

Intervención Cognitivo Conductual en un Caso de una Adolescente con Trastorno Mixto de la Conducta y las Emociones no Especificado

Edna R. Jiménez
Universidad del Sinú – seccional Cartagena

Resumen

El presente estudio hace referencia a la intervención en el caso de una adolescente de 15 años de edad, con Trastorno Mixto de la Conducta y las Emociones no Especificado. El objetivo es proyectar un plan de tratamiento desde el enfoque cognitivo conductual, encaminado a la reducción de la sintomatología ansiogénica y depresogénica y la adquisición de nuevos estilos de afrontamiento. La evaluación se realizará mediante una entrevista semiestructurada, observación y la aplicación del inventario de depresión CDI y el Inventario de ansiedad (BAI). Con base en los problemas de la paciente se realizará el tratamiento, que combina técnicas cognitivas y conductuales como: la psicoeducación, entrenamiento en relajación y respiración, reestructuración cognitiva, descubrimiento guiado, modelado, modelamiento, auto instrucciones, activación conductual, role playing, entrenamiento en habilidades sociales y exposición. Con esta intervención se pretende lograr en la paciente la modificación de los pensamientos por unos más realistas y positivos, la disminución de la alteración de las emociones, la mejora en su autoestima mediante la resignificación de su autoimagen y autoconcepto y la adquisición de nuevas formas de afrontamiento que le permitan mejorar sus relaciones sociales mediante la empatía y la comunicación asertiva.

Palabras Clave: Adolescente, ansiedad, depresión, intervención cognitivo conductual.

Abstract

The present study refers to the intervention in the case of a 15-year-old adolescent, with Mixed Disorder of Conduct and Emotions not Specified. The objective is to project a treatment plan from the cognitive behavioral approach, aimed at reducing anxiogenic and depressogenic symptoms and the acquisition of new coping styles. The evaluation will be carried out through a semi-structured interview, observation and the application of the CDI depression inventory and the Anxiety Inventory (BAI). Based on the patient's problems, the treatment will be carried out, which combines cognitive and behavioral techniques such as: psychoeducation, relaxation and breathing training, cognitive restructuring, guided discovery, modeling, modeling, self-instructions, behavioral activation, role playing, training in social skills and exposure. With this intervention it is intended to achieve in the patient the modification of the thoughts for more realistic and positive ones, the decrease of the alteration of the emotions, the improvement in their self-esteem through the resignification of their self-image and self-concept and the acquisition of new ways of coping that allow you to improve your social relationships through empathy and assertive communication.

Keywords: Adolescent, anxiety, depression, cognitive behavioral intervention.

Actualmente los trastornos emocionales son uno de los motivos de consulta más frecuentes en psicoterapia, cuya prevalencia se incrementa en la adolescencia, etapa de transición entre la niñez y la adultez que oscila entre los 11 y los 20 años de edad, que implica importantes cambios físicos, cognitivos y psicosociales. Los jóvenes están expuestos a diversos factores de riesgos psicosociales, familiares, experiencias de la vida cotidiana que les generan malestar emocional, el cual puede ser manifestado mediante alteraciones en el estado de ánimo como son la depresión y la ansiedad. Aunque los sucesos de vida en el contexto escolar son importantes,

los sucesos más predictores de la depresión ocurren en la familia Veytia et al. (2012), como maltrato físico, riñas o divorcio de los padres Barcelata et al., (2012).

Se puede definir la depresión como el periodo de al menos dos semanas en las que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer por realizar actividades, sin ser atribuible a otras condiciones médicas. American Psychiatric Association, (2014).

Desde el modelo cognitivo se plantea que los individuos ante una situación estimular no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo en función a sus opuestos previos o esquemas cognitivos. También hace referencia a que, el paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro (Beck, 1967).

Por otra parte, el modelo de la ansiedad de Beck (1976) hace énfasis en el papel que juegan en los problemas de ansiedad las creencias subyacentes del individuo y la interpretación que realiza de los estímulos a los que teme, incluyendo sus propias reacciones fisiológicas frente a situaciones que considera amenazante.

Según lo dispone la Organización Mundial de la Salud en la CIE- 11 (2019), los Trastornos Mixtos de la Conducta y de las Emociones, se caracterizan por la combinación de un comportamiento agresivo, asocial o desafiante persistente, con síntomas evidentes y marcados de depresión, ansiedad y otros desórdenes emocionales, sin que cumpla los criterios de uno u otro trastorno para ser diagnosticado por separado.

En este sentido, se pretende con este estudio, realizar un proceso de intervención basado en la terapia cognitivo conductual, cuyo objetivo es el cambio conductual, cognitivo y emocional de la adolescente, modificando conductas desadaptativas y enseñando conductas adaptadas, así como la modificación de los procesos cognitivos que hacen parte de la base del comportamiento.

Descripción del Caso

Identificación del Paciente

Paciente adolescente de 15 años, sexo femenino, poco expresiva, se describe como una persona cariñosa, un poco introvertida, usa tono y timbre de voz bajo, su lenguaje es claro y coherente, orientada en persona, tiempo y espacio. Cursa grado octavo en una institución educativa en Turbaco, lugar donde vive con su madre y abuelos maternos, debido a la separación de los padres durante la pandemia, presentó bajo rendimiento académico lo, que conllevó a la pérdida del año escolar debido a las ausencias por las constantes crisis en su estado de ánimo.

Motivo de Consulta

La madre refiere cuadro clínico con más de dos (2) años de evolución con ingreso de la paciente a la unidad de salud mental y tratamiento farmacológico Sertralina 50mg (antidepresivo) por alteración en su estado de ánimo. *“Mary desde la pandemia comenzó a presentar problemas emocionales, crisis de ansiedad, tristeza y no le gusta quitarse el tapaboca en lugares donde se siente expuesta”*. Fue derivada a psicoterapia con diagnóstico clínico de Trastorno Mixto de la Conducta y las Emociones no Especificado.

Historia del Problema

La madre manifiesta que los síntomas de su hija iniciaron hace dos años y lo atribuye a diferentes factores de riesgo a los que la paciente ha estado expuesta en un corto periodo de tiempo, como son, los factores sociales (relaciones disfuncionales), factores familiares (separación de los padres, cambio de vivienda de Cartagena, donde tenía pocos amigos, a Turbaco), factores biológicos (pandemia por virus del Covid-19); factores pedagógicos (virtualidad) y factores psicológicos y emocionales (baja autoestima, aislamiento social) que han desencadenado la aparición de crisis emocionales con síntomas ansiosos (agitación motora, sudoración, tensión muscular, temblores, fatiga) y síntomas depresivos (miedo, llanto,

irritabilidad, aislamiento, tristeza, pérdida del interés en actividades escolares, pensamientos negativos y auto denigrantes, insomnio, cambio en los hábitos de alimentación y preocupación excesiva.

La paciente utiliza un patrón de respuesta evitativo y las autolesiones como modo de afrontamiento a la exposición de situaciones estresantes, se evidencia que la frecuencia inicial de las crisis emocionales era todas las semanas, por lo que estuvo hospitalizada en un centro de salud mental, lo que le impedía asistir a clases, se desconocen detalles del ingreso y tiempo de permanencia en el lugar. Actualmente, las crisis han disminuido; sin embargo, continúa con tratamiento farmacológico y acompañamiento terapéutico con psicología clínica, quien además recomienda estrategias de afrontamiento a la madre.

En la entrevista de evaluación la acudiente niega que su hija haya experimentado acontecimientos adversos vitales como duelo, abuso sexual o bullying, que constituyen factores de riesgo para el desarrollo de patologías.

Formulación Clínica, Análisis y Descripción de las Conductas Problema

Problema No. 1: Alteración del Estado de Ánimo: Tipo Depresogénico.

La paciente presenta alteración en su estado de ánimo con síntomas depresivos, con un tiempo de evolución aproximadamente de dos años, en el cual ha venido experimentando sensación de tristeza, llanto y rabia, autolesiones, pensamiento suicida, pérdida del interés en actividades sociales y escolares, desmotivación, desconcentración en actividades académicas. Se identifica que hubo cambios significativos en su diario vivir y en la estructura familiar debido a la separación de sus padres y la mudanza a casa de sus abuelos maternos, donde manifestó no sentirse a gusto. Toda esta situación ha generado cambios en los patrones de sueño caracterizado por insomnio y en los hábitos de alimentación mediante la pérdida de apetito, los cuales han venido mejorando. Otras variables que han incidido en las emociones, ha sido el aislamiento

social con ocasión de la presencia del virus COVID 19, la educación virtual en un nuevo colegio y el distanciamiento con sus amigos, lo que ha desencadenado la aparición de los síntomas depresivos y cambios en la conducta de la paciente.

Problema No. 2: Episodios de Ansiedad con Baja Autoestima

La paciente se percibe a sí misma como una persona que le gusta su forma de ser, pero manifiesta no sentirse cómoda con su apariencia física, dado que expresa: “*Odio mi nariz*”, la cual considera “*no es bonita y es igual a la de mi padre*”, incluso cuando van a un restaurante prefiere no pedir nada de comer para no quitarse el tapabocas, este pensamiento le genera inseguridad, falta de confianza en sí misma y baja autoestima por lo que repentinamente aparecen los síntomas ansiogénicos, manifestados por agitación motora, temblores, tensión muscular, sudoración, fatiga, miedo constante, preocupación excesiva y frustración, especialmente cuando se le solicita exponerse en contextos sociales sin el tapabocas.

La consultante ha aprendido que una forma de poder compartir con sus amigos es usando el tapabocas para evitar posibles críticas o burlas hacia su nariz, las cuales son producto de sus pensamientos distorsionados y temores, porque nunca le han hecho un comentario al respecto.

Esta conducta se ha convertido en un mantenedor porque genera seguridad en la paciente y también en un problema que interfiere en su esfera personal y social, reincidiendo en patrón de afrontamiento evitativo, su madre expresa que la crisis más fuerte que ha tenido su hija tuvo una duración de 3 horas y la causa fue no querer quitarse el tapabocas y preferir no asistir a la fiesta de 15 años de su mejor amiga. La crisis se manifiesta en la paciente como frustración en situaciones sociales con sus pares, cambios de planes, gran afluencia de personas en espacios abiertos y no uso de tapabocas frente a conocidos, lo que desencadena los síntomas ansiogénicos descritos.

Problema No. 3: Problemas de Interacción Social Asociados a Relaciones con los Demás

En el proceso de evaluación se obtiene información sobre la forma como se relaciona la paciente con su entorno familiar, social y especialmente con sus pares, identificando disfuncionalidades en la relación con su mejor amigo, quien la ha hecho sentir excluida del grupo, lo que afecta su estado de ánimo y mantiene la conducta evitativa, el aislamiento y se convierte en detonantes de las crisis de ansiedad.

La paciente es introvertida, tiene pocos amigos, se le dificulta iniciar conversaciones, tiene carencias en habilidades relacionales, comunicativas e interpersonales, lo que hace necesario iniciar un plan de intervención terapéutico a través del cual se realice un entrenamiento en habilidades sociales que incluya psicoeducación.

Selección y Aplicación de las Técnicas y/o Instrumentos de Evaluación y Resultados

Obtenidos

Con el objetivo de realizar el proceso de evaluación, se aplicarán dos inventarios:

Inventario de Ansiedad (BAI)

Desarrollado por Beck et al (1988), es un cuestionario que consta de 21 preguntas, que describen diversos síntomas de ansiedad, proporcionando un rango de puntuación mayor a 36 con ansiedad severa. Se decide aplicar este instrumento ya que es muy útil por su fiabilidad en la investigación psicológica para evaluar síntomas somáticos de ansiedad los cuales ha manifestado la paciente.

El resultado obtenido fue de 19 puntos lo que muestra que, aunque la paciente está ubicada en la primera escala denominada ansiedad muy baja en un rango de 0-21 puntos, su tendencia está más cerca de una ansiedad moderada, que puntúa en un rango de 22 a 35.

Inventario de Depresión Infantil CDI

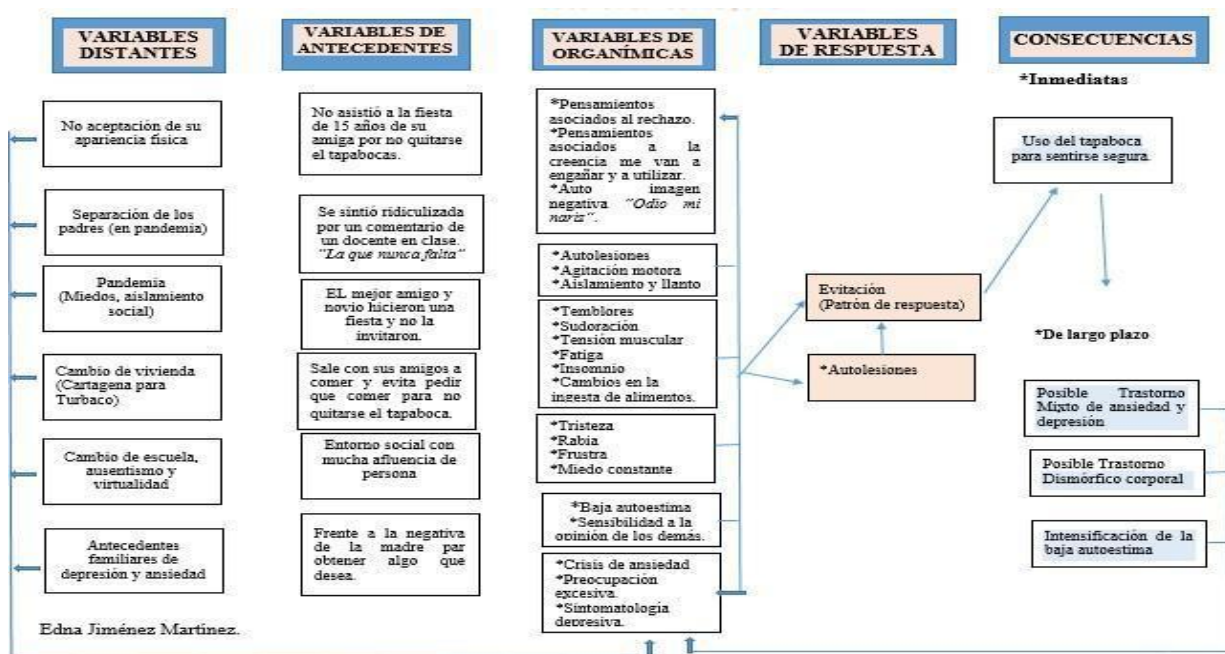
Desarrollado por María Kovacs y adaptado por Del Barrio (1992), consiste en un cuestionario que contiene 27 ítems, cada uno de ellos enunciados en tres frases que recogen intensidad y frecuencia de la presencia de síntomas depresivos en el niño (a) o adolescente, en edades entre los 7 y los 15 años, cuya finalidad es la evaluación de sintomatología depresiva. Se elige este instrumento porque es el más usado y útil desde el punto de vista clínico y ha mostrado un comportamiento muy sólido en el campo psicométrico.

La paciente obtuvo como resultado una puntuación directa de 27 puntos, lo que indica, basándonos en la tabla de baremos de la escala total de depresión, la presencia de síntomas depresivos severos, los cuales se han venido observando en el proceso de evaluación y se manifiestan en la paciente ante situaciones ambientales.

Formulación Clínica

Figura 1

Diagrama analítico funcional del caso



Con base en el proceso de evaluación de la paciente, se observa en las variables distantes y de antecedentes que estuvo expuesta a diversos factores estresores, los cuales incidieron en el desarrollo de los problemas emocionales y conductuales que presenta.

La paciente se caracteriza por ser una adolescente introvertida, con pocas habilidades sociales, en ocasiones con relaciones interpersonales conflictivas y con sensibilidad a la crítica.

Actualmente, convive en Turbaco con sus abuelos maternos y su madre debido a la separación de los padres durante la pandemia, por lo que ha experimentado cambios en su estado de ánimo.

Debido al cambio de dinámica familiar, fue ingresada a una nueva institución educativa en la cual inicia un nuevo proceso de adaptación y establece nuevas relaciones sociales, lo que conllevó, sumado a otros factores biológicos como la pandemia por Virus del Covid 19, el aislamiento social y la virtualidad, que se incrementaron las falencias en las habilidades sociales de la paciente y sus inseguridades relacionadas con su apariencia física y su baja autoestima, manteniendo el uso del tapabocas como una estrategia de afrontamiento para socializar con sus pares, hasta el punto en que el solo pensar que debía quitárselo alimentaba los ataques de ansiedad, por temor a la crítica, desencadenando la aparición de crisis emocionales y conductuales con síntomas ansiogénicos como agitación motora, sudoración, tensión muscular, temblores y fatiga y síntomas depresogénicos como miedo, llanto, irritabilidad, aislamiento, tristeza, pérdida del interés en actividades escolares, pensamientos negativos y auto denigrantes, insomnio, cambio en los hábitos de alimentación y preocupación excesiva. Todas estas vivencias desarrollaron la adquisición de un patrón de conducta autolesivo en la paciente, lo que produce momentáneamente la disminución de los síntomas y un patrón de conducta evitativo mediante el uso del tapaboca, lo que a corto plazo le genera seguridad para relacionarse con las personas de su entorno, pero a largo plazo podría desarrollar un trastorno mixto de ansiedad y depresión, un

trastorno dismórfico corporal y la intensificación de la baja autoestima en la paciente.

Objetivos Terapéuticos

- Realizar psicoeducación a padres y paciente sobre la alteración del estado de ánimo y técnicas de respiración y relajación, para actuar como coterapeutas frente a las crisis.
- Disminuir la alteración del estado de ánimo, mediante la reestructuración cognitiva que busca modificar pensamientos negativos y distorsiones cognitivas por unos más adaptativos, eliminando la conducta autolesiva, recuperando el funcionamiento psicosocial.
- Educar a la paciente en la construcción de un autoconcepto positivo que le genere seguridad y confianza, resignificando su autoestima y valía personal.
- Entrenar a la paciente en habilidades sociales, optimizando la comunicación asertiva y las relaciones interpersonales, así como la extinción de la conducta evitativa en contextos sociales.

Selección del Tratamiento Adecuado

Con base en el diagnóstico de la paciente, se estructura y proyecta un plan de tratamiento, basado en el enfoque cognitivo conductual, el cual al integrar variables cognitivas, conductuales, emocionales y sociales permite comprender los problemas de la paciente e intervenirlos desde una mirada holística y biopsicosocial, aplicando durante las sesiones una combinación de técnicas conductuales y cognitivas, como lo plantea el modelo cognitivo de la depresión de Beck (1979), que concibe la depresión asociada a patrones de pensamientos negativos, distorsiones cognitivas o errores en el procesamiento de la información que afectan las emociones y la conducta de la paciente. Por lo tanto, el objetivo es disminuir el pensamiento disfuncional y cambiarlo por uno adaptativo, que permita transformar la visión que tiene de sí misma, del mundo y del futuro, lo que favorecerá la resolución de problemas interpersonales e intrapersonal.

La terapia cognitiva conductual ha sido aplicada para el tratamiento de diversos trastornos mentales, entre los que se encuentra las alteraciones del estado de ánimo, logrando en

los pacientes mejorar las habilidades sociales, reducir las autolesiones e ideas suicidas, modificar y extinguir conductas y adquirir nuevos modos de afrontamiento frente a sus problemas, por lo que se considera pertinente realizar este modelo de intervención para dar respuesta a los problemas que presenta la paciente, mejorando su salud mental y calidad de vida.

Las técnicas a utilizar en el proceso de intervención con la paciente, para lograr los objetivos terapéuticos son inicialmente la Técnica de Psicoeducación acuñada por Brown (1972), en particular su concepto de Emoción Expresada, la cual busca proporcionar al paciente y sus padres información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basados en evidencia científica actual y relevante para el abordaje de su patología y la Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson (1929), que consiste en adiestrar al individuo en la realización de ejercicios físicos de contracción-relajación, para que puedan poner en práctica en casa con su hija como contingencia frente a una crisis y reducir así la alta reactividad fisiológica. Se continúa con el proceso de intervención dando prioridad, en la paciente, a la disminución en la alteración del estado de ánimo, especialmente en los comportamientos autolesivos, pensamientos negativos y suicidas que ponen en riesgo su vida y estado emocional, para ello se utiliza la Reestructuración Cognitiva desarrollada por Beck (1995), con el fin de ayudar a la paciente a identificar y debatir los pensamientos automáticos, auto denigratorios y las distorsiones cognitivas que afectan su autoconcepto y la confianza en sí misma, provocando la aparición de síntomas ansiosos y el descubrimiento guiado mediante el cual se orienta a la paciente a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales mediante el cuestionamiento socrático.

De igual forma, es importante entrenar a la consultante en nuevas estrategias de afrontamiento como las Auto Instrucciones Positivas de Meichenbaum (1969), con el objetivo de modificar el diálogo interno cuando lo que se dice a sí mismo le dificulta abordar una situación,

logrando autorregularse, pensar y planificar antes de actuar, ganando confianza en la capacidad de hacer frente a diferentes situaciones y la Activación Conductual con el fin de motivarla a emprender o volver a realizar actividades significativas que le resulten placenteras, para complementar este objetivo es indispensable que regule los impulsos y emociones desagradables para que así tolere la frustración, esto se pretende obtener a través de la Auto Regulación Emocional desarrollada por Salovey (2007) y la Desensibilización Sistemática de Wolpe (1958) para lograr así, la reducción de las respuestas de ansiedad en situaciones de estrés.

Se pretende también entrenar a la paciente en Habilidades Sociales, utilizando la Psicoeducación en empatía, escucha activa y comunicación asertiva, las cuáles serán interiorizadas a través de ejercicios prácticos mediante las Técnicas Conductuales de Modelamiento y Moldeamiento de Bandura (1969), aplicando refuerzos positivos durante las sesiones, lo cual favorecerá las relaciones interpersonales de la paciente y le ayudará a continuar desarrollando la confianza y seguridad en sí misma y a relacionarse con sus pares.

Aplicación del Tratamiento

Sesión 1

Con el objetivo de enseñar a los padres en qué consiste la alteración del estado de ánimo, (depresión y ansiedad), síntomas y su incidencia en la funcionalidad de la paciente, se brindó a los mismos una psicoeducación con apoyo audiovisual. Igualmente, se desarrolló una actividad lúdica para afianzar conocimientos titulada: “*No entiendo qué me pasa*”, que consiste en descubrir qué le ocurre a Tere y Juan, quienes representan dos adolescentes que tienen una alteración en su estado de ánimo, para ello se entrega dos siluetas y una caja que contiene tarjetas con el concepto de ansiedad, depresión y los síntomas característicos de cada uno, con el fin de identificar los síntomas y colocarlos alrededor del adolescente.

Sesión 2

Esta intervención tiene como objetivo lograr que la paciente reduzca la actividad fisiológica a través del entrenamiento en técnicas de respiración y relajación, para lo cual inicia la sesión revisando el listado de síntomas observados por los padres durante la semana y haciendo énfasis en la importancia de su compromiso en el proceso y su rol como coterapeutas en casa frente a la aparición de síntomas por diversos factores, lo que hace necesario entrenarse en estrategias de afrontamiento que ayuden a la paciente a reducir el malestar emocional. Por lo tanto, mediante técnicas de modelamiento y moldeamiento, inicialmente se enseña la respiración diafragmática en diferentes posiciones (sentada y acostada), logrando realizar el ejercicio en repetidas ocasiones. Seguidamente se enseña la técnica de Relajación Progresiva de Jacobson (1969), que consiste en tensionar y relajar diferentes músculos del cuerpo, según la indicación dada, sosteniendo por un periodo de 10 a 15 segundos cada uno, al finalizar se dialogará con la paciente sobre el efecto que tuvo en su estado de ánimo, debido a que la tensión muscular está relacionada con la ansiedad y al realizar estas técnicas se pretende que la paciente experimente una reducción en la sintomatología.

Sesión 3

El objetivo de esta sesión es disminuir la alteración del estado de ánimo mediante la modificación de los pensamientos disfuncionales y distorsiones cognitivas por pensamientos alternativos y funcionales, por lo que es necesario enseñar a la consultante la relación que existe entre el pensamiento, la emoción, la conducta y los síntomas fisiológicos; además, se realizará un ejercicio práctico, solicitando a la paciente que evoque una situación que le genere síntomas ansiogénicos y depresogénicos e identifique qué pensamientos aparecen en ese entorno, de esta forma aprenderá a reconocer un pensamiento automático disfuncional y las distorsiones cognitivas, las cuales serán intervenidas mediante las técnicas de reestructuración cognitiva y diálogo socrático, guiando a la paciente a un debate por medio de preguntas abiertas, que le

permitan libremente realizar asociaciones y argumentaciones, al cuestionarse sobre ¿cuál es la evidencia a favor o en contra de ese pensamiento?, ¿cuáles son las consecuencias de ese pensamiento?, ¿cuáles son las formas alternativas de ese pensamiento?, ¿pensar así me ayuda a solucionar mis problemas y sentirme mejor?.

Durante la misma sesión se elaborará un listado de pensamientos alternativos y adaptativos que puedan reemplazar los pensamientos distorsionados.

Sesión 4

El objetivo de la intervención es enseñar a la paciente a modificar el diálogo interno y afrontar las emociones negativas, poniendo en práctica la técnica de autoinstrucciones enfocada a realizar diálogos internos o monólogos y afirmaciones internas positivas que le indican cómo se debe sentir y cómo comportarse al enfrentar una situación. Se realizará un ejercicio práctico con la consultante para que aprenda cómo aplicar la técnica en tres momentos específicos: Cuando la emoción empieza, si se siente mal puede empezar a afrontar la situación. Antes y durante el afrontamiento de la situación se debe poner en marcha el plan de control preparado con antelación (tarjetas con mensajes), mediante comentarios positivos, ejemplo, puedo hacerlo, de hecho, lo estoy haciendo muy bien, y por último, después de afrontar la situación debe elogiarse por haberlo enfrentado o por intentarlo. Se hará seguimiento en próximas sesiones.

Sesión 5

El objetivo de esta sesión es desarrollar en la paciente una autoestima positiva que le permita sentirse más segura, aumentar su autoconfianza, resignificando su autoconcepto y valía personal (sesiones 6 y 7), lo cual se logrará mediante la técnica de psicoeducación abordando los conceptos de autoestima y sus tipos, autoconcepto, amor propio y valía personal, los cuales son indispensables para la construcción de una buena autoestima. Se deja tarea para la casa, que consiste en entregar a la paciente 5 tarjetas con actividades que promueven el amor propio para

realizarlas durante toda la semana, que son las siguientes: 1. Comienza el día diciéndote 3 cualidades positivas que poseas. 2. Descansa lo suficiente. 3. Aprende a perdonarte a ti mismo y obtén un aprendizaje de la situación. 4. Consíéntete. 5. Sonríe, baila y canta.

Sesión 6

Se continúa fomentando el desarrollo de la autoestima y el autoconocimiento, para lo cual se revisa los compromisos dejados para desarrollar en casa por la paciente.

La sesión se realizará en dos momentos, iniciando con la actividad: “*Espejito Espejito*”, para lo cual se pedirá a la paciente que se mire en un espejo grande por 2 minutos, que observe muy bien a la persona que ve reflejada y cuando se le indique comience a describir todas las características positivas que posee, ya sea cualidades, habilidades, valores o talentos, la terapeuta irá tomando nota de esas características y al finalizar el ejercicio las socializará con la consultante, de tal forma que cambie positivamente la forma de percibirse a sí misma. Seguido a ello, se desarrollará la actividad: “*La lista de los elogios*”, en ella se elaborará una lista de mínimo 5 elogios que la paciente haya recibido a lo largo de su vida por parte de familiares, amigos y docentes, después se le propone que los puntúe del 1 al 10, siendo el 1 que no lo ha creído y el 10 que lo ha creído totalmente, luego se le pide que reflexione en qué sería diferente en su vida si creyese cada elogio un punto más de lo puntuado.

Sesión 7

En esta sesión se intervendrá a la paciente empleando la técnica de activación conductual, cuyo objetivo es motivarla a emprender o volver a realizar actividades significativas que le resulten placenteras, para lo cual se realizará una actividad llamada: “*Rescatando lo que me gusta*”, se iniciará entregando material didáctico, con el que la paciente deberá dibujar un barco en el mar y un anzuelo con el que rescate de las profundidades del mar, 10 actividades que disfrute pero que había dejado de practicar, puede ser hobbies, actividades artísticas, deportivas,

musicales, o cualquier otra que le produzca placer, deberá escribirlas en diferentes partes del barco.

Al finalizar, se socializará por qué eligió cada una y la paciente realizará una lista comprometiéndose a poner en práctica al menos 8 de las 10 actividades destacadas.

Sesión 8

En esta sesión cuyo objetivo es el entrenamiento en habilidades sociales, se implementarán técnicas como el modelado, role playing y la psicoeducación, está enfocado en enseñar a la paciente habilidades sociales y comunicación asertiva, de tal forma que logre gestionar su emoción “*rabia o enojo*” sin tener que llegar a la autolesión. La terapeuta iniciará con el reconocimiento de las emociones básicas utilizando “*el dado de las emociones*”, cada vez que la consultante tire el dado, deberá decir qué emoción es y expresar en qué situaciones ha vivido esa emoción y cómo la ha afrontado, durante la actividad se le solicitará mantener el contacto visual, estar en posición erguida e iniciar el juego con el fin de practicar las competencias comunicativas.

Sesión 9

Continuará el entrenamiento en regulación emocional con el juego: “*¿Cómo digo lo que me gusta?*”, el cual consiste en aprender a expresar emociones sin agresión, sin lastimar e insultar a otras personas, utilizando el pronombre “*Yo*”, teniendo en cuenta: 1. Identificación: Que la paciente aprenda a reconocer qué siente cuando está enojada y qué le produjo dicha emoción. 2. Conducta: Reconocer la conducta de otra persona cuando está enojada y qué la hizo sentir así y 3. Comunicación: Cuál es la forma como la paciente expresa su enojo.

Al finalizar se propone concluir que todas las personas pueden experimentar diferentes emociones en las mismas situaciones y que es normal pasar de una emoción a otra, lo importante es aprender a reconocerlas en sí mismo y en los demás, para lograr autogestionarse y

autorregularse evitando los modos de afrontamiento autolesivos y evitativos.

Sesión 10 y 11

Durante esta sesión se pretende, como objetivo terapéutico, lograr la extinción de la conducta evitativa y el uso frecuente del tapabocas en contextos sociales, exponiendo a la paciente a la técnica de desensibilización sistemática.

Se iniciará la sesión solicitando a la paciente construir una jerarquía de situaciones ansiógenas (en una escala de 1 a 10) que identifique de acuerdo a sus respuestas somáticas; una vez construida la jerarquía, se pondrá en práctica las técnicas de respiración, relajación y visualización, con el fin de mantener el estado de relajación en la paciente y así, se va exponiendo a las situaciones que le generan miedo, iniciando por aquellas que provocan poco malestar de acuerdo a la lista de jerarquización, avanzando gradualmente al imaginar cada detalle de la situación. Si se observa que aumenta la ansiedad podemos volver a realizar los ejercicios de respiración y relajación e iniciar con la misma escena; en el caso que la paciente se mantenga relajada podemos avanzar a la segunda situación y si se aumenta en dos ocasiones los síntomas ansiosos se debe suspender y continuar en la siguiente sesión desde donde se logró reducir la ansiedad, teniendo en cuenta el avance obtenido al superar la primera situación de la lista.

Se da por terminada la sesión y en la siguiente terapia se continúa a partir del último logro alcanzado.

Sesión 12

En esta sesión se tendrá un encuentro con los padres y la paciente, cuyo objetivo es informar los logros alcanzados por la paciente en el proceso terapéutico, la finalización de la intervención y las recomendaciones que deben implementar en el contexto familiar, con el fin de mantener los logros alcanzados y se entregará cita de control en un mes.

Resultados del Tratamiento

El plan terapéutico fue proyectado para aplicarse a la paciente, de acuerdo a los problemas identificados y pretende lograr una reducción de los síntomas de la alteración del estado de ánimo, mediante la aceptación de sí misma, la resignificación de su valía y autoestima positiva, lo que le generará confianza y seguridad, favoreciendo la relación intra e interpersonales, así como el incremento de la práctica de actividades placenteras que generen sensación de bienestar.

De igual forma, se busca que la paciente desarrolle competencias en habilidades sociales mediante la comunicación asertiva y la puesta en marcha de pensamientos más funcionales y alternativos que le permitan lidiar con el malestar emocional y tener nuevos modos de afrontamiento al estar en situaciones estresantes sin tener que recurrir a las conductas evitativas.

La expectativa en el alcance de metas es positiva, por cuanto existen estudios como los realizados por Puerta y Padilla (2011) que brinda una visión general de las técnicas centrales que los teóricos de la Terapia Cognitiva Conductual expusieron a través de los últimos 50 años, y que se han estado implementando para el abordaje clínico de la depresión, concluyendo en el artículo que la TCC ha demostrado su efectividad en el tratamiento de la depresión, por lo cual debe promoverse este tipo de terapia.

Discusión

Haciendo una revisión teórica de los estudios realizados y los resultados obtenidos por Menárquez et al. (2016), en una intervención cognitivo conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía, diagnosticada con Trastorno Depresivo Mayor, cuyo objetivo era analizar los efectos de la aplicación de un tratamiento cognitivo conductual, dirigido a la reducción de la sintomatología depresiva, y por consiguiente a la mejora del estado de ánimo de la paciente, se evidencia la eficacia de esta terapia aplicada en trastornos emocionales, ratificando la efectividad de la terapia cognitiva de Beck (1979) para la ansiedad y depresión, incluyendo

componentes como la activación conductual, la reestructuración cognitiva y la modificación de patrones cognitivos disfuncionales.

Estos resultados concuerdan con la revisión hecha por Méndez et al. (2002) basado en 24 estudios, sobre la evidencia del tratamiento psicológico para la depresión en Niños, Niñas y Adolescentes – NNA, quienes concluyen que la terapia cognitivo-conductual es la que obtiene mejores resultados en la reducción de los síntomas depresogénicos.

Por otro lado, Méndez et al. (2002) destaca que se evidencia una ligera mejoría en la autoestima y autoconcepto mediante el tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente, con la implementación de técnicas de reestructuración cognitiva y terapia interpersonal comparada con entrenamiento en habilidades sociales, lo que resulta congruente con los resultados obtenidos por Antón-Menárquez et al. (2016), al aplicar en su tratamiento técnicas de corte cognitivo-conductual, el cual fue una combinación de los aspectos básicos de la terapia cognitiva de Beck (1979) junto con técnicas para la mejora de la autoestima y la asertividad, lo que de cierta manera garantiza la efectividad del tratamiento terapéutico propuesto para la paciente, ya que existe un fundamento teórico que lo respalda.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª edición). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bandura, A. (1969). *Principios de modificación de conducta*. NY: Holt, Rinehart y Winston.
- Barcelata, B. E., Durán, C., & Lucio, E. (2012). Valoración subjetiva de los sucesos de vida estresantes en dos grupos de adolescentes de zonas marginadas. *Salud Mental*, 35(6), 513-520.
http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1509/150
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basic and beyond*. Guilford Press.
- Beck, A. T. Brown G. Epstein N y Steer RA. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56:893-7.

- Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, By Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Desclée de Bower, S.A.
- Brown GW, Birley JL, Wing JK. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry*, 121:241–58. [Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication | The British Journal of Psychiatry | Cambridge Core](#)
- Del Barrio V. y Carrasco MA. (1992). *Adaptación del Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs para población infantil*. TEA Ediciones.
- Jacobson, E. (1929). *The Technic of Progressive Relaxation*. University of Chicago Press.
- Méndez, F. X., Rosa, A., Montoya, M., Espada, J. P., Olivares, J. y Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿evidencia o promesa? *Psicología Conductual*, 10(3), 563-580. <https://www.um.es/metaanalysis/pdf/7072.pdf>
- Puerta Polo, Juliana Vanessa, Padilla Díaz Dancy Eliana. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.
- Salovey, P. (2007). Prólogo. En J. M. Mestre y P. Fernández-Berrocal (coords.), *Manual de Inteligencia Emocional* (pp.17-19). Madrid: Pirámide.
- Veytia López, Marcela, González Arratia López Fuentes, Norma Ivonne, Andrade Palos, Patricia, & Oudhof, Hans. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 35(1), 37-43. [v35n1a6.pdf \(scielo.org.mx\)](v35n1a6.pdf)
- Virginia Antón-Menárguez, Pedro V. García Marín y José M. García -Benito. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 45-52. https://www.revistapcna.com/sites/default/files/anton-menarguez_et_al_2016_tcc_depresion_adol_escente_tardia.pdf
- Wolpe J. (1958). *Técnica de desensibilización sistemática. Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Prees.