerancia al malestar 12. Establecer la agenda de la sesión en base a la necesidad terapéutica y las necesidades del adolescente. Enseñar estrategia de aceptación radical. La aceptación radical es la habilidad de aceptar las cosas que no se pueden hacer cambiar, se utilizará la ficha de tolerancia al malestar 17, mostrar al adolescente lo funcional de aceptar la realidad. Esto permite sobreponerse a las emociones disfuncionales y así sobreponerse al molestar emocional. Para lograr que el adolescente comprenda porque es importante la aceptación radical se utilizará la ficha de tolerancia al malestar 15. Enviar tarea terapéutica una nueva ficha de tolerancia al malestar 14.</p>	<p>Hoja de Ficha tolerancia al malestar 14, Hoja de Ficha tolerancia al malestar 15, Hoja de Ficha tolerancia al malestar 17 (Manual de habilidades DBT, para adolescentes, papás y mamás, de la DBT Perú).</p>

Tolerancia al Malestar	Modificar y reestructurar pensamientos del adolescente sobre sí mismo y sobre las situaciones que generan crisis.	<p>8. Dar la bienvenida al adolescente. Valorar el estado de ánimo del adolescente, identificar la intensidad de la emoción. Revisar junto con el adolescente la ficha de tolerancia al malestar 14. Establecer la agenda de la sesión en base a la necesidad terapéutica y las necesidades del adolescente. Introducir en la sesión un ejercicio breve de Mindfulness (ejercicio una cosa a la vez). Enseñar al adolescente a mejorar el momento. Consiste en generar una forma diferente de como el cuerpo responde a las situaciones críticas y de igual forma ayudar a enfocar la mente en las situaciones útiles, se utilizará la ficha de tolerancia al malestar 8. Enviar tarea terapéutica aprendizajes de la terapia, como llegue y como termina, permite al adolescente se consciente de la adquisición de las habilidades.</p>	Hoja de Ficha tolerancia al malestar 8 (Manual de habilidades DBT, para adolescentes, papás y mamás, de la DBT Perú).
Prevención de Recaídas	Elaborar un plan de prevención de recaídas que permita al paciente interiorizar y crear independencia al mismo.	<p>9. Dar la bienvenida al adolescente. Valorar el estado de ánimo del adolescente, identificar la intensidad de la emoción. Revisar junto con el adolescente la terapia. Psicoeducar. En normalizar la recaída, generar un plan de respuesta a la recaída. Establecer un plan de recaídas generado con el paciente. Construir un Botiquín de ayuda al manejo de emociones disfuncionales. Fomentar la utilización del Botiquín de ayuda a las emociones disfuncionales. Despedida con el adolescente, motivar la utilización de habilidades y mantener el cambio.</p>	Pizarra.

Nota. Fichas de trabajo, adaptadas del DBT Skills Manual for Adolescents, por Vida mujer Salud Integral (2020). Adaptación. Silva, C. (2022).

IV. CONCLUSIONES

La Terapia Dialéctica Conductual aplicada en adolescentes ha demostrado ser efectiva, de acuerdo con las investigaciones ha mostrado reducción de síntomas de ansiedad, depresión e irritabilidad. La DBT muestra ser eficaz en la reducción de conductas suicidas y autolesiones, mejorando la interacción social, familiar y educativa.

La Psicoeducación es la técnica de entrada a todo proceso psicoterapéutico ya que ayuda a reducir la incertidumbre, mejora la

alianza terapéutica, fortalece la autoayuda del paciente y la ayuda de la familia junto a la activación de redes de apoyo social.

La habilidad de tolerancia al malestar es una de las habilidades más esenciales que los adolescentes con depresión deben aprender para mejorar el manejo de emociones disfuncionales, partiendo de la aceptación radical de las situaciones que están fuera de su control, así como, el manejo de situaciones críticas o estresantes con una actitud nueva, que le permita mejorar su salud mental.

Los procesos psicoterapéuticos exitosos convienen cerrar con prevención de recaídas y la resolución de problemas, ya que esto ayudaría a que los pacientes, especialmente los adolescentes, manejen de forma adecuada los problemas de vida cotidiana.

V. AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento al MSc. Fernando Oñate-Porras, por su guía, recomendaciones y apoyo en la elaboración de esta investigación.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®. In *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657>

American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. (5th ed.). Editorial Médica Panamericana.

Baudinet, J., Stewart, C., Bennett, E., Konstantellou, A., Parham, R., Smith, K., Hunt, K., Eisler, I., & Simic, M. (2021). Radically open dialectical behaviour therapy adapted for adolescents: a case series. *BMC Psychiatry*, 21(1), 462. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03460-3>

Benavides E., P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revistapuce*. <https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i0.119>

Berk, M. S., Starace, N. K., Black, V. P., & Avina, C. (2020). Implementation of Dialectical Behavior Therapy with Suicidal and Self-Harming Adolescents in a Community Clinic. *Archives of Suicide Research*, 24(1), 64–81. <https://doi.org/10.1080/1381118.2018.1509750>

Cuevas, C., & López, Á. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 97–114. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56023335007>

Flynn, D., Joyce, M., Weihrauch, M., & Corcoran, P. (2018). Innovations in Practice: Dialectical behaviour therapy - skills training for emotional problem solving for adolescents (DBT STEPS-A): evaluation of a pilot implementation in Irish post-primary schools. *Child and Adolescent Mental Health*, 23(4), 376–380. <https://doi.org/10.1111/camh.12284>

Gerstner, R. M. F., Soriano, I., Sanhueza,

- A., Caffè, S., & Kestel, D. (2018). Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.100>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2020.01.005>
- Hernández-Bello, L., Hueso-Montoro, C., Gómez-Urquiza, J., & Cogollo-Milanés, Z. (2020). Prevalencia y Factores Asociados a la Ideación e Intento de Suicidio en Adolescentes: Revisión Sistemática. *Rev Esp Salud Pública*, 94, 1–15. <http://hdl.handle.net/10481/63924>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. P. (2008). *Metodología de investigación*. Mc. Gran Hill.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). Mc. Gran Hill.
- Labrador, F. J., Cruzado, J. A., & Muñoz, M. (2004). *Manual de técnicas de modificación de conducta y terapia de conducta*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Martínez, Á., & Muñoz, A. (2010). «Un infinito que no acaba». Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). Primera parte*. *Salud Mental*, 33(2), 145–152. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24467>
- Mazaira, J., Triñanes, Y., & Atienza, G. (2018). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia: actualización. In *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia: actualización*. https://doi.org/10.46995/gpc_575
- McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korlund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, M., Gallop, R., & Linehan, M. M. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109>
- Mckay, M., Wood, J. C., & Brantley, J. (2017). *Manual práctico de terapia dialéctico conductual*. Deslee de Brouwer.
- Merino, A. (2011). Como escribir documentos científicos (Parte 3). Artículo de revisión. *Salud En Tabasco*, 17(1–2), 36–40. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48721182006>
- Muñoz, V., Arevalo Alvarado, C. L.,

- Tipán Barros, J. M., & Morocho Malla, M. I. (2021). Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*, 22(1), 1–8. <https://doi.org/10.52011/0008>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Salud mental del adolescente*. Who. Int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Suicidio en adolescentes y jóvenes de las Américas*. Paho.Org. <https://www.paho.org/es/documentos/infografia-suicidio-adolescentes-jovenes-americas>
- Rathus, J., & Miller, A. (2015). *DBT Skills Manual for Adolescents*. The Guilford Press.
- Saito, E., Tebbett-Mock, A. A., & McGee, M. (2020). Dialectical Behavior Therapy Decreases Depressive Symptoms Among Adolescents in an Acute-Care Inpatient Unit. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 30(4), 244–249. <https://doi.org/10.1089/cap.2019.0149>
- Sánchez, P. (2008). *Psicología clínica*. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno.
- Santamarina-Perez, P., Mendez, I., Singh, M. K., Berk, M., Picado, M., Font, E., Moreno, E., Martínez, E., Morer, A., Borràs, R., Cosi, A., & Romero, S. (2020). Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with a High Risk of Suicide in a Community Clinic: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(3), 652–667. <https://doi.org/10.1111/sltb.12612>
- Soler, J., Elices, M., & Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165–166), 35–49. <http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/2793>
- Teti, G., Boggiano, J., & Gagliesi, P. (2015). Terapia Dialéctica Conductual (DBT): un tratamiento posible para pacientes con trastornos severos. *Rev. Arg. de Psiquiat.*, 16, 57–64. <https://www.researchgate.net/publication/281519323>
- Vida mujer Salud Integral. (2020). *Manual de habilidades DBT, para adolescentes, papás y mamás*. Dialectical Behavior Therapy Perú.
- Vinaccia, S., Gaviria, A., Atehortúa, L., Martínez, P., Trujillo, C., & Quiceno, J. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del “Inventario de depresión infantil” -CDI-. *Diversitas: Perspectivas*

En *Psicología*, 2(2), 217–227.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67920203>

Vinet, E. V., & Fornsi Santacana, M. (2006). El Inventario Clínico Para Adolescentes de Millon (MACI) y su Capacidad Para Discriminar Entre Población General y Clínica. *Psykhé (Santiago)*, 15(2), 69–80. <https://doi.org/10.4067/S0718-22282006000200007>