



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA UN ADOLESCENTE CON
DEPRESIÓN**

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo académico para optar el título de Especialista en Terapia Cognitivo
Conductual

Autor:

Moreno Estremadoyro, Luis Enrique

Asesora:

Sullcahuaman Amesquita, Jessica Jesús

(ORCID: 0000-0002-5317-7649)

Jurado:

Aguirre Morales, Marivel Teresa

Carlos Ventura, David Dionisio

Del Rosario Pacherras, Orlando

Lima - Perú

2023



Reporte de Análisis de Similitud

Archivo:	1A- Moreno Estremadoyro, Luis Enrique - OFICIO Nº 026-2023- OGGE -AS-FAPS-UNFV
Fecha del Análisis:	16.02.2023
Operador del Programa Informático:	Salazar Chamba Sofia Teresa
Correo del Operador del Programa Informático:	ssalazar@unfv.edu.pe
Porcentaje:	5%
Asesor:	Sullcahuaman Amesquita, Jessica Jesús
Título:	"INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA UN ADOLESCENTE CON DEPRESIÓN"
Enlace:	https://secure.arkund.com/old/view/151626499-895958-802113#DcgxDsJADEXBu2z9hNb2t3eTqyAKFAFKQZqUiLtDOFNp77Ot147heOKFD3wSRCeMEJGoI00OhAaaJGkkCL/WijKKKeCEpXUfwY1qYV5o53769if+3Y/tkdb+6VrySiLkX2kwILfHw==

Jefe de la Oficina de Grados
y Gestión del Egresado:



Mg. VILMA B. ZEGARRA MARTINEZ



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA UN ADOLESCENTE CON DEPRESIÓN

Línea de investigación: Salud mental

Trabajo Académico para Optar el Título de Especialista en
Terapia Cognitivo Conductual

Autor:

Moreno Estremadoyro, Luis Enrique

Asesora:

Sullcahuaman Amesquita, Jessica Jesús
(ORCID: 0000-0002-5317-7649)

Jurado:

Aguirre Morales, Marivel Teresa
Carlos Ventura, David Dionisio
Del Rosario Pacherras, Orlando

Lima – Perú

2023

Pensamientos

Tú construiste en gran parte tu
depresión. No te fue dada. Por
lo tanto, puedes deconstruirla.

Albert Ellis

“El mayor don que podemos
recibir es tener la oportunidad,
una sola vez en la vida, de
marcar la diferencia.”

J. Michael Straczynski

Dedicatoria

A Dios, por darme la oportunidad de vivir, por guiarme por el buen camino y darme las fuerzas necesarias para seguir alcanzando mis metas.

A mi madre, por ser mi principal fuente de inspiración, por su apoyo incondicional en todo momento, le dedico mis logros obtenidos y por obtener con esfuerzo, dedicación y vocación.

Agradecimientos

A mi madre, por ser una persona ejemplar, por su amor, consejos, apoyo constante y por haberme formado con gran sentido de responsabilidad e importantes valores.

A todos los docentes de la Universidad Nacional Federico Villarreal por transmitirme sus valiosos conocimientos para mi formación psicoterapéutica.

Índice

Pensamientos.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice.....	v
Índice de Tablas.....	vii
Índice de Figuras.....	ix
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Descripción del problema.....	2
1.2 Antecedentes	4
1.2.1 Antecedentes nacionales	4
1.2.2 Antecedentes internacionales.....	7
1.2.3 Fundamentación Teórica.....	9
1.3 Objetivos	13
1.3.1 Objetivo general:.....	13
1.3.2 Objetivos específicos:	13
1.4 Justificación.....	13
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	14
II. METODOLOGÍA.....	16
2.1 Tipo y Diseño de Investigación.....	16
2.2 Ámbito temporal y espacial.....	16
2.3 Variables de Investigación	16
2.3.1 Variable Dependiente.....	16

2.3.2	Variable Independiente	17
2.3.3	Variables Extrañas	17
2.4	Sujeto.....	17
2.5	Técnicas e Instrumentos	18
2.5.1	Técnicas	18
2.5.2	Instrumentos.....	20
2.5.3	Evaluación psicológica	23
2.5.4	Evaluación psicológica	29
2.6	Intervención.....	43
2.6.1	Plan de intervención y calendarización.....	43
2.6.2	Programa Intervención: Sesiones Terapéuticas	46
2.7	Procedimientos	67
2.8	Consideraciones éticas	68
III.	RESULTADOS.....	69
3.1	Análisis de Resultados	69
3.2	Discusión de Resultados.....	74
3.3	Seguimiento.....	76
IV.	CONCLUSIONES	77
V.	RECOMENDACIONES	78
VI.	REFERENCIAS.....	79
VII.	ANEXOS	86

Índice de Tablas

N°	Página
Tabla 1 Datos familiares del paciente	29
Tabla 2 Resultados del Inventario clínico para adolescentes de Millon.	30
Tabla 3 Resultados del inventario de depresión de Beck – II.....	32
Tabla 4 Resultados del inventario de autoestima de Coopersmith	34
Tabla 5 Diagnóstico funcional de la conducta	39
Tabla 6 Diagnóstico funcional de la conducta	39
Tabla 7 Análisis funcional descriptivo.....	40
Tabla 8 Análisis funcional cognitivo	41
Tabla 9 Criterios según el CIE 10 para el Episodio Depresivo Leve (F32.0).....	42
Tabla 10 Calendarización del programa de intervención bajo el modelo Cognitivo Conductual.	43
Tabla 11 Sesión 01: Entrevista psicológica y observación de la conducta para determinar el problema actual.....	46
Tabla 12 Sesión 02: Aplicación de instrumentos psicológicos.....	47
Tabla 13 Sesión 03: Entrega de informe psicológico y explicación de resultados.	48
Tabla 14 Sesión 01: Lograr la psicoeducación sobre el problema e inicio de la intervención cognitivo conductual.....	49
Tabla 15 Sesión 02 – Psicoeducación y entrenamiento de la técnica de respiración y relajación.....	50
Tabla 16 Sesión 03 – Psicoeducación y entrenamiento de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.	51
Tabla 17 Sesión 04 – Identificación de pensamientos distorsionados	52
Tabla 18 Sesión 05 – Entrenamiento en la técnica de triple columna	53

Tabla 19 Sesión 06 - Enseñar sobre la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta para identificar la influencia de los pensamientos en relación a las situaciones actuales que generan malestar.....	54
Tabla 20 Sesión 07 – Entrenamiento en reestructuración cognitiva mediante la técnica del debate cognitivo.....	55
Tabla 21 Sesión 08 – Entrenamiento en reestructuración cognitiva mediante la técnica de enjuiciar los pensamientos.	56
Tabla 22 Sesión 09 – Modificación de creencias irracionales y distorsiones cognitivas relacionadas a la depresión	57
Tabla 23 Sesión 10 – Entrenamiento en técnicas de autocontrol.....	58
Tabla 24 Sesión 11 – Psicoeducación en la técnica de solución de problemas.	59
Tabla 25 Sesión 12 – Entrenamiento en la técnica de solución de problemas.....	60
Tabla 26 Sesión 13 – Entrenamiento en autoinstrucciones.....	61
Tabla 27 Sesión 14 – Modificando pensamientos distorsionados para instaurar pensamientos más adaptativos relacionados a la autoestima.....	62
Tabla 28 Sesión 15 – Entrenamiento en habilidades sociales en relación a los estilos de comunicación	63
Tabla 29 Sesión 16 – Entrenamiento en habilidades sociales mediante el ensayo conductual.	64
Tabla 30 Sesión 01 – Seguimiento y evaluación post-test.....	65
Tabla 31 Sesión 02 – Seguimiento y prevención de recaídas	66
Tabla 32 Resultado del Registro Semanal de Intensidad de las Respuestas Fisiológicas.....	70
Tabla 33 Resultado del Registro Semanal de frecuencia de pensamientos distorsionados	71
Tabla 34 Resultado del registro de conductas depresivas.....	72

Índice de Figuras

N°	Página
Figura 1 Escala de Depresión de Beck pre test – post test69	69
Figura 2 Puntajes en los niveles de autoestima en el pre-test y post-test 73	73

Resumen

El presente estudio de caso tuvo como objetivo principal el disminuir los síntomas fisiológicos, cognitivos, conductuales y emocionales de un adolescente de 16 años con depresión mediante la aplicación de un programa cognitivo conductual. Los instrumentos empleados para la recolección de datos fueron la entrevista, autorregistros, línea base, el Inventario de Depresión de Beck – II, el Inventario de Autoestima de Coopersmith y el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon. Asimismo, se aplicaron las técnicas cognitivo conductuales como la psicoeducación, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva de Jacobson, triple columna, reestructuración cognitiva, autocontrol, auto instrucciones, entrenamiento en solución de problemas y habilidades sociales (comunicación asertiva y autoestima). El tipo de investigación es aplicada con diseño experimental A-B. Se realizaron 3 sesiones de evaluación, 16 sesiones de intervención y 2 sesiones de seguimiento con una duración de 45 por cada sesión. Los resultados demostraron que se logró una disminución de la sintomatología depresiva a nivel fisiológico, cognitivo, conductual y emocional, confirmando la eficacia del programa de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión de un adolescente.

Palabras clave: adolescente, análisis funcional, depresión, estudio de caso, terapia cognitivo conductual.

Abstract

The main objective of this case study was to reduce the physiological, cognitive, behavioral and emotional symptoms of a 16-year-old adolescent with depression through the application of a cognitive-behavioral program. The instruments used for data collection were the interview, self-records, baseline, the Beck Depression Inventory-II, the Coopersmith Self-Esteem Inventory and the Millon Clinical Inventory for Adolescents. Cognitive-behavioral techniques such as psychoeducation, diaphragmatic breathing, Jacobson's progressive muscle relaxation, triple column, cognitive restructuring, self-control, self-instructions, problem-solving training and social skills (assertive communication and self-esteem) were also applied. The type of research is applied with A-B experimental design. There were 3 evaluation sessions, 16 intervention sessions and 2 follow-up sessions with a duration of 45 minutes for each session. The results showed that a decrease in depressive symptomatology was achieved at physiological, cognitive, behavioral and emotional levels, confirming the efficacy of the cognitive behavioral intervention program in a case of depression in an adolescent.

Keywords: adolescent, case study, cognitive behavioral therapy, depression, functional análisis.

I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la salud (OMS, 2021) la adolescencia resulta ser una etapa única y formativa, llena de diversos cambios tanto físicos, emocionales y sociales. Dentro de esta premisa, se indica que, a nivel mundial, uno de cada siete adolescentes entre 10 a 19 años (14%) presenta algún trastorno mental, los cuales muchas veces no reciben el reconocimiento y tratamiento debido.

En mención a esto, el presente estudio de caso se centra en el trastorno de depresión, para el cuál se desarrolló un modelo de intervención psicoterapéutica bajo la terapia cognitivo conductual, con la finalidad de disminuir los síntomas fisiológicos, cognitivos, conductuales y emocionales de un adolescente varón de 16 años de edad.

El primer apartado, se centra en la descripción del problema sobre la realidad actual, la prevalencia de depresión a nivel mundial y nacional, los antecedentes nacionales e internacionales sobre la aplicación del modelo cognitivo conductual en casos de depresión, marco teórico, objetivos, justificación y aquellos impactos esperados del trabajo académico.

El segundo apartado, se presenta la metodología, donde podemos encontrar el tipo y diseño de la investigación, el ámbito temporal y espacial, descripción de las variables, la historia clínica, técnicas e instrumentos aplicados, evaluación y diagnóstico psicológico, análisis funcional, programa de intervención, procedimiento, y consideraciones éticas.

En el tercer apartado, se exponen los resultados obtenidos, además de la discusión de los resultados y el seguimiento del caso de depresión.

El cuarto apartado, esta caracterizado por incluir las conclusiones finales sobre el estudio de caso.

Finalmente, en el quinto apartado se adjuntan las recomendaciones empleadas en el trabajo académico. Por último, se incluye la bibliografía empleada y anexos.

1.1 Descripción del problema

La depresión resulta ser uno de los trastornos mentales con más recurrencia en el mundo. Aproximadamente 280 millones de personas presentan depresión, la cual representa un 3.8% de la población mundial. A su vez, más del 75% de personas que son afectadas por este trastorno y pertenecen a países de ingresos medianamente bajos, no reciben tratamiento alguno (OMS, 2021).

En relación a los países del continente americano, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) estima que aproximadamente 50 millones de personas que habitan en América presentan depresión, siendo Estados Unidos el país con mayor número de casos registrados con un 5.9% de la población. Además, resaltan que, de cada 10 habitantes, 7 no reciben el tratamiento necesario para este trastorno.

Del mismo modo, dentro de las estimaciones específicas obtenidas en el año 2015 en los demás continentes del mundo donde está presente los trastornos depresivos encontramos: En África, Nigeria es el país que presenta el mayor número de casos con trastornos depresivos correspondiente al 3.9% de su población. Respecto al Mediterráneo Oriental, Pakistán el 4.2% de su población registrada ha presentado casos de depresión; en Europa se encuentra un 5.5% de casos depresivos pertenecientes a la Federación Rusia; en Asia el mayor número de casos es de India con un total de 4.5% de su población; finalmente en el pacífico occidental, la república popular de China presenta el equivalente a 4.2% de personas con depresión (OPS, 2017).

Por otra parte, en el Perú existe la prevalencia de 2 millones de casos de depresión y ansiedad aproximadamente debido a conflictos familiares en población adolescente

comprendida entre 10 y 19 años que está representada en el 20% del total de la población peruana (Ministerio de Salud [MINSA], 2016, como se citó en Sausa, 2018).

De mismo modo, en los informes actualizados por parte del MINSA, (2022) se evidencia que en el año 2021 se atendieron más de 1.300.000 casos de problemas en salud mental donde se registraron un total de 313.455 casos depresivos y se estimó que un 75% son mujeres y 25% hombres. Dentro de los grupos etarios afectados encontramos que el 24% son personas jóvenes, el 17% adultos mayores, en el 10% se encuentran adolescentes y finalmente el 2% está comprendido por niños.

Según investigaciones del Instituto Nacional de Salud Víctor Larco Herrera (INS HVLH, 2017) refiere que, en el Perú, aproximadamente más del 90% de personas con depresión no reciben un tratamiento eficaz y en muchos casos los pacientes no son correctamente diagnosticados. En la población mayor de 12 años se reporta una prevalencia promedio nacional de 7.6% de episodios depresivos, destacando principalmente las mayores cifras en prevalencia anual en las ciudades de Lima rural con 4% e Iquitos con 8.8% respectivamente.

De igual importancia, el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM HD-HN, 2021) la depresión afecta a un aproximado de 1,700,000 de habitantes del Perú, resaltando a su vez que 365 mil personas que la padecen se encuentran en la capital, Lima. Del mismo modo, en Lima el trastorno de depresión alcanza el 16.4% de la población, seguido por el trastorno de ansiedad generalizada con un 10.6% respectivamente.

En lo mencionado en este apartado de descripción del problema, podemos evidenciar la existencia en crecimiento de la depresión en el mundo y en nuestro país, donde se realiza un énfasis en la población adolescente. Teniendo en cuenta que es importante la detección temprana de este trastorno con intención de prevenir la aparición de otros problemas relacionados que puedan agravar más la calidad de vida, el presente estudio de caso, tiene como

finalidad la intervención psicológica bajo el modelo cognitivo conductual de un adolescente con depresión.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes nacionales

Alarcón (2022) realizó una intervención cognitivo conductual para una joven estudiante con depresión persistente. La investigación desarrollada fue de tipo experimental empleando el diseño univariable multicondicional ABA y como objetivo principal se encuentra la disminución de sintomatología depresiva del cuadro clínico de depresión persistente. Dentro de los instrumentos psicométricos empleados en el presente estudio encontramos: el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Inventario de ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario clínico multiaxial de Millon II (MCMI-II). En el desarrollo de la intervención terapéutica se emplearon técnicas cognitivo conductuales tales como: psicoeducación, técnicas de asertividad, reestructuración cognitiva, técnicas de dominio y agrado, solución de problemas, entrenamiento en técnicas de relajación y auto instrucciones. Finalmente, se obtiene resultados altamente significativos al inicio del tratamiento y al finalizar la aplicación del programa de intervención, logrando así una disminución significativa de la sintomatología de la depresión recurrente.

Llamo (2022) desarrolló un estudio de caso en Lima, Perú con el objetivo de disminuir la sintomatología depresiva presente en una joven adulta haciendo uso de la terapia cognitivo conductual. En el curso de su investigación se hizo uso de instrumentos psicométricos clínicos ligados a la depresión y ansiedad, así como también un inventario de personalidad tales como: Inventario de Depresión de Beck (IDB-II), también el Cuestionario de Ansiedad Estado – rasgo (STAI) y finalmente el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (Millon II). Por otra parte, el autor del presente estudio en base a sus objetivos planteados, empleo un conjunto de técnicas

propias del modelo cognitivo conductual, dentro de ellas tenemos: la psicoeducación, asignación de tareas, dominio y agrado, respiración diafragmática, relajación progresiva de Jacobson, ensayo conductual, imaginación racional emotiva y para finalizar, el entrenamiento en habilidades sociales. Finalmente, como resultado obtuvo una notoria disminución en la sintomatología depresiva, las cuales pudo corroborar en los puntajes de los instrumentos aplicados a posteriori; a su vez se evidenció mejoría en el área emocional conductual y cognitiva denotándose en diversas áreas de vida.

Por su parte, Flores (2019) realizó una investigación en Lima, Perú centrada en la elaboración de un programa de intervención cognitivo conductual, con la finalidad de mejorar el estado de ánimo y afectivo de un paciente adolescente temprano. Para realizar la recolección de datos se empleó los siguientes instrumentos: Lista de Chequeo de Ansiedad en Niños, Cuestionario de Depresión infantil, Inventario Clínico Multiaxial para Adolescentes (MACI) y la Escala de inteligencia de Weschler para niños – Revisada (WISC-R). El programa psicoterapéutico tuvo una duración de 14 sesiones de intervención y 3 sesiones de seguimiento, las cuales fueron desarrolladas de 1 a 2 veces por semana con una duración de 45 minutos por sesión. El programa desarrollado se basó en la enseñanza de la importancia que tienen los pensamientos en nosotros mismos, del mundo y del futuro, de esta forma poder modificar aquellos pensamientos desadaptativos mediante el establecimiento de la relación entre pensamiento, emoción y conducta. A su vez, se emplearon técnicas de relajación como lo es la respiración abdominal, también el entrenamiento en comunicación asertiva y la solución de problemas con prevención de recaídas. Como resultados obtenidos, se demostró una mejoría del paciente a nivel afectivo, cognitivo y conductual, observándose también la disminución de los niveles y sintomatología de depresión. A su vez, se evidenció mejoras significativas en la calidad de sus relaciones interpersonales en los niveles familiar, personal y social mejorando su estado afectivo.

De mismo modo, Sánchez (2019) realizó un programa de intervención cognitivo-conductual para un caso de depresión en una adolescente que presentaba rasgos de personalidad esquizoide, con la finalidad de mejorar el estado afectivo de la paciente. Para la intervención de este caso, empleó técnicas tales como: la identificación y modificación de sus pensamientos distorsionados, instauración de nuevas formas de pensamiento y el aprendizaje de habilidades sociales para una mejor adaptación en los ámbitos personal, social, familiar y académico. Dentro de los instrumentos psicométricos se utilizó el Cuestionario de Depresión Infantil, Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad y el Inventario Clínico de Millon para Adolescentes (MACI). En los resultados obtenidos, se evidenció la ausencia de aquellos síntomas depresivos identificados en el pre-test de la intervención, además se logró una disminución del componente ansioso, demostrando la efectividad del programa cognitivo conductual.

Céspedes (2017) desarrolló la aplicación de un programa bajo la terapia cognitiva conductual dirigida a adolescentes y jóvenes con depresión que provenían de una universidad privada en Lima, Perú. El diseño de esta investigación fue experimental, en específico de tipo preexperimental, con el desarrollo de un pretest y postest en un solo grupo. La población fue 120 adolescentes y jóvenes de estudiantes de la escuela de psicología, realizando la técnica de muestreo no probabilístico de tipo intencional, se redujo a 60 alumnos. El objetivo general de este estudio fue determinar la influencia de la aplicación de este programa con la finalidad de reducir los síntomas depresivos en adolescentes y jóvenes. El instrumento psicométrico empleado fue el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II). Respecto a los resultados, se logró evidenciar una reducción significativa de los síntomas cognitivo afectivos y somáticos característicos de la depresión luego de la aplicación del programa cognitivo conductual, afianzando de esta forma su efectividad en esta etapa de vida.

1.2.2 Antecedentes internacionales

Ronit (2021) llevo a cabo un estudio en Argentina que tenía como objetivo la aplicación de intervenciones cognitivo conductuales para el tratamiento del trastorno de depresión mayor en la población adolescente. El curso de esta investigación está basado en el diseño de tipo descriptivo y explicativo, con la finalidad de relacionar las variables que se plantean en un principio, las cuales son la adolescencia, el trastorno depresivo mayor y el tratamiento cognitivo conductual. En conclusión, la autora refiere que la psicoterapia cognitiva conductual ha demostrado ser de utilidad para la correcta intervención de la depresión en adolescentes, evidenciando notablemente la mejoría de estados emocionales haciendo uso de técnicas tales como: fortalecimiento de habilidades socioemocionales, activación conductual relacionado a la programación de habilidades socioemocionales, psicoeducación y el facilitar de recursos que puedan permitir el abordar de una forma más funcional los conflictos que presenta. En función a las técnicas empleadas por el terapeuta, el adolescente adquiere el poder identificar por sí mismo sus creencias disfuncionales y a su vez implementa alternativas de pensamiento para la adecuada resolución de conflictos y manejo de sus emociones.

Por otra parte, Rodríguez y Gonzáles (2020) llevaron a cabo un estudio de caso clínico en el país de México, dicho estudio se encontraba centrado en un caso de depresión mayor. Los instrumentos para la recolección de información fueron los siguientes: Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Distorsiones Cognitivas, Cuestionario de Ideas Irracionales y Centrales, la Escala de Autoestima de Rosenberg y la Escala de Asertividad de Rathus. Para su intervención se propuso el uso de dos terapias, dichas terapias eran: terapia cognitivo conductual y la terapia centrada en soluciones. El objetivo principal del estudio era el de evaluar la eficacia mediante la intervención complementaria en un varón de 23 años de edad que presentaba el diagnóstico de depresión mayor. Para el desarrollo del caso clínico se empleó el diseño AB, considerando que se trataba de un experimento de caso único y con la

finalidad de evaluar antes y después de la aplicación del respectivo plan de tratamiento. La intervención se llevó a cabo en 16 sesiones las cuales fueron desarrolladas incluyendo una selectiva elección de estrategias y técnicas en base a las necesidades del paciente. En conclusión, en el resultado obtenido logró identificarse que el uso de estrategias empleadas de ambas terapias cuenta con un impacto positivo para el tratamiento de la depresión mayor.

Tolosa (2019) realizó un estudio de caso en Colombia donde aplica una intervención cognitivo-conductual en un adolescente de 14 años drogodependiente con trastorno depresivo inducido por sustancias. Dentro de los instrumentos psicométricos empleados para la recolección de información tenemos: Cuestionario de detección de drogas (DAST-10), el inventario de depresión de Beck, la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) y la escala de estrategias de Coping modificada (EECC-M). Por otra parte, para el desarrollo de las sesiones de intervención empleo las técnicas cognitivo-conductuales tales como: la planificación gradual de actividades, entrenamiento en toma de decisión y solución de problemas y la reestructuración cognitiva. La intervención bajo el modelo mencionado muestra eficacia en el estado del paciente, donde se consiguió una disminución de los niveles de depresión, uso de estrategias de afrontamiento centradas en soluciones, así como también que el paciente emplee mejor su tiempo libre para prevenir recaídas.

Navarro (2018) estudió el caso clínico sobre depresión mayor en una adolescente de 17 años de edad en Barranquilla, Colombia, con el objetivo de demostrar la efectividad del enfoque cognitivo conductual. Se empezó con evaluación, empleando la entrevista y observación, a su vez del uso de instrumentos psicométricos tales como: Cuestionario de Depresión de Beck (BDI), Cuestionario de esquemas (YSQL) y auto registros. Posteriormente, se empleó disimiles estrategias y técnicas terapéuticas para el tratamiento de la depresión tales como: el entrenamiento en relajación, la reestructuración cognitiva, la terapia de autocontrol de Rehm y el entrenamiento en solución de problemas. En relación a sus resultados, logró sus

objetivos propuestos disminuyendo la sintomatología depresiva de la paciente, fortaleciendo sus habilidades para solucionar problemas y mejorando sus habilidades sociales dando a conocer la efectividad del tratamiento en base al modelo cognitivo conductual para la depresión mayor en una adolescente.

Smith (2017) realizó una tesis de maestría en la república de Panamá, donde aplica la terapia cognitiva conductual en un grupo de adolescentes con depresión. La muestra se constituyó por 15 estudiantes adolescentes de edades entre 13 a 19 años residentes en Aldeas Infantiles S.O.S. La intervención en grupo se desarrolló en 12 sesiones de 45 minutos y empleó las siguientes técnicas cognitivo-conductuales: reestructuración cognitiva, asertividad y resolución de conflictos. El instrumento psicométrico empleado fue el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), el cual se realizó al inicio del proceso a nivel diagnóstico, luego para evidenciar los efectos en el progreso de la terapia y finalmente para una evaluación final. Como resultado, se afirma que la intervención cognitiva conductual es una alternativa válida y efectiva para el abordaje coherente, concreto y práctico en adolescentes con síntomas depresivos.

1.2.3 Fundamentación Teórica

Depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que está caracterizado por una sensación de tristeza profunda con una duración superior a dos meses. Este trastorno está producido por diversas causas tales como: acontecimientos de la vida diaria (ligados con pérdidas o indefensión), cambios químicos en el cerebro, efectos secundarios de medicamentos y diversos trastornos físicos o médicos (Beck et al., 1983; Ellis, 1981; 1990, como se citó en Piqueras et al., 2008).

Factores que influyen en la depresión

Según, Lucio et al. (2011) existen factores de riesgo variados que están relacionados con la depresión, además se incluyen aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Los factores de riesgo son atributos o variables que elevan la probabilidad de desarrollar alguna problemática.

Debemos resaltar que no existe una única causa que produzca la depresión como tal, sino que es causada por la agrupación de varios factores como sociales, psicológicos y biológicos (OMS, 2021).

Sarason (2001) menciona que la causa de la depresión se encuentra centrada en los genes o en algún problema fisiológico que dé misma forma puede ser heredado.

Por su parte, Guadarrama et al. (2006) postula que, entre los factores bioquímicos, la serotonina, norepinefrina y dopamina los cuales son neurotransmisores aminérgicos que operan en el sistema nervioso central son de importancia en la fisiopatología de la depresión. Además, dentro de los factores psicológicos de la depresión, se resalta el factor psicosocial, el cual está comprendido como experiencias desagradables en la infancia que traen dificultades cotidianas y crónicas, una red social limitada, baja autoestima y se incluye también eventos indeseables.

La depresión en la adolescencia

Para Pardo et al. (2004) uno de los grupos etarios con mayor probabilidad de sufrir síntomas de depresión son los adolescentes. En esta etapa de vida, se efectúan diversos procesos de cambios, como físicos, cognitivos, afectivos y socioculturales. Estos cambios hacen que los adolescentes desarrollen por sí mismos estrategias de afrontamiento con la finalidad de establecer un sentido de identidad y autonomía para lograr el éxito personal y social. Además, es en esta etapa de desarrollo donde empieza la adquisición y mantenimiento de patrones saludables de comportamiento que logren la disminución del riesgo y prevención de trastornos clínicos y a futuro en la etapa adulta.

Campo et al. (2005) menciona que la depresión en la adolescencia se encuentra asociada a diversas problemáticas en ámbitos de salud, laboral y escolar, resaltando el último como el más importante donde se observan claramente los efectos de este trastorno en esta etapa de vida. Asimismo, la presencia de trastornos depresivos se encuentra asociados también a aquellos problemas respecto al rendimiento escolar, donde el estudiante sostiene un sentimiento de incapacidad al afrontar las exigencias académicas y denota el entusiasmo en su desenvolvimiento escolar.

Asimismo, la presencia del adolescente ante contextos familiares de carácter hostil, incongruente y con patrones autoritarios de educación, están relacionados con variados desajustes cognitivos y emocionales, tal como como la depresión (Cummings y Davies, 2002 como se citó en Jiménez et al. 2009).

Por su parte, Veytia et al. (2012) postula que los síntomas de depresión en la adolescencia tienen una asociación con aquellos sucesos vitales estresantes que se dan en la familia. Caracterizados como, interacciones conflictivas con los miembros de la familia, muerte temprana de algún familiar o separación de los padres están relacionados con la depresión en esta etapa de vida.

Para Carvalho y Hopko (2011) la depresión en varones se encuentra asociada a la tendencia masculina de evitación cognitiva, emocional y conductual, lo cual hace que acumule tensión y que sus síntomas sean indirectos y difíciles de ser detectados.

Modelo cognitivo de la depresión de Beck

El modelo de la depresión de Beck (1974, como se citó en Suarez y Rodríguez, 2012) expone que la depresión es el reflejo de los problemas cognitivos que presenta cada individuo al efectuarse la evaluación acerca de sí mismo, de su mundo y de su futuro, la acuñada tríada cognitiva.

De esta forma, Beck (1974) constató que los contenidos del pensamiento de los pacientes con depresión discrepaban de aquellos que no presentaban este trastorno.

Los contenidos hacían referencia a los siguientes enunciados:

- Una visión negativa de sí mismo. Con frecuencia un paciente depresivo se califica como inútil, deficiente e inadecuado. A su vez, está siempre destacando sus defectos propios a nivel general, atribuyéndoles sus experiencias desagradables y de poco éxito. Con lo mencionado, el paciente se rechaza a sí mismo creyendo que los demás también lo hacen.
- La consideración negativa del mundo. El paciente depresivo observa el mundo como el medio donde las exigencias están presentes, las cuales dificultan el tener éxito en los objetivos que él se propone, es de esta manera que aquellas interacciones que tiene a su alrededor no resultan ser satisfactorias.
- La consideración negativa del futuro. Las expectativas que tiene el paciente con depresión sobre el futuro son visualizadas como amenazas, donde los problemas son atribuidos como interminables y además se seguirán sumando otros mayores

Terapia Cognitivo Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual es un modelo terapéutico que presenta objetivos limitados como la identificación y modificación de los patrones mal adaptativos del procesamiento de la información y del comportamiento de las personas. En un primer inicio fue propuesta únicamente para el tratamiento de la depresión, sin embargo, demostró efectividad en la intervención de diversos trastornos mentales (Chávez et al., 2014).

Es un modelo para el tratamiento de diversos trastornos mentales, cuyo objetivo en la persona, es la obtención de respuestas más adaptativas con la finalidad de enfrentar los problemas que presenta a través de la modificación de sus pensamientos, conductas, emociones y respuestas fisiológicas (Puerta y Padilla, 2011).

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general:

Disminuir los síntomas fisiológicos, cognitivos, conductuales y emocionales de un adolescente con depresión mediante la aplicación de un programa cognitivo conductual.

1.3.2 Objetivos específicos:

- Disminuir las respuestas fisiológicas de la depresión a través de la psicoeducación, técnica de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva.
- Modificar los pensamientos distorsionados a través de la técnica de la triple columna y reestructuración cognitiva.
- Reducir las conductas depresivas haciendo uso de técnicas de autocontrol, entrenamiento en solución de problemas y auto instrucciones.
- Incrementar el nivel de autoestima a través de la reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales.

1.4 Justificación

Es ineludible que la etapa de la adolescencia es de vital importancia para el desarrollo del ser humano, es en esta etapa donde las personas empiezan el constructo de su personalidad donde se reflejan todos aquellos pensamientos, sentimientos y comportamientos propios, los cuales las personas contarán para afrontar los diferentes escenarios por el resto de su vida. Asimismo, es importante destacar la salud mental y las estadísticas a nivel mundial que afirman la presencia de trastornos mentales en esta etapa de la vida. Dentro de los trastornos mentales más recurrentes y con mayor padecimiento a nivel mundial es la depresión.

Hay que tener en cuenta y tomando las referencias citadas en el presente estudio, que la depresión es un trastorno mental que no es tratado adecuadamente y en muchos casos no se

recibe tratamiento necesario para poder afrontarlo y en el Perú muchas veces no es diagnosticado correctamente.

En consecuencia, el presente estudio de caso, adquiere la importancia necesaria a nivel de investigación experimental aplicada, en la que se propone que el modelo cognitivo-conductual computa y está avalado con el respaldo científico histórico que presenta para la correcta intervención en un caso de depresión.

De mismo modo, el desarrollo de la presente intervención ha sido en base a todas las necesidades del paciente teniendo en cuenta que el ser humano es único e irrepetible, de esta forma se escogieron las técnicas específicas en base al modelo utilizado y las cuales son acordes a los objetivos propuestos que se quieren alcanzar.

En definitiva, el presente estudio demanda la disminución de síntomas fisiológicos, cognitivos, conductuales y emocionales que están presentes en la depresión empleando el modelo de la terapia cognitiva conductual y de este modo abrir camino a nuevas investigaciones que estén relacionadas a la intervención de este trastorno específicamente en la población adolescente.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

Se espera que el presente estudio de caso para el abordaje de la depresión en un adolescente logré beneficiar no solo al paciente, sino también que sirva como fuente de información tanto teórica como empírica para futuros investigadores ligados a la salud mental en consideración sobre la actualidad de la depresión a nivel nacional y mundial, no solo en la etapa de vida adolescente sino en general.

En suma, el presente estudio aporta en calidad de antecedente sobre la eficacia de la intervención cognitivo conductual en casos de depresión en adolescentes, sirviendo de utilidad para la guía, aprendizaje y bibliografía a todo aquel estudiante o profesional ligado a la salud mental.

Finalmente, se espera que el presente trabajo impulse el desarrollo para nuevos estudios de caso e investigaciones en la comunidad científica sobre el uso del modelo cognitivo conductual para la intervención de la depresión, con la finalidad mejorar la calidad de vida a todas aquellas personas que padezcan de este trastorno.

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo y Diseño de Investigación

El tipo de investigación es experimental aplicada, caracterizada por sus propósitos prácticos inmediatos y definidos, de esta manera se modifica o produce cambios en el marco que se quiere investigar y a su vez, es de importancia el respaldo de las teorías científicas (Carrasco, 2009).

Asimismo, el diseño es de caso único, empleando el diseño AB, donde el investigador recolecta datos mediante una línea base evaluando un posible tratamiento o intervención en el sujeto, en un primer comienzo no existe un tratamiento definido, por consiguiente, se establece el desarrollo del mismo (Hernández et al., 2014).

2.2 Ámbito temporal y espacial

El estudio de caso único se llevó a cabo en un consultorio privado ubicado en el distrito de Comas de la ciudad de Lima. Se desarrolló 16 sesiones terapéuticas con un tiempo aproximado de 45 minutos cada una, con frecuencia semanal. El proceso empezó en junio del 2022 y culminó en diciembre del 2022, abarcando desde las sesiones de evaluación hasta el seguimiento.

2.3 Variables de Investigación

2.3.1 Variable Dependiente

Depresión. La depresión es un trastorno del estado de ánimo que está caracterizado por una sensación de tristeza profunda con una duración superior a dos meses. Este trastorno esta producido por diversas causas tales como: acontecimientos de la vida diaria (ligados con pérdidas o indefensión), cambios químicos en el cerebro, efectos secundarios de medicamentos

y diversos trastornos físicos o médicos (Beck et al., 1983; Ellis, 1981; 1990, como se citó en Piqueras et al., 2008).

2.3.2 Variable Independiente

Terapia Cognitivo Conductual. Es un modelo para el tratamiento de diversos trastornos mentales, cuyo objetivo en la persona, es la obtención de respuestas más adaptativas con la finalidad de enfrentar los problemas que presenta a través de la modificación de sus pensamientos, conductas, emociones y respuestas fisiológicas (Puerta y Padilla, 2011).

2.3.3 Variables Extrañas

- Bajo estatus socio-económico de la familia del menor, limitando el acceso a materiales de escritorio (agenda, hojas, lapiceros) necesarios para para el desarrollo de las sesiones terapéuticas.
- Ausencia o postergación de las sesiones terapéuticas programadas por clases no planificadas de reforzamiento del menor debido a sus bajas calificaciones en diversas materias escolares.

2.4 Sujeto

Adolescente de sexo masculino, de 16 años de edad, estudiante de quinto año de secundaria de una institución educativa particular, residente del distrito de Comas, Lima, es oriundo del distrito de Villa El Salvador, Lima. y con estatus económico bajo. Estudiante con desempeño académico promedio bajo y nunca ha acudido anteriormente a consulta psicológica.

2.5 Técnicas e Instrumentos

2.5.1 Técnicas

Las técnicas empleadas para la intervención cognitivo conductual de un adolescente con depresión fueron las siguientes:

- **Entrevista Conductual:**

La entrevista conductual es empleada para que el paciente logre expresarse con mayor libertad y hable respecto al problema que lo está aquejando. Como objetivo, se recolectan datos sobre aquellos antecedentes del paciente, así como también se hace énfasis en sus sentimientos en relación a los eventos de su vida que van más allá que los de su propia naturaleza (Reynoso y Seligson, 2005).

- **Observación Conductual:**

La observación conductual resulta ser un método el cuál es frecuentemente requerido en algún momento de la intervención, tiene como objetivo el obtener información más detallada sobre las conductas problemas identificadas en el paciente (Ruiz, et.al, 2012).

- **Autorregistro:**

El autorregistro es un método práctico y eficaz para la evaluación de la conductual social de un individuo en el ambiente natural donde se desarrolla, bien sea fuera del ambiente clínico o en un laboratorio (McNeil, et al., 1995, como se citó en Caballo, 2007).

- **Análisis funcional en la evaluación conductual:**

El análisis funcional y la evaluación conductual son enfoques que tienen fundamento científico y son útiles para la formulación de casos y la evaluación clínica debido a que facilitan la elección de las mejores estrategias de evaluación y la integración de la información recogida (Kaholokula et al. 2013).

- **Respiración diafragmática**

La respiración diafragmática, conocida también como respiración profunda o abdominal, se basa en respirar profundamente con la finalidad que el cuerpo reciba completamente suministro de oxígeno para poder mantener la calma y disminuir el nivel de ansiedad, de esta forma la persona puede controlarlo por mismo (Martínez, et al., 2018).

- **Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson:**

Es un método de relajación en la que músculos crean y liberan tensión, de esta forma se logra aprender a percibir sensaciones sutiles en aquellos músculos reconociendo los diferentes de niveles de tensión que presentamos y también a como liberarlos. Esta tensión está ligada a nuestro estado mental, debido a que los músculos que se encuentran innecesariamente tensos tienen relación a la tensión que existe en la mente (Payne, 2005).

- **Psicoeducación:**

La psicoeducación se da a partir de una necesidad clínica, la cual está basada en proporcionar herramientas al paciente con la finalidad que le puedan permitir ser más proactivo tanto en la comprensión y el tratamiento de su trastorno o enfermedad, de esta manera se logra reducir el número y duración de recaídas y a su vez evitar nuevas intervenciones (Colom, 2011).

- **Reestructuración Cognitiva**

Es una de las técnicas más representativas del modelo cognitivo-conductual y está comprendida por la ayuda del terapeuta al cliente de identificar y cuestionar sus pensamientos desadaptativos, de esta forma, lograrán ser sustituidos por pensamientos más adaptativos y se reducirá o eliminar la perturbación emocional y/o conductual que es causada por aquellos pensamientos (Bados y García, 2010).

- **Técnica de las tres columnas**

Para Caballo (2007), es una técnica constituida por un cuadro con tres columnas donde el paciente logre el aprendizaje guiado por el terapeuta a identificar aquellos pensamientos automáticos que carecen de racionalidad, de esta forma logre reformularlos por pensamientos más racionales.

- **Técnica de solución de problemas**

Es una estrategia de intervención clínica que consta de un método general, estructura y de forma seriada, con la finalidad de ayudar al paciente a resolver aquellos problemas presentes en su vida. De esta forma, se busca la mejoría de su desarrollo social y la disminución de su malestar psicológico (D’Zurilla y Nezu, 2007).

- **Entrenamiento en auto instrucciones**

Se trata de una técnica cognitiva que está orientada a la modificación de autoverbalizaciones, ante cualquier actividad por otras que son útiles para poder llevarlas a cabo (Santacreu, 1998).

- **Entrenamiento en habilidades sociales**

El entrenamiento en habilidades sociales está incluido como tratamiento cognitivo conductual y está basado en la aplicación de un conjunto de técnicas con la finalidad de mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales (Segrin, 2009, como se citó en Ruiz et al., 2012).

2.5.2 Instrumentos

Los instrumentos aplicados para la presente intervención cognitivo conductual en un adolescente con depresión fueron:

Inventario de depresión de Beck – II (BDI -II)

El inventario de Depresión de Beck II originalmente llamado Beck Depression Inventory (BDI-II) es un instrumento psicométrico cuyo objetivo es la detección y

cuantificación del síndrome depresivo. Fue creado por Beck (1961) y esta última versión empleada en el presente trabajo de investigación fue actualizada en el año 1979.

El instrumento original consta de 21 ítems, dividido en 2 bloques, el principal consta de 15 ítems centrados en los síntomas cognitivos de la depresión y el segundo bloque está caracterizado por síntomas somáticos con 6 ítems. Su calificación se obtiene mediante la suma del puntaje de cada uno de las opciones en los ítems de ambos bloques. Las respuestas de cada ítem están jerarquizadas de menor a mayor gravedad comprendidas desde el 0 al 3. Este instrumento presenta una validez de 0.73 para pacientes psiquiátricos y de 0.74 para pacientes no psiquiátricos. En el apartado de confiabilidad del instrumento encontramos que test retest $r = 0.69$ a 0.90 y dos mitades: $r = 0.58$ a 0.93 , y validez concurrente $r = 0.62$ a 0.77 . Se determina que el instrumento cuenta con una adecuada validez y confiabilidad.

La adaptación al español estuvo a cargo de Conde y Useros (1974) y su validación en el Perú para población adolescente estuvo a cargo de Rodríguez y Farfán (2015). Con respecto a la adaptación a nuestro país, se eliminó los ítems 6 (Sentimiento de castigo) y 21 (Pérdida de interés por el sexo) al no contar con el coeficiente de confiabilidad adecuado y al no ajustarse de una manera correcta a ninguna variable. Por consiguiente, la adaptación del instrumento presenta índices significativos de confiabilidad de .891 en el Alfa de Cronbach, evidenciando una adecuada validez y confiabilidad.

Inventario de Autoestima de Coopersmith (SEI) - Versión Adultos.

El Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos fue creado por Stanley Coopersmith (1967) y fue diseñado para niños de 8 a 15 años, sin embargo, en 1981 a 1987 se diseñó un nuevo inventario revisado para adolescentes y adultos mayores a 16 años. El presente instrumento tiene como finalidad la medición de las actitudes valorativas hacia sí mismo de la persona, además de las áreas personal, social, familiar y académica de su propia experiencia. Por otra parte, evalúa los siguientes factores: Sí mismo o Yo General, Social- Padres y

Académico. Este instrumento está compuesto por 25 ítems con una elección forzada, de esta forma deben ser respondidos en relación a lo que la persona identifica o no con cada afirmación en términos afirmativos o negativos. Cada respuesta equivale a un punto, y el puntaje total de autoestima resulta en la suma de los totales de las subescalas multiplicadas por 4 de esta forma se puede medir la autoestima sea baja o alta.

Su aplicación es a partir de 16 años en adelante y puede ser de forma individual y colectiva. Su duración de aplicación es aproximadamente 15 minutos. El creador del instrumento, Stanley Coopersmith evidenció la confidencialidad del inventario a través del test-retest de 0.88 en relación a su confidencialidad.

Además, este instrumento cuenta con una adaptación en Perú a cargo de Alegre (2001) realizado en una muestra conformada por 159 adolescentes varones cuyas edades oscilaban entre 16 a 18 años de edad. En su trabajo de validación presenta una fiabilidad y una validez de constructo satisfactoria, denotando un rango de Cronbach de 0,68 a 0,77.

Inventario Clínico para adolescentes de Millon (MACI)

El inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI) titulado originalmente como MACI: Millon Adolescent Clinical Inventory, es un instrumento psicométrico construido específicamente para la población adolescente y orientado a la evaluación de características de la personalidad y también síndromes clínicos. Fue creado en 1993 por Theodore Millon en colaboración con Carre Millon y Roger Davis. El MACI consta de 160 ítems y 31 escalas, y puede ser aplicado en aproximadamente 30 minutos de forma individual o colectiva. El rango de edad de aplicación es de 13 a 19 años de edad. El presente instrumento posee una consistencia interna óptima < 0.8 según el alfa de Cronbach, además presenta una correlación estrecha entre sus escalas lo que significa que el instrumento posee adecuada validez.

Del mismo modo, posee una adaptación actualizada en el Perú por parte de Aponte y Mamani (2018) donde se logra evidenciar un adecuado nivel de confiabilidad por consistencia

interna, encontrándose un alfa de Cronbach total de 0.859. Por añadidura, presenta una validez adecuada, teniendo un KMO muy aceptable de 0.912 y significancia de 0.000 en la Prueba de Esfericidad de Bartlett.

2.5.3 Evaluación psicológica

Historia psicológica

Datos de filiación:

Nombres y Apellidos	: Andrés H.R.
Edad	: 16 años
Fecha de Nacimiento	: 15 de marzo de 2006
Lugar de Nacimiento	: Villa El Salvador
Grado de Instrucción	: 4to grado de secundaria
Ocupación	: Estudiante
Religión	: Católica
Estado Civil	: Soltero
Lugar de Residencia	: Comas, Lima-Perú
Vive con	: Madre, padrastro y hermana
Referente	: Madre
Fecha de Informe	: 15 mayo 2022
Entrevistador	: Lic. Luis Moreno Estremadoyro
Informante	: Madre

Observación de conducta

El paciente es de contextura gruesa, tez trigueña, cabello corto, color de ojos negros, orejas alargadas, labios gruesos, nariz ancha, tiene las uñas cortas y limpias, es de estatura alta y aparenta más edad. Se muestra aseado y vestido de acuerdo a la ocasión y estación, lleva un polo amarillo manga corta de algodón, pantalón buzo color gris y zapatillas negras. Además,

se encuentra lúcido, orientado en tiempo espacio y persona. El paciente se manifiesta emocionalmente ansioso, impaciente y muestra educación en todo momento.

Motivo de consulta

El paciente acude a consulta acompañado de su madre por su bajo estado de ánimo, bajas calificaciones en sus cursos, desobedeciendo constantemente a su madre y dificultades para interactuar con las demás personas. El paciente manifiesta sentirse triste gran parte del día, llora, tiene una disminución de apetito, dolores de cabeza, tensión muscular, cansancio y tiene dificultad para concentrarse. Además, refiere: “En el colegio algunos temas no entiendo sobre todo matemáticas, las tareas las realizo a última hora, pero las hago”, “Todos los años jalo cursos y hago vacacional, no sirvo para el estudio”, “Me da vergüenza ir al colegio porque se burlarán de mí”, “Siento que quieren más a mi hermana que a mí” “Mis padres no me quieren, mi mamá siempre está regañándome”, “Mi mamá es muy estricta, algunas veces me castiga fuerte y me hace sentir triste”. De mismo modo la madre comenta que su hijo presenta irritabilidad cada vez que le dicen algo, se encierra en su habitación y se echa a su cama sin hacer nada. También refiere: “Mi hijo para todo el día con el celular, cuando lo castigo quitándole el celular hace lo que sea para quitármelo y ponerse a jugar”, “Además, cuando estamos en la casa, no nos habla y esquiva la mirada”, “Castigo a mi hijo cuando saca malas calificaciones y cuando no obedece”.

Antecedentes del problema

El paciente se crio con ambos padres hasta los 3 años de edad, donde se dio una separación de los padres. El padre se alejó del hijo y mantuvo una comunicación escasa hasta la actualidad. Cuando iba a la casa de su padre para visitarlo, este mencionaba que estaba ocupado y no podía atenderlo, demostrando rechazo hacia el paciente.

Durante, sus primeros años el paciente se crio solo con su madre hasta los 9 años, la madre decide rehacer su vida con una nueva pareja. Poco tiempo después, la madre tiene un

embarazo y su pareja pasa a vivir con ellos. Desde ese entonces, el padrastro empieza a tratar mal al paciente, colocándole apodosos e intentándolo agredir físicamente cuando este tenía conductas inadecuadas. Sin embargo, la madre mediaba la situación y aclara que ella al ser su madre es la única que puede castigarlo.

Desde esta edad, se mostraba inquieto y realizaba travesuras en su casa, la madre lo empezó a castigar físicamente y en algunos casos de forma muy severa.

Durante su adolescencia, se mostraba poco comunicativo en la escuela, teniendo pocos amigos y dificultad para integrarse al grupo. También presentaba sentimientos de tristeza cuando no notaba el interés y preocupación de sus padres hacia él.

Cuando empezó la educación secundaria, empieza a obtener bajas calificaciones, no realiza sus tareas y manifiesta que se le ha olvidado. Todos los años, ha realizado vacacional durante el verano para poder salvar los cursos desaprobados.

Problema actual

El paciente presenta tristeza gran parte del día, preocupación, sentimientos de culpa, irritabilidad teniendo arrebatos de enojo cuando lo castigan en el hogar.

Además, se evidencia tensión muscular, fatiga, alteraciones del sueño, duerme muy pocas horas al día y tiene dificultades para concentrarse.

Por otra parte, están presentes los problemas de comportamiento evidenciados principalmente en su entorno familiar. Estos comportamientos aparecen cuando su madre lo regaña al desobedecerla en situaciones como: se amanece jugando con sus amigos videojuegos en línea y haciendo alboroto, se queda dormido hasta tarde evadiendo todo tipo de responsabilidades, obteniendo bajas calificaciones en la escuela, no haciendo las labores domésticas del hogar, el paciente reacciona irritable, grita y se encierra en su habitación a llorar sobre su cama durante varias horas.

Luego de estos acontecimientos, el paciente se mantiene desanimado, cortante cuando se le dirige la palabra, esquivando la mirada y tratando de cumplir con lo que su madre le ordene. Ante cualquiera llamado de atención o corrección de su conducta por parte de sus familiares, el paciente se pone a llorar y deja todo lo que estaba haciendo encerrándose a su habitación.

Cuando le contesta a su madre al regañarlo, esta utiliza la violencia física y psicológica para castigarlo. La madre emplea una correa o con su mano lo golpea, frecuentemente lo compara con su hermana, primos y compañeros, diciendo que son mejores que él en todo lo que realizan.

Historia Personal

Desarrollo Inicial

La madre tiene una gestación sin complicaciones, dando a luz por parto natural. No presentó problemas en su desarrollo inicial, camina y habla a la edad promedio de su grupo etario. En sus primeros años, se presentó complicaciones en las vías respiratorias, no recuerda accidentes.

Infancia

El evaluado se crio junto a su madre, ya que en sus primeros años de edad se dio una separación por parte de sus padres. Desde pequeño era muy inquieto y hacía travesuras en el hogar, asimismo desobedecía constantemente a la madre y ella lo castigaba mediante gritos y agresiones físicas, en algunos casos de forma muy severa.

Adolescencia

El evaluado cuando empezó la secundaria ha presentado bajas calificaciones, en los exámenes presenta dificultades. Durante esta etapa, la madre en varias ocasiones ha viajado al interior del país por problemas familiares, por lo que el evaluado se ha quedado solo junto a

sus tíos, debido a que el padrastro no quería hacerse cargo de él y solo cuidaba a su hija. Se evidencia también la carencia de trato afectivo en el hogar.

Desarrollo Psicomotor

No presenta datos de alteración psicomotora.

Conductas inadecuadas más resaltantes en la infancia

No realizaba sus tareas y actividades en el hogar y su mamá lo agredía físicamente haciendo uso de una correa o diferentes objetos y también botándolo de la casa.

Ante cualquier problema de mala conducta, el padrastro le menciona a la mamá que mejor se vaya a vivir con su padre.

Educación

En la educación primaria recibía ayuda de la madre en la realización de tareas y preparación de actividades. La madre supervisaba constantemente su desempeño escolar.

En la secundaria, la madre deja de estar muy pendiente en su desarrollo educacional, solo opta por revisarle los cuadernos ocasionalmente. En esta etapa escolar comienza a presentar bajas calificaciones, al punto de reprobado varios cursos y tener que cursar vacacional durante el verano para nivelarse.

Además, debido a su sobrepeso en la infancia, sufría de constantes burlas por sus compañeros de clase.

Desarrollo psicosexual

El evaluado se identifica con su género, masculino. Además, no ha tenido relaciones coitales y tampoco ha tenido pareja hasta el momento.

Interacción social

El evaluado presenta dificultad para relacionarse con los demás, se muestra ante los demás como una persona alegre y bromista con la finalidad de agraderle a todo aquel que conoce.

Por otra parte, le es más fácil interactuar por medio de las redes sociales, es en estas plataformas donde considera tener más amigos en los que puede confiar. Por medio de videojuegos, llega a conocer a personas de diferentes nacionalidades y que comparten gustos en común.

Enfermedad y accidentes

Desde el primero año de vida, ha presentado dificultades respiratorias, hasta el día de hoy aparecen problemas tales como: asma, gripe y fiebre muy alta. Cuando la situación se agrava es llevado al hospital de emergencia.

A los 11 años, un vehículo lo arrolló cuando se encontraba manejando bicicleta, donde solo atinó a ponerse de pie y seguir su camino. Debido a este accidente se evidencia una pequeña cicatriz en la cabeza. Recientemente ha sido diagnosticado con triglicéridos altos.

Historial Familiar

El evaluado pertenece a una familia reconstituida, su madre y padre se separaron por diversos motivos cuando era un niño, luego su madre tiene otro compromiso y tuvo otra hija. Como se puede observar en la Tabla 1, el paciente en la actualidad, vive con su madre, padrastro y hermana menor.

Con su madre existe buena comunicación y le consulta primero a ella ante cualquier problema que pueda tener.

Por otra parte, presenta una relación distante con su padre biológico, donde la comunicación es escasa y hay carencia de afectividad. Él actualmente tiene otra familia, y cuando va a visitarlo, lo trata con indiferencia y poco interés, en repetidas oportunidades le menciona que está ocupado y no lo atiende.

Con su padrastro la relación es distante, debido a que no existe mucha comunicación por su trabajo y tampoco existe confianza. En algunas ocasiones, el padrastro discute

fuertemente con su madre y con la finalidad de hacerla sentir mal, habla mal del paciente haciendo énfasis en sus debilidades.

Finalmente, la relación con su hermana es considerada como buena, debido a que simpatizan en muchos aspectos. El paciente ha cuidado a su hermana desde que era pequeña, por eso ella le tiene respeto y aprecio.

Tabla 1

Datos familiares del paciente

Parentesco	Edad	Grado de instrucción	Ocupación	Relación con el paciente
MADRE (Carla)	38	Secundaria Completa	Ama de casa	- “Buena comunicación” - “Presión en sus estudios.” - “Poca afectividad”
PADRASTRO (José)	38	Superior incompleta	Independiente	- “Comunicación escasa” - “Relación distante” - “No existe confianza”
HERMANA POR PARTE MADRE (Nicol)	6	Primaria	Estudiante	- “Buena relación” - “A veces discuten.”
PADRE (Felipe)	43	Superior completa	Ingeniero	- “Poca o nula comunicación”. - “Relación distante y poco afectiva.”

2.5.4 Evaluación psicológica

Informe del inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI)

Nombres y Apellidos : Andrés H.R.

Edad : 16 años

Sexo : Masculino

Lugar de Residencia : Comas, Lima-Perú
 Grado de Instrucción : 4to grado de secundaria
 Ocupación : Estudiante
 Evaluador : Lic. Luis Moreno Estremadoyro
 Fecha de evaluación : 24-05-2022

Motivo de consulta

Evaluar las características de la personalidad y síndromes clínicos del paciente.

Técnicas e instrumentos aplicados.

- Observación de la conducta
- Entrevista psicológica
- Inventario Clínico para Adolescentes de Millon.

Resultados

Tabla 2

Resultados del Inventario clínico para adolescentes de Millon

Escalas	Puntaje	Resultados
Características de personalidad		
1-Introvertido	111	Área principal de preocupación
Expresiones de preocupaciones		
B-Desvalorización de sí mismo	107	Área principal de preocupación
Síndromes clínicos		
FF-Afecto Depresivo	106	Área principal de preocupación

Interpretación

En relación al patrón clínico de personalidad, el paciente presenta problemática en el área Introverso y Sumiso, lo cual se refleja en la carencia de la capacidad para experimentar tanto el dolor como el placer, no refleja estar interesado en las satisfacciones personales o sociales. Es una persona que suele ensimismarse y se muestra tranquilo sin expresividad, es poco sociable, sus emociones y necesidades de afecto son escasas.

Por otra parte, en el área de Preocupaciones expresadas, presenta una Desvalorización de sí mismo, presentando una lucha interna para lograr desarrollar su propia identidad, la cual se encuentra caracterizada por una insatisfacción en relación a sí mismo, lo que genera una falta de felicidad al no encontrarse satisfecho con su propia imagen. Además, encuentra la carencia de atributos para admirar en sí mismo y teme en fracasar sobre lo que desea hacer.

Finalmente, en el apartado de Síndromes Clínicos presenta conflicto en el área de Afecto depresivo, el paciente demuestra preocupación debido a sentimientos de desaliento y culpa en las situaciones problemáticas presentes. Además, existe falta de iniciativa, una baja autoestima y la desaprobación de sí mismo, ante las circunstancias de crisis se encuentra presente el llanto frecuente, una actitud general de pesimismo, aislamiento social, necesidad de comer en exceso, fatiga permanente, evasión de responsabilidades y la pérdida de interés de actividades placenteras.

Conclusiones

El paciente en relación a sus características de personalidad, presenta prevalencia en la introversión, en la expresión de preocupaciones encontramos una desvalorización de sí mismo y de acuerdo a la relación de síndromes clínicos, se evidenció un puntaje alto en el área de afecto depresivo.

Recomendaciones

Intervención cognitivo conductual.

Informe del inventario de depresión de Beck – II (BDI -II)

Nombres y Apellidos : Andrés H.R.
 Edad : 16 años
 Sexo : Masculino
 Lugar de Residencia : Comas, Lima-Perú
 Grado de Instrucción : 4to grado de secundaria
 Ocupación : Estudiante
 Evaluador : Lic. Luis Moreno Estremadoyro
 Fecha de evaluación : 22-05-2022

Motivo de evaluación

Evaluar el grado de depresión en que se encuentra el paciente.

Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación de la conducta
- Entrevista psicológica
- Inventario de depresión de Beck – II

Resultados

Tabla 3

Resultados del inventario de depresión de Beck – II

Puntaje	Resultado
22 puntos	Depresión moderada

Interpretación

El puntaje obtenido mediante el inventario de depresión por parte del paciente es de 22 puntos, puntaje que corresponde al nivel de depresión moderada. Asimismo, se indica una mayor puntuación en el área afectiva, donde se logra evidenciar los sentimientos de tristeza frecuentes, desánimo para realizar sus actividades a nivel personal y escolar, pensamientos negativos presentes y no se encontró ideas ni conductas suicidas.

A nivel conductual, encontramos la dificultad para conciliar el sueño, llanto frecuente y fatiga gran parte del día.

Conclusiones

Se logra evidenciar indicadores de depresión moderada lo cual afecta diversas áreas de su vida, tales como personal, familiar, social y académico.

Recomendaciones

Intervención cognitivo conductual.

Informe del inventario de autoestima de Coopersmith (SEI) - Versión Adultos

Nombres y Apellidos	: Andrés H.R.
Edad	: 16 años
Sexo	: Masculino
Lugar de Residencia	: Comas, Lima-Perú
Grado de Instrucción	: 4to grado de secundaria
Ocupación	: Estudiante
Evaluador	: Lic. Luis Moreno Estremadoyro
Fecha de evaluación	: 22-05-2022

Motivo de consulta

Medir el nivel de autoestima que presenta el paciente.

Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación de la conducta
- Entrevista psicológica
- Inventario de Autoestima de Coopersmith.

Resultados

Tabla 4

Resultados del inventario de autoestima de Coopersmith

Áreas	Categoría
General	Nivel Promedio Bajo
Social	Nivel Promedio Bajo
Hogar	Nivel Bajo
Puntaje Total	Resultado
32 puntos	Nivel de Autoestima Promedio Bajo

Interpretación

El puntaje presentado por el paciente en la escala general fue de 32 puntos sobre 100, indicando que se encuentra en el nivel de Autoestima Promedio Bajo.

En este aspecto podemos evidenciar que el paciente en ciertos momentos presenta una actitud positiva, cierta aceptación y es afectivo hacia sí mismo. Además, es tolerante sobre sus propias limitaciones, puede reconocer sus limitaciones, debilidades y errores, así como también ser consciente de sus fracasos. Desde otro punto de vista, específicamente en tiempos de crisis, presenta actitudes características de una baja autoestima, las cuales le cuesta trabajo poder sobreponerse. Se tiene en cuenta que, al encontrarse en un nivel promedio bajo, este suele inclinarse más hacia el nivel bajo, de esta forma estará siempre influenciándose de forma negativa en el desarrollo de sus diversas áreas funcionales.

En relación a la dimensión personal” Si mismo”, el paciente obtuvo un total de 38 puntos, esto indica que su nivel de autoestima es Medio Bajo. En este concepto, el nivel medio bajo demuestra que hay ciertos momentos de que la autovaloración que tiene de sí mismo puede ser aceptable y alta, sin embargo, ante una determinada situación adversa, esta autoevaluación podría resultar ser baja.

Por otra parte, en la dimensión social, obtiene 33, obteniendo como resultado un nivel de autoestima promedio bajo en el área mencionada. Ante este resultado, el paciente cuenta con una probabilidad de presentar una adaptación social normal debido a que pueda mantener buenas relaciones con personas que comparte gustos afines.

Finalmente, en la dimensión familiar, obtuvo un puntaje de 17 puntos, evidenciándose de esta manera que presente un nivel de autoestima baja. En esta área de suma importancia, no cuenta con cualidades y habilidades adecuadas en sus relaciones íntimas con la familia, demostrándose incomprendido por este grupo microsociales, el paciente se muestra de forma fría e indiferente en diversos momentos hacia su grupo familiar.

Conclusiones

El paciente presenta una autoestima general de nivel medio bajo, a nivel personal y social también denota un nivel de autoestima medio bajo. Por otra parte, a nivel familiar se evidencia un nivel de autoestima bajo.

Recomendaciones

Intervención cognitivo conductual.

Informe psicológico integrador

Datos de filiación

Nombres y Apellidos : Andrés H.R.

Edad : 16 años

Sexo : Masculino

Lugar de Residencia : Comas, Lima-Perú
Grado de Instrucción : 4to grado de secundaria
Ocupación : Estudiante
Evaluador : Lic. Luis Moreno Estremadoyro
Fecha de informe : 30-05-2022

Motivo de consulta

El paciente acude a consulta acompañado de su madre por su bajo estado de ánimo, bajas calificaciones en sus cursos, desobedeciendo constantemente a su madre y dificultades para interactuar con las demás personas. El paciente manifiesta sentirse triste gran parte del día, llora, tiene una disminución de apetito, dolores de cabeza, cansancio y tiene dificultad para concentrarse. Además, refiere: “En el colegio algunos temas no entiendo sobre todo matemáticas, las tareas las realizo a última hora, pero las hago”, “Todos los años jalo cursos y hago vacacional, no sirvo para el estudio”, “Me da vergüenza ir al colegio porque se burlarán de mí”, “Siento que quieren más a mi hermana que a mí” “Mis padres no me quieren, mi mamá siempre está regañándome”, “Mi mamá es muy estricta, algunas veces me castiga fuerte y me hace sentir triste”. De mismo modo la madre comenta que su hijo presenta irritabilidad cada vez que le dicen algo, se encierra en su habitación y se echa a su cama sin hacer nada. También refiere: “Mi hijo para todo el día con el celular, cuando lo castigo quitándole el celular hace lo que sea para quitármelo y ponerse a jugar”, “Además, cuando estamos en la casa, no nos habla y esquiva la mirada”, “Castigo a mi hijo cuando saca malas calificaciones y cuando no obedece”.

Observaciones generales y de conducta

El paciente es de contextura gruesa, tez trigueña, cabello corto, color de ojos negros, orejas alargadas, labios gruesos, nariz ancha, tiene las uñas cortas y limpias, es de estatura alta y aparenta más edad. Se muestra aseado y vestido de acuerdo a la ocasión y estación, lleva un

polo color negro manga larga, pantalón jean y zapatillas negras. Además, se encuentra lúcido, orientado en tiempo espacio y persona. En el desarrollo de las evaluaciones se mostró impaciente por saber de qué se trataban, se evidencia movimiento constante de los pies y manos. Hubo predisposición en el desarrollo de la prueba, ante alguna duda lo manifestaba y pudo desarrollar las evaluaciones adecuadamente.

Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación de la conducta.
- Entrevista psicológica.
- Inventario Clínico para Adolescentes de Millon.
- Inventario de depresión de Beck – II (BDI -II).
- Inventario de autoestima de Coopersmith (SEI) - Versión Adultos.

Análisis de resultados

El paciente en relación a su personalidad, refleja características de una persona introvertida, en otras palabras, no denota estar interesado en satisfacciones personales o sociales, prefiere realizar actividades en solitario, se muestra tranquilo ante demás grupos de personas y sus necesidades de afecto son escasas. De acuerdo al área de expresión de preocupación, el evaluado presenta desvalorización de sí mismo, lo que indica una lucha interna en los esfuerzos para el desarrollo de su propia identidad, presentando también una insatisfacción sobre sí mismo generándole una falta de felicidad. Como síndrome clínico, está presente el afecto depresivo, el cuál esta caracterizado en demostrar preocupación en relación a los sentimientos de desaliento y culpa ante situaciones problemáticas, existe una falta de iniciativa y constantemente está desaprobándose a sí mismo. Además, presenta llanto frecuente y cuando realiza algo siempre tiene una actitud de pesimismo, orienta todo lo que hace hacia lo negativo sin esperar a obtener un logro sobre determinado accionar.

Asimismo, presenta indicadores de un episodio depresivo leve donde se puede evidenciar la presencia de sentimientos de tristeza de forma frecuente, existe desánimo para la realización y disfrute de sus actividades en diversos ámbitos de su vida.

Con relación a su autoestima, presenta un nivel de autoestima promedio bajo, donde se puede evidenciar que puede contar con ciertos momentos de actitud positiva, aceptación y afectividad hacia sí mismo, sin embargo, ante una determinada crisis emocional, presenta actitudes de una baja autoestima, de la cual le toma trabajo reponerse. Dentro de las áreas más afectadas en su autoestima encontramos el área familiar, donde se muestra que el paciente no tiene relaciones adecuadas con los miembros de su familia y acostumbra a ser distantes o frío ante un intento de acercamiento por parte de ellos.

Conclusiones

- Indicadores de depresión leve.
- Características de personalidad introvertida, desvalorización de sí mismo y afecto
- depresivo.

Autoestima promedio bajo.

Diagnóstico

Episodio Depresivo Leve (F32.0)

Recomendaciones

Intervención cognitivo conductual a nivel individual.

Diagnóstico Funcional

Tabla 5

Diagnóstico funcional de la conducta

Exceso	Debilitamiento	Déficit
-Gritar.	-Disminución de sueño.	-Actividad física.
-Llorar.	-Desgano.	- Comunicación asertiva.
-Encerrarse en su habitación.	-Descuido de apariencia personal.	- Actividades sociales.
-Culpa.	-Desmotivación en sus actividades.	-Interés o placer en sus actividades diarias.
-Ansiedad.	-Disminución de la capacidad de planificación.	- Pensamientos racionales.
-Tristeza.		
Pensamientos como: “Mi mamá y mi papá no me quieren” “No se para que me esfuerzo si al final siempre voy a jalar cursos” “Quieren más a mi hermana que a mí”		

Conductas Adaptativas/Desadaptativas

Tabla 6

Diagnóstico funcional de la conducta

Adaptativas	Desadaptativas
-Motivación y predisposición en relación al tratamiento.	-Se encierra en su habitación a llorar.
-Actitud comunicativa en el tratamiento.	-Insomnio.
	-Deja de lado sus responsabilidades académicas y domésticas.
	-Pensamiento catastrofista.
	-Desvalorización de sí mismo.
	-No levantarse de su cama por las mañanas para no ir al colegio.
	-Aislamiento de los amigos.
	-Evitar responder solicitudes de amigos.

Análisis Funcional Descriptivo

Tabla 7

Análisis funcional descriptivo

Estímulos discriminativos	Niveles de Respuesta	Estímulos reforzadores
<p>Estímulos discriminativos externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Madre lo castiga por desobedecer. - Madre lo regaña por no querer levantarse en las mañanas. - Familiares lo comparan con los demás. - Compañeros de clase lo invitan a salir. 	<p>Fisiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tensión muscular. -Fatiga. -Insomnio. -Dolor de cabeza <p>Emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tristeza. (8/10) -Sentimientos de culpa. (9/10) -Preocupación. (8/10) -Cólera. (9/10) <p>Motor Conductual:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se encierra en su cuarto y se pone a llorar cada vez que recibe críticas familiares. -Grita a su madre y le reclama cuando lo castiga. -No se levanta de su cama para no ir al colegio porque no estudio ni hizo tareas. -No contesta la invitación o inventa excusas para no salir con sus compañeros. 	<p>Estímulos Reforzadores Externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Madre entra a su habitación a pedirle disculpas. - Madre llama al colegio diciendo que no podrá asistir porque está mal de salud. - No exponerse a las burlas de los compañeros al salir con ellos. <p>Estímulos Reforzadores Internos:</p> <p>Tranquilidad y sensación de alivio.</p> <p>“Al llorar me siento mejor”</p> <p>“Si me voy de mi casa no tendré que soportar los regaños de mi madre”</p> <p>“No soy bueno para el estudio, prefiero trabajar”</p> <p>“Me tienen lástima por eso mis compañeros me invitan a salir”</p>

Análisis Funcional Cognitivo

Tabla 8

Análisis funcional cognitivo

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y conducta (C)
EXTERNOS		
✓ Cuando está con su familia.	✓ “Van a regañarme por mis notas del colegio”, “Van a compararme con mis amigos o primos”, “Cualquier cosa que hago está mal por eso me castigan”	✓ Esquiva la mirada, evita hablar o responder lo que lo dicen. Tristeza 8/10 Tensión muscular 7/10 Cólera 7/10
✓ Ir a clases.	✓ “Todos se van a burlar de mi por mis bajas notas”.	✓ No va a sus clases o se hace el enfermo para no ir. Siente vergüenza. Tristeza 7/10 Preocupación (9/10)
✓ Cuando tiene que estudiar o hacer sus tareas.	✓ “Todos los años jalo curso no sirvo para el estudio”, “No se para que me esfuerzo si al final siempre voy a jalar cursos”.	✓ No termina sus tareas. No estudia para sus exámenes. Tristeza 8/10 Sentimientos de culpa 7/10 Preocupación 8/10
INTERNOS		
✓ Pensar que su mamá no lo quiere.	✓ “Mi mamá y mi papá no me quieren” “Soy un mal hijo”	✓ Se encierra en su habitación y llora hasta quedarse dormido. Tristeza 9/10
✓ Pensar que su familia quiere más a su hermana que a él.	✓ “Quieren más a mi hermana que a mí”	Sentimientos de culpa 8/10

Diagnóstico Tradicional: CIE 10

Tabla 9

Criterios según el CIE 10 para el Episodio Depresivo Leve (F32.0)

Criterios CIE 10	Presentes en el paciente
<p>Episodio depresivo</p> <p>En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.</p>	<p>El evaluado presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tristeza -Fatiga. -Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba. - Disminución de sueño. - Preocupación. - Disminución de la motivación para realizar una actividad.
<p><i>Incluye:</i> episodios únicos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • depresión psicógena • depresión reactiva • reacción depresiva 	
<p><i>Excluye:</i> cuando se asocia con trastornos de la conducta en F91.– (F92.0) trastornos de adaptación (F43.2) trastorno depresivo recurrente (F33.–)</p>	
<p>F32.0 Episodio depresivo leve</p> <p>Por lo común están presentes dos o tres de los síntomas antes descritos. El paciente generalmente está tenso pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades.</p>	

2.6 Intervención

2.6.1 Plan de intervención y calendarización

Tabla 10

Calendarización del programa de intervención bajo el modelo Cognitivo Conductual

Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Participante	Técnicas de tratamiento
Fase de evaluación					
Sesión 01	21/06/2022	45 minutos	Semanal	Adolescente de 16 años	Observación y entrevista.
Sesión 02	28/06/2022	45 minutos	Semanal	Adolescente de 16 años	Observación y evaluación psicológica.
Sesión 03	01/07/2022	45 minutos	Semanal	Madre y Adolescente de 16 años	Entrega de informe psicológico.
Fase de intervención					
Sesión 01	05/07/2022	45 minutos	Semanal	Adolescente de 16 años	Psicoeducación sobre el problema de tratamiento.
Sesión 02	12/07/2022	45 minutos	Semanal	Adolescente de 16 años	Técnica de respiración diafragmática y autorregistro.

Sesión 03	19/07/2022	45 minutos	Semanal	Adolescente de 16 años	Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson y psicoeducación.
Sesión 04	26/07/2022	45 minutos	Semanal	Adolescente de 16 años	Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson y autorregistro.
Sesión 05	04/08/2022	45 minutos	Semanal	Adolescente de 16 años	Psicoeducación de la relación situación, pensamiento, emoción y conducta.
Sesión 06	09/08/2022	45 minutos	Semanal	Adolescente de 16 años	Psicoeducación de la relación pensamiento-emoción.
Sesión 07	16/08/2022	45 minutos	Semanal	Adolescente de 16 años	Técnica de la triple columna.
Sesión 08	23/08/2022	45 minutos	Semanal	Adolescente de 16 años	Reestructuración cognitiva.
Sesión 09	30/08/2022	45 minutos	Semanal	Adolescente de 16 años	Reestructuración cognitiva.
Sesión 10	09/09/2022	45 minutos	Semanal	Adolescente de 16 años	Reestructuración cognitiva.
Sesión 11	13/09/2022	45 minutos	Semanal	Adolescente de 16 años	Técnicas de autocontrol y Auto instrucciones.
Sesión 12	20/09/2022	45 minutos	Semanal	Adolescente de 16 años	Entrenamiento en solución de problemas y psicoeducación.
Sesión 13	27/09/2022	45 minutos	Semanal	Adolescente de 16 años	Entrenamiento en solución de problemas y autorregistro.

Sesión 14	04/10/2022	45 minutos	Semanal	Adolescente de 16 años	Reestructuración cognitiva (Autoestima).
Sesión 15	11/10/2022	45 minutos	Semanal	Adolescente de 16 años	Entrenamiento en habilidades sociales (Comunicación asertiva).
Sesión 16	18/10/2022	45 minutos	Semanal	Adolescente de 16 años	Entrenamiento en habilidades sociales (Ensayo conductual).
Fase de seguimiento					
Sesión 1	18/11/2022	45 minutos	Mensual	Adolescente de 16 años	Seguimiento y Evaluación Post-test.
Sesión 2	19/12/2022	45 minutos	Mensual	Adolescente de 16 años	Seguimiento y Prevención de Recaídas.

2.6.2 Programa Intervención: Sesiones Terapéuticas

Tabla 11

Sesión 01: Entrevista psicológica y observación de la conducta para determinar el problema actual

Fase de Evaluación						
Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida a la consulta. Solicitar el motivo de consulta.	- Desarrollo de los datos del paciente y motivo consulta.	Se da la bienvenida al paciente y a su madre y se desarrolla los datos de filiación, motivo de consulta. Se identifica el problema actual del paciente especificando los síntomas presentados.		10'	-Entrevista psicológica.
Desarrollo	Recabar información sobre la historia personal y familiar.	-Desarrollo de entrevista psicológica, encuadre terapéutico y firma del consentimiento informado.	Se realiza la aplicación de la entrevista psicológica para recabar información de la historia clínica en base a las áreas de la vida del paciente. Además, se realiza el encuadre terapéutico sobre el proceso a seguir y se explica sobre el consentimiento informado a la madre detallando las actividades implicadas y explicando también el estudio de caso a desarrollar con fines académico.	- Formato de entrevista semiestructurada	25'	-Observación de la conducta. -Entrevista psicológica.
Cierre	Retroalimentación y clarificación de dudas.	-Retroalimentación de la sesión.	Se retroalimenta la sesión y se aclaran dudas que surgen sobre el procedimiento.		10'	

Tabla 12*Sesión 02: Aplicación de instrumentos psicológicos*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Enseñanza sobre la aplicación de instrumentos.	-Enseñar al paciente sobre el correcto desarrollo de instrumentos psicológicos.	Se enseña al paciente sobre el correcto desarrollo de cuestionarios a aplicar. Se brinda lápiz y borrador y se mantiene la observación mientras el paciente desarrolla las pruebas.	- Lápiz. - Borrador. - Tajador. - Hojas cuestionarios.	10'	-Psicoeducación.
Desarrollo	Evaluación de la personalidad, presencia de depresión y nivel autoestima que presenta el paciente.	-Evaluar el área de personalidad, emocional y autoestima del paciente.	Aplicación de los siguientes instrumentos: -Inventario clínico para adolescentes Millon (MACI). -Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II). -Inventario de autoestima de Coopersmith (SEI).	con con cuestionarios.	30'	-Observación de la conducta. -Aplicación de instrumentos psicológicos.
Cierre	Retroalimentación y coordinación del informe a entregar.	-Retroalimentación de la sesión.	Se clarifican dudas sobre la sesión, y se pacta una fecha durante la misma semana para la entrega del informe psicológico resultante de la entrevista, observación y pruebas psicológicas aplicadas.		5'	

Tabla 13*Sesión 03: Entrega de informe psicológico y explicación de resultados*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Bienvenida al consultorio. Entrega del informe psicológico.	-Bienvenida al paciente y su madre para hacerle entrega del informe psicológico.	Se da la bienvenida a la madre y paciente al consultorio, se le entrega el informe psicológico impreso en un sobre manila. Se le comenta que se le hará la explicación de los resultados del informe psicológico.	- Informe Psicológico impreso. - Sobre manila.	5'	
Desarrollo	Se explica los resultados del informe psicológico. Se realiza un contrato conductual con el paciente para el compromiso con la terapia.	-Lectura y explicación del informe psicológico del paciente. -Establecimiento de un contrato conductual.	Se realiza la explicación de los resultados obtenidos a la madre y al paciente. La madre va siguiendo la explicación mientras lee el informe psicológico físico brindado. Posteriormente se explica el proceso terapéutico y los objetivos que se quieren alcanzar. Además, se emplea un contrato conductual, donde se especifica las responsabilidades de ambas partes, recompensas al cumplirlas, bonificaciones y soluciones por incumplimiento.	- Informe Psicológico impreso. - Ficha de contrato conductual.	30'	- Psicoeducación - Contrato conductual.
Cierre	Retroalimentación y clarificación de dudas.	-Se retroalimenta la sesión y se resuelven interrogantes.	Se retroalimenta la sesión, se clarifican dudas que parten del informe psicológico y del procedimiento próximo a seguir.		10'	

Tabla 14

Sesión 01: Lograr la psicoeducación sobre el problema e inicio de la intervención cognitivo conductual

Fase de Intervención						
Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Se da la bienvenida a la terapia. Dinámica rompehielos	-Realización de una dinámica rompehielos de inicio.	Se le da la bienvenida al paciente a esta sesión. Realización de la dinámica rompehielos “la papa caliente” para despejar los pensamientos con los que el paciente acude a sesión. La dinámica consiste en tener en las manos una pelota de papel que simule una papa que quema, el terapeuta realizará una pregunta al azar y esta deberá ser contestada lo más rápido posible, para luego alternar los roles.	- Bola de papel forrada de color marrón simulando a una papa.	10'	
Desarrollo	Explicación sobre la depresión	-Consolidar conocimientos sobre la depresión y terapia cognitivo conductual.	Se brinda información sobre la depresión, sus causas, síntomas, consecuencias y el tratamiento que realizaremos desde el enfoque cognitivo conductual. En este apartado se hace uso de algunos videos, rotafolios sobre la depresión y anotaciones en una pizarra.	- Material audiovisual - Rotafolios donde se muestran láminas sobre la depresión. - Pizarra y plumones.	25'	-Psicoeducación
Cierre	Retroalimentación.	-Retroalimentar todo lo aprendido durante la sesión.	Se realiza una breve retroalimentación de todo lo explicado al paciente, así como también todo lo que vendrá la sesión posterior. Se aclaran las dudas finales que tenga el paciente sobre la terapia. Todas estas interrogantes serán valoradas por el terapeuta.		10'	

Tabla 15*Sesión 02 – Psicoeducación y entrenamiento de la técnica de respiración y relajación*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	- Breve resumen de conceptos aprendidos. - Exposición sobre la respiración diafragmática	Reforzar conocimientos sobre la relajación a través de la respiración.	Se da la bienvenida a la sesión y se le pide que comente características que recuerde sobre la depresión. Se enseña sobre los principios básicos de la respiración diafragmática, sus beneficios y su uso como técnica de relajación.	-Video sobre beneficios de respirar bien. -Pizarra. -Plumón	20'	Psicoeducación
Desarrollo	Desarrollo de la técnica respiración diafragmática.	Lograr el aprendizaje de la respiración diafragmática para poder realizarlo en cualquier momento.	-Se pide al paciente que se mantenga en una posición cómoda sentado, con las manos colocadas en el abdomen y pecho. Luego, se empiezan a dar instrucciones centradas en la respiración, inhalando aire lentamente por la nariz y contando en su mente hasta 5, luego exhalando lentamente por la boca. Este ejercicio primero será ejecutado por el terapeuta como guía para que luego desarrollarlo en compañía con el paciente. Se repite las veces que sean necesarias hasta que el paciente logre dominar la técnica. - Se le entrega una ficha informativa con los pasos a seguir para poder realizar correctamente la técnica de respiración.	-Sillas. -Ambiente preparado, libre de distractores. -Ficha informativa sobre la técnica de respiración diafragmática.	15'	Respiración diafragmática
Cierre	- Retroalimentación y aclaración de interrogantes. - Explicación sobre la práctica de la técnica de la relajación como tarea.	Clarificación de dudas que surjan de la sesión. Instaurar la práctica de la técnica de respiración diafragmática.	-En la parte final de la sesión, se responden todas aquellas inquietudes que puedan surgir a partir de lo desarrollado en esta sesión. -Se le pide que realice la técnica aprendida como ejercicio diario, también cuando se sienta tenso y fatigado con la finalidad de disminuir los niveles de ansiedad presentes. Además, se realizará un registro donde deberá anotar las veces que practicó e hizo uso de la técnica durante la semana.	- Ficha de registro.	10'	

Tabla 16*Sesión 03 – Psicoeducación y entrenamiento de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	Revisión de la tarea asignada en la sesión anterior.	Constatar el cumplimiento de la tarea asignada en la sesión anterior.	-Revisión de la tarea asignada conjuntamente con el consultante en la sesión anterior. -Se instruye sobre la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, puntos como: el por qué es funcional, su realización y que beneficios origina su práctica. Se enseña sobre la tensión y distensión de nuestros músculos encontrados en diversos puntos de nuestro cuerpo. La explicación es apoyada con material audiovisual.	-Pizarra. -Plumón. -Video ilustrativo sobre la técnica.	15'	
Desarrollo	Exposición sobre la relajación muscular progresiva de Jacobson. Enseñanza de la técnica de relajación muscular para disminuir la tensión muscular y respuestas somáticas de la ansiedad asociadas a la depresión.	Instruir sobre la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson. Disminuir los síntomas de ansiedad que se encuentran asociados a la a través de la técnica de relajación progresiva.	-Se invita al paciente a colocarse en una posición cómoda en una silla y empezar a respirar profundamente, según las indicaciones que se le darán. - El desarrollo de la técnica es realizada por el terapeuta como modelo a desarrollar posteriormente por el paciente. - Para la aplicación de la tensión y distensión nos centramos en: manos, brazos, pecho, piernas, pies, hombros, abdomen, espalda, cuello y rostro. - Como material adicional, se entrega una ficha informativa sobre la aplicación de la técnica y las partes del cuerpo a centrarnos.	-Sillas -Ficha con descripción detallada de los ejercicios propios de la técnica de relajación muscular de Jacobson.	20'	-Psicoeducación -Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.
Cierre	Retroalimentación	Reforzar la información sobre la técnica y clarificar las interrogantes que puedan surgir del paciente.	-Se absuelven todas las dudas sobre la técnica aprendida. -Se realizan algunas interrogantes generales sobre la técnica. -Finalmente, se le deja una ficha de registro sobre la frecuencia de la práctica y utilización de la técnica durante la semana.	-Ficha de registro de la utilización de la técnica de relajación progresiva de Jacobson.	10'	

Tabla 17*Sesión 04 – Identificación de pensamientos distorsionados*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	- Revisión de la tarea dejada en la sesión anterior.	-Verificar los registros de desarrollo de la técnica de relajación de la sesión anterior.	-Al iniciar se revisa los registros como tarea realizados como parte del entrenamiento en la técnica de relajación muscular progresiva.		10'	-Relajación muscular progresiva
Desarrollo	-Observación directa. -Exposición sobre las distorsiones cognitivas.	- Reconocer los tipos de distorsiones cognitivas y cuales están presentes en los pensamientos del paciente.	- En un primer comienzo se pasa a explicar sobre pensamientos, sus implicaciones, tipos y que procesos psicológicos participan. - Posteriormente nos centramos en los pensamientos distorsionados y su relación con el mantenimiento de emociones y conductas depresivas haciendo uso de una ficha de trabajo. -El paciente identifica aquellos pensamientos que le generan malestar actualmente para posteriormente clasificar en la distorsión cognitiva correspondiente.	-Pizarra y plumón. -Ficha de los 15 tipos de pensamientos distorsionados. -Ficha de autorregistro sobre los pensamientos distorsionados.	25'	
Cierre	-Retroalimentación -Realización de preguntas sobre lo trabajado en sesión	-Absolver las interrogantes que el paciente haya tenido en la sesión.	-Se realiza preguntas sobre los pensamientos distorsionados aprendidos. -Se resuelven dudas del paciente sobre lo desarrollado en la sesión. -Se deja como tarea el registro de distorsiones cognitivas que pueda identificar a lo largo de la semana y que está afectándolo en diferentes áreas de su vida.		10'	

Tabla 18*Sesión 05 – Entrenamiento en la técnica de triple columna*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	- Revisión de la tarea dejada en la sesión anterior. - Desarrollo de la técnica de relajación en sesión.	-Verificar los registros dejados como tarea. -Desarrollo de la técnica de relajación de la sesión anterior.	-Al iniciar se revisa los registros como tarea realizados sobre las distorsiones de pensamientos identificadas durante la semana. - Se practica brevemente la técnica de respiración diafragmática antes de desarrollar la actividad de desarrollo de la sesión.		10'	-Respiración diafragmática.
Desarrollo	-Observación directa. -Exposición sobre las distorsiones cognitivas y la técnica de la triple columna.	-Explicación al paciente sobre las distorsiones del pensamiento. -Aprender a instaurar pensamientos alternativos ante situaciones y eventos cargados de problemas.	- Se consolida brevemente el aprendizaje sobre las distorsiones cognitivas al procesar información Posteriormente, nos centramos en las distorsiones presentes en el paciente que ha logrado identificar. -Se psicoeduca sobre la técnica de la triple columna con los pensamientos distorsionados presentes. (Pensamiento negativo – Distorsión cognitiva – Pensamientos alternativos). -Finalmente se desarrolla una ficha de triple columna con las situaciones que le generen malestar al paciente.	-Pizarra y plumones. -Ficha de trabajo de la triple columna. -Lápiz y borrador. -Hojas A4.	25'	-Psicoeducación -Técnica de triple columna.
Cierre	-Retroalimentación -Actividad de autorregistros para el transcurso de la semana	-Absolver las interrogantes que el paciente haya tenido en la sesión.	-Se concluye la sesión con el entendimiento de la técnica de la triple columna y la importancia de cómo los pensamientos afectan nuestras emociones y comportamientos. -Se deja como tarea que el paciente realice autorregistros durante la semana de eventos relevantes que causen malestar y que pensamientos alternativos desarrolló.	Ficha de autorregistro.	10'	

Tabla 19

Sesión 06 - Enseñar sobre la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta para identificar la influencia de los pensamientos en relación a las situaciones actuales que generan malestar

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	- Revisión de la tarea dejada en la sesión anterior.	-Revisar los autorregistros de la sesión anterior	-Al iniciar se revisa y valora los autorregistros dejados sobre eventos que causen malestar y los pensamientos que desarrolló.	-Ficha de autorregistro.	10'	.
Desarrollo	-Se explica al paciente sobre la importancia del modelo ABC. -Desarrollo de ejemplos personales haciendo uso del modelo aprendido.	-Psicoeducación sobre el modelo ABC de la terapia cognitivo conductual. -Implementación de situaciones que generan malestar bajo el modelo ABC.	- Se explica la relación entre una situación, pensamiento, emoción y conductas (Modelo ABC), haciendo uso de ejemplos audiovisuales. Se destaca la influencia de los pensamientos sobre las emociones y el comportamiento que se generan a partir de estos. - Se pide al paciente que desarrolle ejemplos propios sobre aquellas situaciones problemáticas que este pasando o haya encontrado durante la semana, trasladándolo al modelo ABC. En este apartado se entrega una ficha de trabajo con el esquema del modelo aprendido.	-Pizarra y plumones. -Videos de personas con situaciones problemáticas. - Esquema de modelo ABC.	25'	-Psicoeducación -Modelo ABC.
Cierre	- Retroalimentación - Preguntar al paciente sobre el modelo aprendido. - Actividad para el hogar.	-Absolver las interrogantes que el paciente haya tenido en la sesión.	- Se realizan preguntas sobre el aprendizaje del modelo ABC, se aprovecha en reforzar brevemente algunos puntos que le generar dudas respecto a la sesión. - Se deja como tarea que el paciente anote todas las situaciones donde desarrolle el modelo ABC.		10'	

Tabla 20*Sesión 07 – Entrenamiento en reestructuración cognitiva mediante la técnica del debate cognitivo*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	- Revisión de la tarea dejada en la sesión anterior.	-Revisar los autorregistros de la sesión anterior -Reforzar la importancia de identificar pensamientos desadaptativos y sus alternativas de solución.	-Al comienzo de la sesión se revisa el autorregistro del paciente en base al ABC dejados en la sesión anterior. - Se pide al paciente que de forma oral, comente alguna experiencia donde haya podido realizar la actividad bajo el modelo aprendido. Asimismo, se valora la nueva forma de pensar y actuar en relación al evento.	-Ficha de autorregistro.	10'	.
Desarrollo	-Cuestionar y reestructurar las distorsiones cognitivas que presenta el paciente mediante el uso de técnicas de la reestructuración cognitiva.	-Reducir la frecuencia de pensamientos automáticos distorsionados haciendo uso de la reestructuración cognitiva y los tipos de debate.	- En relación a todas las distorsiones que presenta el paciente de desvalorización de sí mismo y sentimientos de culpa, se le realiza preguntas con la finalidad que pueda reestructurar su pensamiento. Se hace uso del: -Debate socrático. -Debate metafórico. -Debate didáctico. -Debate humorístico. -Debate autorrevelador.	-Pizarra y plumones.	30'	-Reestructuración cognitiva y tipos de debate.
Cierre	- Retroalimentación	-Reforzar la información y actividad realizada.	- Se clarifican todos los cuestionamientos que pueda tener el paciente a partir de lo desarrollado en sesión. Se añaden algunas preguntas sobre los tipos de debate.		5'	

Tabla 21*Sesión 08 – Entrenamiento en reestructuración cognitiva mediante la técnica de enjuiciar los pensamientos*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	-Revisión de la tarea dejada en la sesión anterior.	-Revisar los autorregistros de la sesión anterior -Psicoducción sobre la importancia del enjuiciar los pensamientos.	Se da la bienvenida y se pregunta sobre la presencia de pensamientos negativos que persisten hasta el momento. Se realiza una breve psicoeducación de la importancia del ejercicio de enjuiciar los pensamientos, dejando de lado lo que no se permite tal como: interpretaciones, suposiciones, y opiniones no verificables.	-Ficha de autorregistro. -Material Audiovisual.	10'	
Desarrollo	-Observación directa. -Diálogo expositivo	-Emplear la técnica de enjuiciar los pensamientos con la finalidad de enseñar a usar la autopercepción para identificar distorsiones y su impacto en su pensamiento.	En esta sesión se iniciará con el desarrollo de la reestructuración cognitiva mediante el uso de la técnica de enjuiciar los pensamientos. Se enjuiciará los pensamientos distorsionados del paciente, el cuál debe actuar como abogado, defensor de sus propias distorsiones con los argumentos que considere. Luego el paciente actuará como fiscal, presentado pruebas contra el pensamiento negativo, los cuales debe evaluar y verificar. Finalmente, el paciente emitirá su veredicto en forma de un pensamiento racional, instaurando aquellos pensamientos más adaptativos ante los sentimientos de culpa y los pensamientos catastrofistas presentes.	-Pizarra. -Plumones.	25'	Reestructuración cognitiva, técnica de enjuiciar los pensamientos.
Cierre	-Retroalimentación	-Se retroalimenta lo trabajado en la sesión. -Absolver las interrogantes de la sesión	-Se retroalimenta la sesión trabajada mediante todas las interrogantes que tenga el paciente de la misma. -Se valora su percepción de lo trabajado, como se siente y como ha cambiado su forma de pensar.		10'	

Tabla 22*Sesión 09 – Modificación de creencias irracionales y distorsiones cognitivas relacionadas a la depresión*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	- Revisión de la tarea dejada en la sesión anterior.	-Revisar los autorregistros de la sesión anterior	-Al comienzo de la sesión se revisa el listado de situaciones que tuvo y desarrollo el modelo ABC. - Se le realizan preguntas en relación a posibles inconvenientes que pudo tener al llenar el listado y desarrollo del modelo.	-Ficha de autorregistro.	5'	.
Desarrollo	-Se explica al paciente sobre la importancia del modelo ABCDE. -Desarrollo de la reestructuración cognitiva bajo el modelo ABCDE.	-Psicoeducación sobre el modelo ABCDE de la terapia cognitivo conductual. -Debatir creencias irracionales para generar creencias racionales.	- En esta sesión, se psicoeduca al paciente sobre la continuación del modelo ABC incluyendo el apartado D (Debate y cuestionamiento de creencias irracionales) y E (Nuevas creencias racionales). - Asimismo, se emplea la reestructuración cognitiva a través del modelo ABCDE, al identificar y debatir sobre aquellos pensamientos desadaptativos que presenta el paciente con la finalidad de reemplazarlos por pensamientos más adaptativos. Finalmente evaluar aquellas alternativas de solución.	-Pizarra y plumones. - Esquema de modelo ABCDE.	30'	-Psicoeducación -Modelo ABCDE de la Terapia Racional Emotiva.
Cierre	- Retroalimentación - Actividad para el hogar.	-Absolver las interrogantes que el paciente haya tenido en la sesión.	- Se responden las dudas del paciente sobre el modelo ABCDE. - Se deja como tarea que el paciente registre situaciones problemáticas y el cuestionamiento que realizó ante diversas situaciones y el efecto funcional que obtuvo.		10'	

Tabla 23*Sesión 10 – Entrenamiento en técnicas de autocontrol*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	- Revisión de la tarea dejada en la sesión anterior. -Se realiza la técnica de respiración diafragmática.	-Revisar los autorregistros de la sesión anterior -Desarrollo de la técnica de respiración diafragmática para disminuir los síntomas ansiosos presentes.	-Al comienzo de la sesión se revisa el autorregistro sobre las situaciones problemáticas que experimentó, y el cuestionamiento realizado para generar un efecto funcional. - Asimismo, se desarrolla por unos momentos la técnica de respiración diafragmática aprendida con el paciente para relajarnos y mantener un autocontrol fisiológico ante determinada situación estresante.	-Ficha de autorregistro. -Espacio preparado sin distractores auditivos.	10'	Respiración diafragmática.
Desarrollo	-Se explica al paciente sobre la importancia del autocontrol y sus técnicas -Se hace uso del modelo de autocontrol para el afrontamiento de situaciones estresantes.	-Psicoeducación sobre los beneficios del autocontrol emocional y técnicas. -Entrenamiento sobre el autocontrol ante situaciones estresantes del paciente.	- Se psicoeduca sobre la importancia del autocontrol y sus técnicas. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Control de estímulos. ▪ Automonitoreo. ▪ Entrenamiento en respuesta alternativa ▪ Programación conductual (Autorreforzamiento) -El terapeuta solicita al paciente que comente que situaciones se han visto afectadas por no controlar sus emociones adecuadamente. (Opiniones, demostrar sus sentimientos, decir lo que piensa). -Finalmente el paciente pone en práctica lo aprendido mediante el autocontrol para poder afrontar situaciones estresantes.	-Pizarra y plumones. - Material audio visual. -Hojas A4	25'	-Técnicas de autocontrol,
Cierre	- Retroalimentación - Actividad para el hogar.	-Absolver las interrogantes que el paciente haya tenido en la sesión.	- Se responden las dudas del paciente sobre los pasos a seguir para lograr el autocontrol. - Se deja como tarea que el paciente registre aquellas situaciones donde aplicó las técnicas de autocontrol.		10'	

Tabla 24*Sesión 11 – Psicoeducación en la técnica de solución de problemas*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	-Se realiza una explicación de todo lo que implica saber solucionar problemas adecuadamente.	-Psicoeducar al paciente sobre la solución de problemas como técnica de afronte ante situaciones adversas.	-Se revisa la tarea pendiente de la sesión anterior en relación a la aplicación de técnicas de autocontrol en su vida diaria. -Se psicoeduca al paciente sobre la técnica de solución de problemas, de que consta, cuando aplicarlas y que beneficios trae poder resolver adecuadamente las problemáticas que podemos atravesar en diversas situaciones.	-Material Audiovisual sobre la solución de problemas. -Rotafolio de solución de problemas.	15'	
Desarrollo	-Observación directa. -Diálogo expositivo	-Incrementar conductas de afrontamiento ante diversos problemas haciendo uso de la técnica de solución de problemas.	Se psicoeduca también sobre las fases de la solución de un problema: orientación, definición y formulación de un problema, generación de alternativas de solución, toma de decisiones y la implementación de la solución y su verificación. Posterior, el terapeuta realiza un modelado de cómo solucionar un problema que ha pasado mientras que el paciente observa y escucha con atención. Se destaca los aspectos sobre un problema y una solución que haya tomado en algún momento. Además, se explica que todo lo que hacemos tiene consecuencias, pueden ser positivas o negativas, pero dependerá de nuestro actuar en un momento determinado.	-Pizarra. -Plumones.	20'	Técnica de solución de problemas.
Cierre	-Retroalimentación	-Se retroalimenta lo trabajado en la sesión. -Absolver las interrogantes de la sesión	-Se realizan preguntas sobre la importancia de saber solucionar adecuadamente nuestros problemas. -Se clarifican dudas que tenga el paciente sobre lo trabajado en sesión. -Se deja como tarea una jerarquización de problemas que presenta actualmente y que aparezcan a lo largo de la semana.	Ficha de registro de jerarquización de problemas.	10'	

Tabla 25*Sesión 12 – Entrenamiento en la técnica de solución de problemas*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	-Se realiza una explicación de todo lo que implica saber solucionar problemas adecuadamente.	-Revisar la tarea de jerarquización de problemas con la finalidad de poder operacionalizarlas.	-Revisión de la tarea del listado y jerarquización de problemas que están afectando actualmente en su vida cotidiana. -Valorar los esfuerzos que realizó el paciente para tratar de darle solución a aquellos problemas	-Ficha de registro de jerarquización de problemas.	10'	
Desarrollo	-Observación directa. -Diálogo expositivo	-Lograr el aprendizaje de las fases a tener en cuenta al momento de solucionar un problema y ponerlas en práctica. -Reforzar las soluciones asertivas que genera el paciente ante determinado problema.	Se refuerza los conocimientos previos de la técnica de solución de problemas para pasar al planteamiento de problemas presentes en el paciente y cómo actuar ante determinadas situaciones. Luego el terapeuta, propone una solución asertiva ante un problema que presenta el paciente, sirviendo como modelado. Posteriormente, el paciente empieza a trabajar con la hoja de registro buscando soluciones asertivas ante sus problemas descritos. Asimismo, se destaca que es importante la incorporación de un auto refuerzo aplicado luego de solucionar correctamente un problema. Incluyendo actividades placenteras gratificantes y palabras de aliento a sí mismo.	-Pizarra. -Plumones. -Hojas A4.	25'	Técnica de solución de problemas.
Cierre	-Retroalimentación -Formulación de preguntas sobre lo aprendido en sesión.	-Formulación de preguntas sobre las fases de la técnica para constatar el aprendizaje del paciente. -Absolver las interrogantes de la sesión	-Se realizan preguntas sobre las fases de la técnica de solución de problemas. -Se clarifican dudas que tenga el paciente sobre lo trabajado en sesión.		10'	

Tabla 26*Sesión 13 – Entrenamiento en autoinstrucciones*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	-Se realiza una explicación sobre la importancia y beneficios de las autoverbalizaciones y autoinstrucciones	-Psicoeducar al paciente sobre las autoverbalizaciones y autoinstrucciones.	-Se psicoeduca al paciente sobre que son las auto verbalizaciones y en que consiste la técnica de autoinstrucciones y cuál es su objetivo. Destacamos la importancia en la regulación de nuestra propia conducta. Se acompaña la explicación con algunas imágenes y videos como ejemplos de situaciones en las que podemos aplicar las autoinstrucciones.	-Pizarra -Plumones. -Materia audiovisual	15'	
Desarrollo	-Diálogo expositivo	-Lograr el aprendizaje y puesta en práctica de la técnica de autoinstrucciones. -Desarrollar las fases de las técnicas haciendo uso de situaciones problemáticas que haya pasado el paciente.	Se desarrolla el entrenamiento en autoinstrucciones siguiendo las siguientes fases: -Modelado Cognitivo -Guía externa en voz alta -Autoinstrucciones en voz alta. -Autoinstrucciones en voz baja. -Autoinstrucciones encubiertas. Se le pide al paciente que comente algunas situaciones problemáticas que haya experimentado y que auto verbalizaciones surgieron en ese momento. Luego se desarrollan siguiendo el modelo entrenado y centrándonos en las auto instrucciones positivas para luego valorar los resultados.	-Pizarra. -Plumones.	20'	Técnica de autoinstrucciones.
Cierre	-Retroalimentación -Formulación de preguntas sobre lo aprendido en sesión.	-Formulación de preguntas sobre las fases del entrenamiento en autoinstrucciones. -Absolver las interrogantes de la sesión	-Se realizan preguntas sobre las fases de la técnica de solución de problemas y también se resuelven dudas que presente. -Se deja como tarea practicar las autoinstrucciones ante diversas situaciones problemáticas y que las anote en un registro para abordarlas en la siguiente sesión.	Ficha de registro de autoinstrucciones.	10'	

Tabla 27*Sesión 14 - Modificando pensamientos distorsionados para instaurar pensamientos más adaptativos relacionados a la autoestima*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	-Observación directa -Escucha activa -Breve diálogo sobre la tarea asignada en la sesión anterior.	Psicoeducación sobre la autoestima y sus tipos.	Se le da la bienvenida al paciente a esta nueva sesión y se le explica el objetivo de la misma. Se brinda psicoeducación sobre como nuestra forma de pensar sobre nosotros mismos afecta al desarrollo de nuestra autoestima.	-Video relacionado a los tipos de autoestima.	15'	Psicoeducación.
Desarrollo	Reestructuración cognitiva en la autoestima.	Reestructurar pensamientos en la relación a la autoestima	En esta sesión está centrada en los pensamientos y distorsiones cognitivas que tienen incidencia en la baja autoestima. Aquí se abordan los temas de autoconcepto, autoconocimiento, autorrespeto y el aceptarse a uno mismo. También su relación con la familia, en la escuela y entre amigos. Se trabajan sobre las distorsiones cognitivas tales como: -Visión catastrófica. -Culpabilización. -Sobre generalización -Interpretación de pensamiento.	-Pizarra. -Plumón. -Fichas e trabajo sobre las distorsiones cognitivas presentes en su autoestima.	20'	Reestructuración cognitiva
Cierre	Resumen y fortalecimiento de lo trabajado en sesión.	Fortalecer el aprendizaje sobre la sesión. Retroalimentación de la actividad trabajada.	Se solventan las dudas que pueda tener el paciente acerca de lo trabajado en esta sesión. Se refuerza la importancia de lo aprendido haciendo cuestionamientos sobre su forma de actuar ante determinados sucesos cotidianos que puedan generar malestar en su día a día.		10'	

Tabla 28*Sesión 15 – Entrenamiento en habilidades sociales en relación a los estilos de comunicación*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	-Diálogo expositivo sobre las habilidades sociales.	Psicoeducación sobre el desarrollo de las habilidades sociales.	Se brinda psicoeducación al paciente en relación a las habilidades sociales y para que nos sirven desarrollarlas.	-Video relacionado a las habilidades sociales.	10'	
Desarrollo	-Diálogo expositivo sobre los estilos de comunicación verbal y no verbal.	Psicoeducación sobre los estilos de comunicación verbal y no verbal. Psicoeducación sobre la comunicación asertiva y sus técnicas.	Dentro de las habilidades sociales que el paciente tiene que mejorar encontramos la comunicación. Se empieza brindando psicoeducación sobre los estilos de comunicación verbal: agresivo, pasivo y asertivo. También sobre la comunicación no verbal. Posteriormente se hace énfasis en la comunicación asertiva y se trabajan los puntos: -Comunicación no verbal adecuada. -Posibles bloqueos -Respuestas asertivas -Técnicas de respuesta asertiva. Se enseña las siguientes técnicas de respuesta asertiva en base a ejemplos cotidianos: Banco de niebla, aserción negativa, autorrevelación, disco rayado, acuerdo positivo, pregunta asertiva, desviación, ignorar, ironía asertiva.	-Pizarra. -Plumón. -Rotafolio sobre los estilos de comunicación.	25'	Entrenamiento en habilidades sociales. Entrenamiento en comunicación asertiva.
Cierre	Resumen y fortalecimiento de lo trabajado en sesión. Se deja tarea para la casa.	Fortalecer el aprendizaje sobre la sesión. Retroalimentación de la actividad trabajada.	Se realizan preguntas sobre él porque es importante saber comunicarnos de forma verbal y no verbal. Se clarifican algunas dudas que tiene el paciente sobre la sesión. Se deja como tarea practicar el estilo de comunicación asertiva y sus técnicas en situaciones cotidianas que presente.	-Ficha de registro	10'	

Tabla 29*Sesión 16 – Entrenamiento en habilidades sociales mediante el ensayo conductual*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	-Se revisa la tarea dejada sobre las técnicas de comunicación asertiva.	Revisión y valoración de la tarea dejada en la sesión anterior.	Se revisa la tarea sobre la práctica de la comunicación asertiva y en qué momentos en específico lo puso a prueba.	-Ficha de registro	10'	
Desarrollo	-Diálogo expositivo.	Psicoeducación y desarrollo de la técnica de ensayo conductual.	<p>En esta sesión se enseña sobre la técnica del ensayo conductual para seguidamente ser practicada de forma integral evidenciando todas las conductas del paciente donde se observan las mejorías en relación a la modificación mediante la intervención. Se hace una grabación de video de la actuación para analizarla a detalle luego de culminar con el ensayo.</p> <p>El terapeuta hace el papel de diversas personas en situaciones estresantes que tiene que afrontar el paciente de forma activa, donde se observa la aplicación de la comunicación asertiva y sus técnicas de afrontamiento. De mismo modo, se valora que pensamientos puedan surgir en base a su resolución de problemas ante estas situaciones. El ensayo será reiterado para facilitar el sobre aprendizaje.</p> <p>Al finalizar el ensayo, se observa el video grabado, y el paciente comenta sobre su actuación, analizando las conductas realizadas e identificando conductas susceptibles de mejora.</p>	-Pizarra. -Plumón. -Video cámara. -Ambiente preparado para simulación de situaciones.	25'	-Entrenamiento en habilidades sociales. -Ensayo conductual.
Cierre	Resumen y fortalecimiento de lo trabajado en sesión.	Retroalimentación de la actividad trabajada.	<p>Se realizan preguntas sobre cómo se sintió durante el ensayo conductual, se valora en todo momento el adecuado desenvolvimiento del paciente.</p> <p>Se retroalimenta lo trabajado en esta sesión y se alienta al paciente a seguir poniendo en práctica la asertividad como parte de sus habilidades sociales y en la resolución de problemas.</p>		10'	

Tabla 30*Sesión 01 – Seguimiento y evaluación post-test*

Fase de Seguimiento						
Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	-Bienvenida al paciente y se realizan preguntas sobre cómo ha estado.	Realización de preguntas generales al paciente.	de al Se realiza preguntas al paciente sobre su estado actual y como le fue durante las semanas post intervención.		5'	
Desarrollo	-Se revisan los auto registros desarrollados. -Aplicación de cuestionarios psicológicos.	Revisión de auto registros y aplicación del post-test.	En esta sesión se revisa los auto registros dejados en sesiones anteriores y se valora si ha empleado registros nuevos. Se realiza la aplicación de cuestionarios para determinar los cambios post-intervención: -Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II). -Inventario de autoestima de Coopersmith (SEI).	-Lápiz -Borrador -Tajador -Cuestionarios psicológicos	30'	-Observación conductual -Evaluación psicológica.
Cierre	Se retroalimenta lo trabajado en la intervención y valora los cambios visibles en el paciente.	Retroalimentación y valoración de cambios.	Se retroalimenta sobre la importancia de la intervención realizada y se valora los cambios presentes en el paciente y el uso técnicas en su vida cotidiana luego del tratamiento.		10'	

Tabla 31*Sesión 02 – Seguimiento y prevención de recaídas*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Técnicas
Inicio	-Preguntar sobre la aparición de recaídas.	Bienvenida al paciente y cuestionamiento sobre aparición de recaídas.	Se da la bienvenida al paciente a la sesión de seguimiento y se le pregunta si hubo alguna recaída durante las semanas que no nos hemos visto.		10'	-Entrevista psicológica.
Desarrollo	-Se pregunta sobre las recaídas presentadas y las estrategias de afrontamiento que ha adoptado. -Promover el uso de técnicas aprendidas ante posibles situaciones que puedan generar malestar.	Exploración de recaídas del paciente y valoración de estrategias de afrontamiento empleadas. Brindar pautas sobre prevención de recaídas y empleo de técnicas previamente aprendidas.	El paciente comenta a detalle las posibles recaídas que experimentó post-intervención y también el cómo afrontó determinadas situaciones. Se valora y refuerza el uso de estrategias de afrontamiento adoptadas por el paciente, logrando de esta forma un desenvolvimiento activo en la solución de problemas que puedan generar malestar. Se brindan pautas sobre la prevención de recaídas y cómo actuar ante ellas promoviendo el uso de las técnicas cognitivo conductuales aprendidas en el proceso de intervención. Se le comenta que en caso aparezca algún evento que afecte considerablemente su bienestar, se ponga en contacto para desarrollar una nueva sesión.	-Material audiovisual sobre la prevención de recaídas. -Hojas -Lapicero	25'	-Psicoeducación.
Cierre	Se entrega los resultados obtenidos del estudio de caso.	Devolución de resultados del estudio de caso.	Se hace la entrega de los resultados obtenidos a la madre y al paciente cerrando formalmente el programa terapéutico bajo el modelo cognitivo conductual.	-RR.HH.	10'	

2.7 Procedimientos

Para iniciar con el procedimiento, se realizaron 3 sesiones para el desarrollo de la entrevista inicial con el paciente y su madre para conocer el motivo de consulta e identificar la problemática del paciente, sus antecedentes e historia familiar. Asimismo, se llevó a cabo la evaluación psicológica haciendo uso de instrumentos psicométricos validados en nuestro país sobre los indicadores de depresión, personalidad y autoestima, los cuales se querían medir para complementar la información obtenida en la entrevista. Después de la evaluación se realizó informes psicológicos de cada prueba desarrollada por el paciente, para luego realizar un informe psicológico integral clínico.

Posteriormente, se realiza la explicación de resultados y retroalimentación del informe psicológico integral a la madre e hijo. Seguido a esto se empieza a elaborar la línea base de respuestas fisiológicas, pensamientos distorsionados y conductas, haciendo uso de una lista de chequeo conductual y de esta forma proceder con la planeación y aplicación del programa de intervención cognitivo conductual.

Como lo demanda el caso, el paciente al ser un adolescente y menor de edad, se lleva a cabo un consentimiento informado que fue firmado por su madre para el desarrollo de la fase evaluativa, tratamiento y seguimiento. Del mismo modo, se realiza un contrato conductual, detallando el requerimiento de participación activa y compromiso tanto de terapeuta y paciente a lo largo de las sesiones para alcanzar los objetivos propuestos.

El proceso terapéutico se desarrolló bajo la terapia cognitivo conductual durante 16 sesiones de aproximadamente 45 minutos cada una con frecuencia semanal, con la finalidad de disminuir los síntomas fisiológicos, cognitivos, conductuales y emocionales del paciente. A su vez, se empleó múltiples técnicas propias del modelo cognitivo conductual. Posteriormente, se realizan 2 sesiones de seguimiento para evidenciar los cambios terapéuticos post-intervención que presenta el paciente y prevención de recaídas.

Finalmente, todos los resultados obtenidos del programa se sistematizaron en tablas y figuras para ser presentados en el acápite de resultados. Además, el apartado de discusión de los resultados es comparado con los antecedentes de investigaciones nacionales e internacionales donde se afianza la eficacia de la terapia cognitivo conductual. Por último, se incluye las conclusiones y recomendaciones del estudio de caso.

2.8 Consideraciones éticas

De acorde a las consideraciones éticas del presente estudio de caso, se emplea la protección de la identidad y datos del participante. Por este motivo, se utiliza el nombre y las iniciales de sus apellidos para respetar la confidencialidad del caso.

Los datos y resultados incluidos en la historia clínica fueron obtenidos mediante el uso de registros e instrumentos psicológicos, donde únicamente el terapeuta tuvo acceso. De mismo modo, se describe con total veracidad los datos obtenidos, sin alterar o falsear lo que se muestra en el presente estudio.

Por otra parte, se realizó un consentimiento informado sobre todo el procedimiento a seguir y a su vez, del análisis del caso utilizado para fines académicos. Se explica también que en ciertas sesiones se empleará la grabación audiovisual de la sesión para la contribución de los objetivos a alcanzar.

Para finalizar, se informa al participante y su madre, que podrán solicitar información sobre los resultados del presente estudio cuando haya sido concluido.

III. RESULTADOS

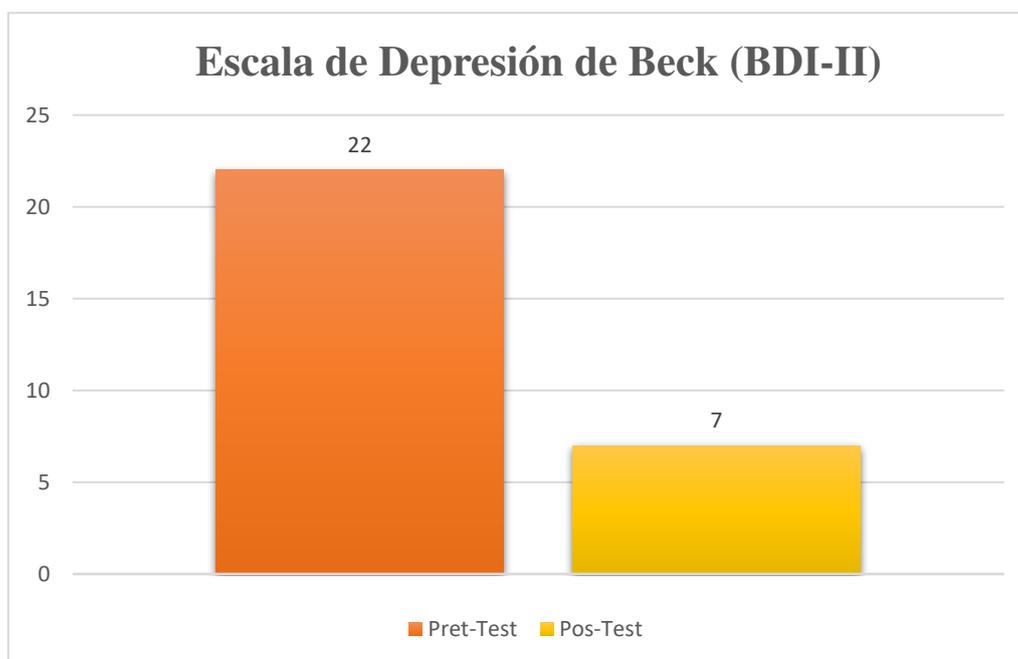
3.1 Análisis de Resultados

En relación a los objetivos y las evaluaciones realizadas, se presenta el siguiente análisis de los resultados obtenidos mediante tablas y figuras.

Empezando con el objetivo general de disminuir los síntomas fisiológicos, cognitivos, conductuales y emocionales de un adolescente con depresión mediante la aplicación de un programa cognitivo conductual.

Figura 1

Escala de Depresión de Beck pre test – post test



En la Figura 1, se observa la diferencia entre los puntajes obtenidos mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) antes y después del tratamiento bajo el modelo trabajado.

En un principio, como pretest se obtiene un puntaje de 22, y en el post test se logra evidenciar un puntaje de 7, lo que significa que existe una reducción considerable de aquellos

síntomas depresivos luego de realizarse un programa de intervención bajo el modelo cognitivo conductual.

En relación al primer objetivo específico: Disminuir las respuestas fisiológicas de la depresión a través de la psicoeducación, técnica de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva.

En la tabla 32, se encuentran plasmadas las valoraciones del paciente, mediante la escala SUD, determinando la intensidad de malestar de las respuestas fisiológicas que presenta. En un inicio, se muestran puntajes subjetivos como llanto 8/10, tensión muscular 8/10, fatiga 9/10, insomnio 7/10 y dolor de cabeza 8/10. A lo largo de las sesiones se puede observar una disminución en la intensidad de las respuestas fisiológicas características de la depresión, donde finalmente se mantiene dentro de los niveles esperados ante las exigencias que conlleva sus responsabilidades en la secundaria y el hogar.

Tabla 32

Resultado del Registro Semanal de Intensidad de las Respuestas Fisiológicas

Respuestas fisiológicas	LB-S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16
Llanto (0-10)	8	8	7	7	6	5	5	4	4	4	3	3	3	2	2
Tensión Muscular (0-10)	8	8	8	7	7	7	6	6	5	5	5	4	4	3	3
Fatiga (0-10)	9	9	8	8	7	7	7	6	6	6	5	5	4	3	3
Insomnio (0-10)	7	7	7	6	6	5	5	5	5	4	3	3	3	2	2
Dolor de cabeza (0-10)	8	7	7	6	6	6	5	5	5	4	4	3	3	3	3

Nota. LB = Línea Base; S= Sesión

Respecto al segundo objetivo específico: Modificar los pensamientos distorsionados a través de la técnica de la triple columna y reestructuración cognitiva.

En la Tabla 33, podemos visualizar el registro que el paciente realizó semana a semana desde la sesión número 4 en relación a aquellos pensamientos distorsionados que aparecían de forma constante. A lo largo de las sesiones trabajadas se puede evidenciar una disminución en la frecuencia de la presencia de pensamientos distorsionados como resultado de un afrontamiento racional y flexible del paciente ante determinadas situaciones que propiciaban estos pensamientos.

Tabla 33

Resultado del Registro Semanal de frecuencia de pensamientos distorsionados

Pensamientos distorsionados	LB-S4	S5	S6	S7	S8	S09	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16
“Me van a comparar con los demás”	9	8	8	5	5	5	4	4	3	2	2	0	0
“Cualquier cosa que hago está mal”	22	20	16	13	13	10	9	7	6	5	2	2	0
“Todos se van a burlar de mí”	19	19	17	17	16	15	13	10	9	5	3	2	2
“No sirvo para el estudio”	18	17	15	13	11	9	8	7	5	3	2	1	0
“Mis padres no me quieren”	26	23	20	15	12	11	10	8	5	2	2	1	1
“Quieren más a mi hermana que a mí”	14	13	12	10	9	7	5	4	4	2	1	1	1

Nota: LB= Línea Base, S= Sesión

Respecto al tercer objetivo específico: Reducir las conductas depresivas haciendo uso de técnicas de autocontrol, entrenamiento en solución de problemas y auto instrucciones.

En la tabla 34 podemos observar la frecuencia del total de conductas depresivas presentadas por el paciente a lo largo de las semanas. Empezando por, encerrarse en su cuarto de 10 veces se redujo a 0, gritar a su madre reclamándole porque lo castiga de 7 veces se redujo a 1 vez por semana. Además, el no levantarse para ir al colegio porque no realizó sus tareas presentaba una frecuencia de 5 veces por semana y fue reducida a 0, el no contestar invitaciones

para no salir con sus compañeros de 2 veces por semana se redujo a 1 y finalmente el inventar excusas para no salir con sus compañeros, de 3 veces por semana se redujo a 0.

De esta forma, se observa la disminución progresiva en la frecuencia de las conductas depresivas presentadas por el paciente, logrando los resultados esperados al finalizar el tratamiento. Se logra extinguir conductas desadaptativas tales como el encerrarse a su cuarto y ponerse a llorar, no levantarse para ir al colegio por no realizar sus labores académicas y el inventar excusas para no salir con sus compañeros.

Tabla 34

Resultado del registro de conductas depresivas

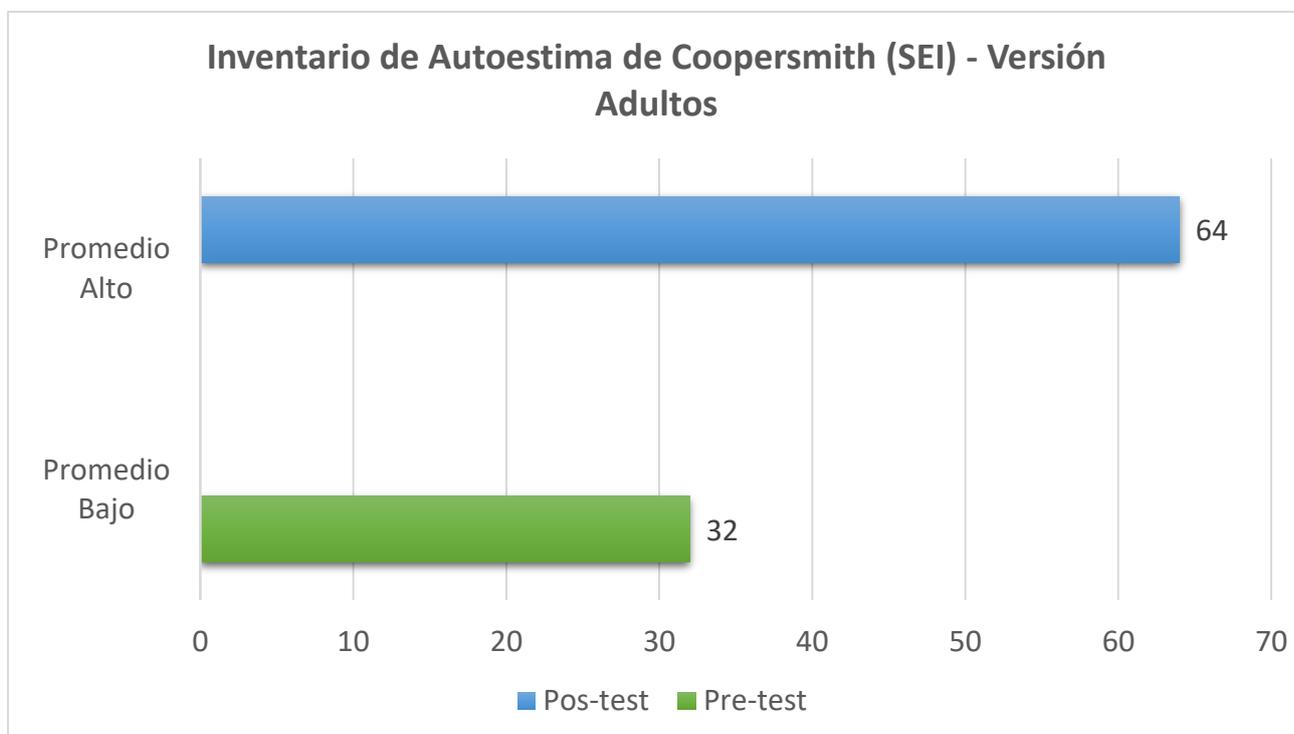
Conductas depresivas	LB -S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16
Encerrarse a su cuarto y ponerse a llorar	10	8	9	6	6	5	4	4	3	3	2	2	1	1	0
Gritar a su madre reclamándole porque lo castiga	7	7	6	6	6	5	5	4	3	3	3	2	2	1	1
No levantarse para ir al colegio porque no realizó sus labores académicas.	5	5	5	4	4	3	3	3	3	2	1	1	1	0	0
No contestar invitaciones para no salir con sus compañeros	2	2	1	1	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	1
Inventar excusas para no salir con sus compañeros	3	3	3	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	0	0

Nota: LB= Línea Base, S= Sesión

Respecto al cuarto objetivo específico: Incrementar el nivel de autoestima a través de la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales.

Figura 2

Puntajes en los niveles de autoestima en el pre-test y post-test



En la Figura 2, podemos observar los puntajes obtenidos en el nivel de autoestima antes y después del tratamiento mediante el Inventario de Autoestima de Coopersmith. Como se logra evidenciar, antes del programa, el paciente presentaba una autoestima nivel promedio bajo con un puntaje de 32, luego del programa, obtiene un puntaje de 64, presentando un nivel promedio alto de autoestima. Lo que indica, que existe un incremento en los niveles de autoestima como resultado de la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual en un adolescente.

3.2 Discusión de Resultados

El objetivo principal del presente estudio de caso fue el disminuir los síntomas fisiológicos, cognitivos, conductuales y emocionales de un adolescente con depresión mediante la aplicación de un programa cognitivo conductual. Los resultados obtenidos refieren que hubo una reducción significativa de todos aquellos síntomas depresivos siendo respaldado por las investigaciones de Navarro (2018), Flores (2019), Sánchez (2019) y Toloza (2019) quienes también realizaron un estudio de caso único sobre depresión en adolescentes, donde demuestran la efectividad del modelo cognitivo conductual.

Dentro de los resultados post-test en la medición de la depresión, se obtiene un puntaje de 7, indicando ausencia de depresión en el Inventario de Depresión de Beck, lo cual coincide con el resultado de Llamo (2022), quien obtuvo también un post test de 7 luego de aplicar un programa cognitivo conductual en una joven con depresión.

Respecto con el primer objetivo específico planteado en este estudio, el cual era disminuir las respuestas fisiológicas de la depresión a través de la psicoeducación, técnica de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva, los resultados son satisfactorios al igual que en el estudio de Llamo (2022) el cuál emplea las técnicas de respiración y relajación muscular para lograr la disminución de síntomas de ansiedad asociados a la depresión en su paciente.

Con respecto al segundo objetivo específico, el cual era modificar los pensamientos distorsionados a través de la técnica de la triple columna y reestructuración cognitiva, se trabajó mediante el modelo cognitivo de Beck como parte de la terapia cognitivo conductual. Este objetivo alcanzado es similar a los resultados de Smith (2017) quién empleó la técnica de reestructuración cognitiva en un grupo de adolescentes varones y mujeres con depresión, demostrando eficacia en los resultados de su estudio de caso en Panamá.

Por lo que se refiere al tercer objetivo específico, el cual era reducir las conductas depresivas haciendo uso de técnicas de autocontrol, entrenamiento en solución de problemas y

auto instrucciones. De igual forma, este objetivo es respaldado por Alarcón (2022) quien logra decrementar las conductas depresivas de su paciente, mediante técnicas como la reestructuración cognitiva, solución de problemas y auto instrucciones como se planteó en el objetivo mencionado.

Por lo que se refiere al cuarto objetivo específico, el cual era incrementar el nivel de autoestima a través de la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales. Este objetivo fue logrado en base a la reestructuración cognitiva en relación a aquellos pensamientos distorsionados que afectaban la autoestima del paciente y dentro del entrenamiento en habilidades sociales se priorizó el estilo de comunicación asertiva y el ensayo conductual.

El logro alcanzado de este objetivo guarda relación al estudio de Sánchez (2019) quien plantea la identificación y modificación de pensamientos distorsionados y el aprendizaje de habilidades sociales dentro de sus objetivos de su caso clínico en una adolescente de 14 años con depresión para lograr una mejor adaptación en los ámbitos personal, social, familiar y académico.

Por consiguiente, y reforzando las conclusiones obtenidas por Rodríguez y Gonzáles (2020) las inasistencias o postergación de citas a las sesiones son limitaciones que afectan el proceso de intervención, enlenteciendo el cronograma pactado y por ende logro de los objetivos previstos.

Además, según lo planteado por Roussos (2007) los resultados de estudios de caso único no pueden ser generalizados, estos pueden compartir ciertos aspectos, pero se destaca la individualidad del sujeto en su contexto. En este sentido, el diseño de caso único presentado logra evaluar la validez del tratamiento en una situación controlada a través de bases teóricas psicológicas que siguen causando impacto en la actualidad.

En definitiva, queda demostrado que el programa cognitivo conductual es eficaz, evidenciando el logro de resultados favorables y avalado por distintos estudios de caso

haciendo uso de las técnicas este modelo de intervención para un caso de depresión en un adolescente.

3.3 Seguimiento

El seguimiento del caso fue desarrollado en dos sesiones con periodicidad de 1 vez al mes y con 45 minutos de duración por cada una. En la primera sesión, se aplicó el post test de los instrumentos y una retroalimentación del desarrollo de intervención con la finalidad de comprobar los cambios obtenidos.

La sesión siguiente estuvo destinada a la prevención de recaídas, donde se logra reforzar el uso de estrategias de afrontamiento en situaciones problemáticas y se valora la flexibilidad en la solución de problemas post-intervención y el cambio terapéutico logrado.

IV. CONCLUSIONES

- Se logró disminuir los síntomas fisiológicos, cognitivos, conductuales y emocionales mediante un programa de intervención cognitivo conductual en un adolescente.
- Se logró disminuir las respuestas fisiológicas de la depresión mediante la psicoeducación, técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva.
- Se logró modificar los pensamientos distorsionados a través de la técnica de la triple columna y reestructuración cognitiva.
- Se logró reducir las conductas depresivas mediante técnicas de autocontrol, entrenamiento en solución de problemas y auto instrucciones.
- Se incrementó el nivel de autoestima a través de la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales.
- Se evidencian múltiples factores desencadenantes de la depresión tales como: biológicos, psicológicos como de personalidad, vínculos afectivos y sociales relacionados al contexto cultural y nivel socioeconómico.
- Las técnicas cognitivo conductuales se encuentran vigentes y siguen siendo de utilidad para el abordaje de un caso clínico de depresión.
- El uso de esta terapia facilita al paciente la adquisición de herramientas para la solución de su problemática actual, las cuales pueden trasladarse a diversas situaciones que aparezcan durante el proceso de terapia y en el futuro.
- Los resultados alcanzados no son generalizables, se tiene en cuenta las características individuales de cada persona.

V. RECOMENDACIONES

- Promover el presente estudio como guía de intervención en casos de depresión en adolescentes partiendo desde la individualidad de cada sujeto y en base a sus limitaciones.
- Promover que futuros terapeutas que hagan uso de programas de intervención, sistematicen sus avances y hallazgos para generar mayor investigación en base a la evidencia sobre la eficacia de la terapia cognitivo conductual.
- Impulsar la creación de programas preventivo promocionales en casos de depresión en adolescentes en diversos escenarios sociales.
- Emplear el uso de instrumentos psicológicos estandarizados, registros conductuales previamente enseñados y psicoeducación para el correcto desarrollo de la fase evaluativa del programa de intervención.

VI. REFERENCIAS

- Alegre, M. (2001). *Cólera, Resentimiento y Autoestima en varones de 16 a 18 años de edad, pertenecientes al Centro Juvenil de Diagnóstico y Rehabilitación de Lima Metropolitana*. [Tesis de licenciatura, Universidad de San Martín de Porres.].
- Alarcón, L. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una joven estudiante con depresión persistente*. [Trabajo académico para optar por el título de especialista, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/6056>
- Aponte, K. y Mamani, G. (2018). *Adaptación y propiedades psicométricas del Inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI) en colegios emblemáticos de la ciudad de Huánuco*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Hermilio Valdizán]. <https://hdl.handle.net/20.500.13080/3884>
- Bados, A. y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. [Tesis de doctorado no publicada]. Universidad de Barcelona.
- Beck, A. (1974). *The development of depression: A cognitive model*. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.). *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Washington: Winston & Sons.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée de Brouwer.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1). Siglo veintiuno de España Editores, S.A.
- Campo, A., González, S., Sánchez, Z., Rodríguez, D., Dallos, C. y Díaz-Martínez, L. (2005). Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. *Archivos Pediátricos Uruguayos*, 76 (1), 21-26. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492005000100005&lng=es&tlng=es

- Carrasco, S. (2009). *“Metodología de la Investigación Científica”*. San Marcos-6ta Edición.
- Carvalho, J., & Hopko, D. (2011). Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 154-162. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.10.001>
- Chávez, E., Benitez, E., y Ontiveros, M. (2014). *La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I*. *Salud Mental* Vol.37(2), 111-117. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58231307004>
- Céspedes, L. (2017). *Aplicación de un programa de terapia cognitiva conductual en adolescentes y jóvenes con depresión provenientes de la Universidad Privada San Juan Bautista*. [Tesis de Maestría, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. Repositorio Institucional Universidad Inca Garcilaso de la Vega. <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2533>
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el lito de las psicoterapias Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Rev. Colombiana Psiquiatría* Vol. 40. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80622316010>
- Conde, V., Esteban, T. y Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del Cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31, 469- 497. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3043275>
- Coopersmith, S. (1967) *The antecedents of self-esteem*. Consulting Psychologists Press.
- Coopersmith, S. (1981, 1987). *Self-esteem inventories*. Consulting Psychologists Press.
- Cummings M. y Davies T. (2002). Effects of marital conflict on children: recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43, 31-63. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00003>
- D'Zurilla, T. & Nezu A. (2007). *Técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas*. Apuntes Psicología ISIPEDIA.

- Ellis, A. y Grieger, R. (1981). *Manual de terapia racional-emotiva*. Desclée de Brouwer (Trabajo original publicado en 1977).
- Ellis, A. y Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva: Vol. II*. Desclée de Brouwer (Trabajo original publicado en 1985).
- Flores, V. (2019). *Estudio de Caso Clínico: Programa de Intervención Cognitivo - Conductual en un caso de Depresión en la Adolescencia Temprana* [Tesis de Maestría, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio USMP. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5567>
- Guadarrama, L., Escobar, A. y Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 49(2), 66–72. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=4447amp/>
- Hernández, N. y Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para los trastornos de la salud*. Libro en Red. Amertown International.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed.). McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (INSM) (2021). Nota de prensa 13/12. <http://www.insm.gob.pe/OFICINAS/COMUNICACIONES/notasdeprensa/2013/012.html>
- Instituto Nacional de Salud Hospital Nacional Víctor Larco Herrera (2017). Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Depresión en adultos - Versión extensa. https://larcoherrera.gob.pe/wp-content/uploads/2020/08/RD_132_2018_DG_HVLH.pdf
- Jiménez, M, Silva, A., Coffin, Norma., Ramírez, B. y Álvarez, M. (2009). *La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes*. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2),205-216. ISSN: 1577-7057. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56012878005>.

- Kaholokula, J., Godoy, A., O'Brien, W., Haynes S. y Gavino, A. (2013). *Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos*. *Clínica y Salud*, (24), 117-127.
<http://dx.doi.org/10.5093/cl2013a13>
- Llamo, A. (2022) *Terapia cognitivo conductual para la depresión de una joven adulta* [Trabajo académico para optar por el título de especialista, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5830>
- Lucio, R., Rapp-Paglicci, L., & Rowe, W. (2011). Developing an additive risk model for predicting academic index: School factors and academic achievement. *Journal of Child Adolescence and Social Work*, 28(2), 153-173. <https://doi.org/10.1007/s10560-010-0222-9>
- Martínez, L., Olvera, G. y Villarreal E. (2018). *Efecto de la técnica de respiración profunda en el nivel de ansiedad en adultos mayores*. *Revista Enferm. Inst. Seguro Soc.* 2018; 26(2), 99-104.
http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/396/831
- Millon, T. (1993). *Manual of Millon Adolescent Clinical Inventory*. NCS.
- Ministerio de Salud (MINSA) (2022). *Minsa: Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de-300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021>
- McNeil, D., Ries, B. & Turk, C. (1995). *Behavioral assessment: Self-report, physiology, and overt behavior*. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (dirs.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. Guilford.
- Navarro, M. (2018). *Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso único* [Maestría en Profundización en Psicología

- Clínica, Universidad del Norte]. Repositorio de la Universidad del Norte.
<http://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/8271>
- Organización Mundial de la Salud. (13 de septiembre del 2021). *Depresión*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (17 de noviembre del 2021). *Salud mental del adolescente*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. OPS. Recuperado de:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4219.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud - OPS (2017). *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*. Versión 2.0. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
- Pardo, G., Sandoval, A. & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*. 13, 13 – 28. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401303>
- Payne, R. (2005). *Técnicas de relajación guía práctica* (4ta Edición). Editorial Paidotribo.
- Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L., y Oblitas, L. (2008). *Ansiedad, depresión y salud*. *Suma Psicológica*, 15 (1), 43-73. Recuperado de:
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/1342/134212604002.pdf>
- Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitivo conductual como tratamiento para la depresión. Una revisión del estado del arte. *Revista de la facultad de ciencias de la salud*, 07.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. El Manual Moderno.
- Rodríguez D. y Gonzáles M. (2020). *Integración de la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Centrada en Soluciones en un Caso de Depresión Mayor*. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Universidad Nacional Autónoma de México. Vol. 22 N°1.

Recuperado de:
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol23num1/Vol23No1Art8.pdf>

- Rodríguez, E. y Farfán, D. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013. *Revista de Investigación Universitaria*, 4 (2), 71-78.
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPEU_10dbb5724fed7361c7efe676c021357f
- Ronit, M. (2021). *Tratamiento Cognitivo Conductual para adolescentes con depresión mayor* [Trabajo Final de Carrera, Universidad de Belgrano].
<http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/9531>
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI(3), 261-270. <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/2733>
- Ruiz, A., Diaz, M., y Villalobos, A. (2012) *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Sausa, M. (2018) *Menores ocupan el 70% de atenciones en salud mental* [INFOGRAFÍA]. Perú 21. URL disponible en: <https://peru21.pe/peru/cifras-salud-mental-peru-menores-ocupan-70-atenciones-infografia-394376>
- Segrin, G. (2009). Social Skill Training. En W.T. O'Donohue y J.E. Fisher (Eds.). *General Principles and Empirically supported techniques of Cognitive Behavior Therapy*. NJ. John Wiley & Sons, Inc.
- Sánchez, B. (2019) *Estudio de caso clínico: Programa de intervención cognitivo-conductual para un caso de depresión en una adolescente con rasgos de personalidad esquizoide*. [Tesis de licenciatura, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio Académico USMP. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5571>

- Santacreu, J. (1991). *El entrenamiento en autoinstrucciones*. En V. Caballo (Comp.), Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta (pp. 607-626). Siglo XXI.
- Sarason, I. (2001). *Psicología Anormal* (Vol. séptimo). Hall.
- Smith, Y. (2017). *Terapia cognitiva conductual aplicada en adolescentes con depresión*. [Tesis de Maestría, Universidad de Panamá]. Repositorio Institucional Digital de la Universidad de Panamá. <http://up-rid.up.ac.pa/1335/>
- Suárez, Y., y Rodríguez, Ubaldo (2012). *Relación entre inteligencia emocional, depresión y rendimiento académico en estudiantes de psicología*. *Psicogente*, 15(28), 348-359. [Fecha de Consulta 5 de Agosto de 2022]. ISSN: 0124-0137. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497552361011>
- Toloza, D. (2019). *Intervención cognitivo-conductual en un adolescente drogodependiente con trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos*. [Proyecto de grado para optar al título de especialista en psicología clínica, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio Institucional de la Universidad Pontificia Bolivariana. <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/6245>
- Veytia, M., González, N., Andrade, P y Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, Vol. (35), No. 1. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100006&lng=es&tlng=es.

VII. ANEXOS

Anexo A: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

El presente estudio de caso tiene por finalidad comprobar la eficacia del tratamiento cognitivo conductual en un caso de depresión, mismo que es realizado por el psicólogo Luis Enrique Moreno Estremadoyro, en condición de investigador.

He recibido información suficiente sobre el tratamiento y presto voluntariamente mi consentimiento acorde a los siguientes puntos:

- En cualquier momento puedo desistir de participar y retirarme de la investigación.
- Tengo conocimiento de que algunas sesiones serán anotadas y/o grabadas con fines terapéuticos e investigativos, este material únicamente será utilizado por mi terapeuta y nadie más tendrá acceso al mismo.
- Tengo conocimiento que los resultados serán expuestos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional Federico Villarreal, respetando la confidencialidad en todo momento.
- Se me ha dado la información correspondiente sobre el procedimiento a seguir y los objetivos de la presente investigación.
- Estoy de acuerdo con todos los puntos señalados con anterioridad, por eso firmo voluntariamente.

Firma o huella del paciente: _____

DNI: _____

Firma o huella del Psicólogo: _____

DNI: _____ **CPsp:** _____

Lugar y Fecha: _____

Anexo B: Inventario de Depresión de Beck

BDI-II

Nombre: Edad: Sexo:
 Estado civil: Profesión: Estudios:

Instrucciones: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste habitualmente. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Me siento triste continuamente. 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desanimado sobre mi futuro. 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes. 2 No espero que las cosas mejoren. 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.</p> <p>3. Sentimientos de fracaso</p> <p>0 No me siento fracasado. 1 He fracasado más de lo que debería. 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso. 3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p> <p>4. Pérdida de placer</p> <p>0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes. 1 No disfruto de las cosas tanto como antes. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba. 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>5. Sentimientos de culpa</p> <p>0 No me siento especialmente culpable. 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable constantemente.</p>	<p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>0 No siento que esté siendo castigado. 1 Siento que puedo ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Insatisfacción con uno mismo</p> <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo. 1 He perdido confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusta.</p> <p>8. Autocríticas</p> <p>0 No me critico o me culpo más que antes. 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser. 2 Critico todos mis defectos. 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o deseos de suicidio</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo. 2 Me gustaría suicidarme. 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier cosa. 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>
--	--

_____ Puntuación página 1

Continúa en la página siguiente ⇒

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

12. Pérdida de interés

- 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.
- 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
- 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
- 3 Me resulta difícil interesarme en algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo decisiones más o menos como siempre.
- 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
- 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Inutilidad

- 0 No me siento inútil.
- 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.
- 2 Me siento inútil en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inútil.

15. Pérdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el patrón de sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
- 1 a Duermo algo más de lo habitual.
- 1 b Duermo algo menos de lo habitual.
- 2 a Duermo mucho más de lo habitual.
- 2 b Duermo mucho menos de lo habitual.
- 3 a Duermo la mayor parte del día.
- 3 b Me despierto una o dos horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable de lo habitual.
- 1 Estoy más irritable de lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.
- 3 Estoy irritable continuamente.

18. Cambios en el apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1 a Mi apetito es algo menor de lo habitual.
- 1 b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
- 2 a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2 b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.
- 3 a He perdido completamente el apetito.
- 3 b Tengo ganas de comer continuamente.

19. Dificultad de concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
- 3 No puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
- 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21. Pérdida de interés en el sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo.

_____ Puntuación página 1

_____ Puntuación página 2

_____ Puntuación total (págs. 1 + 2)

Anexo C: Escala de Autoestima de Coopersmith Versión para Adultos

PROTOCOLO DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPER SMITH VERSIÓN PARA ADULTOS

NOMBRE: Inventario de autoestima versión para adultos

EDAD:

SEXO:

PROFESION:

FECHA:

(F Y M)

Marque con un aspa (x) debajo de V o F de acuerdo a los siguientes criterios:

V es cuando la frase si coincide con su forma de ser o de pensar.

F si la frase no coincide con su forma de ser o de pensar.

Nº FRASE DESCRIPTIVA V F

1	Usualmente las cosas no me molestan		
2	Me resulta difícil hablar frente un grupo		
3	Hay muchas cosas de mi vida que cambiaría si pudiera		
4	Puedo tomar decisiones sin mayor dificultad		
5	Soy muy divertido (a)		
6	Me altero fácilmente en mi casa		
7	Me toma mucho tiempo acostumbrar a cualquier cosa nueva		
8	Soy popular entre las personas de mi edad		
9	Generalmente mi familia considera mis sentimientos		
10	Me rindo fácilmente		
11	Mi familia espera mucho de mi		
12	Es bastante difícil ser "yo mismo"		
13	Me siento muchas veces confundido		
14	La gente usualmente sigue mis ideas		
15	Tengo una pobre opinión acerca de mí mismo		
16	Hay muchas ocasiones que me gustaría irme de mi casa		
17	Frecuentemente me siento descontento con mi trabajo.		
18	No estoy tan simpático como mucha gente		
19	Si engo algo que decir usualmente lo digo		
20	Mi familia me comprende		
21	Muchas personas son más preferidas que yo		
22	Frecuentemente siento como si mi familia me estuviera presionando		
23	Frecuentemente me siento desalentado con lo que hago		
24	Frecuentemente desearía ser otra persona		
25	No soy digno de confianza		

Anexo D: Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI)



• C U A D E R N I L L O •

INSTRUCCIONES

Esta prueba consiste en una lista de frases que la gente joven usa para describirse a sí misma. Se presentan aquí para ayudarte a describir tus sentimientos y actitudes. Cuando contestes trata de hacerlo tan honesta y seriamente como puedas, ya que los resultados serán utilizados para ayudarte a conocerte y poder ayudarte a planear tu futuro. No te preocupes si algunas de las frases no te parecen muy corrientes; se han incluido para ayudar a adolescentes con muchos tipos de problemas.

Junto con este cuadernillo se te ha suministrado una hoja de respuestas en la que se explica cómo debes utilizarla para responder al Inventario.

Trata de responder a todas las frases aun cuando no estés seguro de tu decisión.

No hay límite de tiempo para completar el inventario, aunque es mejor trabajar a un ritmo rápido pero cómodo.

No hagas ninguna marca en este cuadernillo.

LOS RESULTADOS DE ESTA PRUEBA SON CONFIDENCIALES

NO ABRAS ESTE CUADERNILLO HASTA QUE TE LO INDIQUEN

- 1 Yo prefiero mucho más seguir a otro en vez de mandar.
- 2 Estoy bastante seguro de que sé quién soy y de lo que quiero en la vida.
- 3 Yo no necesito tener amistades íntimas como los otros jóvenes.
- 4 A menudo me fastidia hacer las cosas que los otros quieren que haga.
- 5 Me esfuerzo al máximo para no herir los sentimientos de otras personas.
- 6 Puedo confiar en que mis padres serán comprensivos conmigo.
- 7 Algunas personas piensan de mí que soy un poco creído.
- 8 Nunca tomaría drogas, pasase lo que pasase.
- 9 Siempre trato de hacer lo que es adecuado.
- 10 Me gusta mi aspecto.
- 11 Aunque a veces me descontrolo comiendo, odio cuando aumento de peso.
- 12 Parece que nada de lo que pasa me hace sentir ni triste ni feliz.
- 13 Parece que tengo problemas para llevarme bien con otros adolescentes de mi edad.
- 14 Me da mucha vergüenza contarle a otras personas cómo abusaron de mí.
- 15 Nunca he hecho nada por lo que hubiera podido ser arrestado.
- 16 Pienso que todos estarían mejor si yo estuviera muerto.
- 17 A veces, cuando estoy lejos de mi casa, empiezo a sentirme tenso y con miedo.

- 18 Generalmente actúo de forma rápida, sin pensar.
- 19 Supongo que soy un quejica que espera que pase lo peor.
- 20 No es raro sentirse solo y no deseado.
- 21 El castigo nunca me ha frenado para hacer lo que yo quería.
- 22 Parece ser que la bebida ha sido un problema para varios miembros de mi familia.
- 23 Me gusta seguir instrucciones y hacer lo que otros esperan de mí.
- 24 Me parece que encajo enseguida en cualquier grupo de chicos o chicas.
- 25 Muy poco de lo que he hecho ha sido apreciado por los demás.
- 26 Odio no tener ni el aspecto ni la inteligencia que quisiera tener.
- 27 Me gusta mi hogar.
- 28 Algunas veces meto miedo a otros chicos o chicas para que hagan lo que yo quiero.
- 29 Aunque la gente me dice que estoy delgado o delgada, yo sigo creyendo que peso demasiado.
- 30 Cuando tomo unas copas me siento más seguro de mí mismo.
- 31 La mayoría de la gente es más atractiva que yo.
- 32 Cuando estoy en medio de una multitud, a menudo siento que me va a dar un ataque de pánico o que me voy a desmayar.
- 33 A veces me provocho el vómito después de comer mucho.



NO TE DETENGAS, CONTINÚA
EN LA PÁGINA SIGUIENTE.



- 34** Con frecuencia me siento como si no tuviera rumbo, como perdido en la vida.
- 35** Parece que no les caigo bien a la mayoría de los jóvenes.
- 36** Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo o sola.
- 37** Implicarse en los problemas de otros es una pérdida de tiempo.
- 38** Muchas veces siento que otros no quieren ser amistosos conmigo.
- 39** No me importa mucho lo que otros jóvenes piensan de mí.
- 40** Solía «colocarme» tanto (con alcohol o drogas) que no sabía lo que estaba haciendo.
- 41** No me importa decirle a la gente cosas que no le gusta oír.
- 42** Me veo a mí mismo muy lejos de lo que en realidad me gustaría ser.
- 43** Las cosas en mi vida van de mal en peor.
- 44** Tan pronto como tengo el impulso de hacer algo, lo hago.
- 45** A mí nunca me han llamado «delincuente juvenil».
- 46** Con frecuencia yo soy mi peor enemigo.
- 47** Muy pocas cosas o actividades parecen darme placer.
- 48** Siempre pienso en ponerme a dieta, aun cuando la gente me dice que estoy demasiado delgado o delgada.
- 49** Es muy difícil, para mí, sentir lástima por las personas que siempre están preocupadas por alguna cosa.
- 50** Es bueno tener una rutina para hacer la mayoría de las cosas.

- 51** No creo tener tanto interés por el sexo como la gente de mi edad.
- 52** No veo nada malo en utilizar a otros para conseguir lo que quiero.
- 53** Preferiría estar en cualquier lugar en vez de en casa.
- 54** A veces me siento tan desbordado que querría dañarme gravemente.
- 55** No creo haber sido abusado sexualmente.
- 56** Soy un tipo de persona teatral a quien le gusta llamar la atención.
- 57** Puedo beber más cerveza o licor que la mayoría de mis amigos.
- 58** Los padres y maestros son demasiado duros con los jóvenes que no siguen las reglas.
- 59** Me gusta mucho coquetear (ligar).
- 60** No me molesta ver a alguien sufriendo.
- 61** Al parecer no tengo muchos sentimientos por los demás.
- 62** Disfruto pensando en el sexo.
- 63** Me preocupa mucho pensar en que me dejen solo y abandonado.
- 64** Con frecuencia estoy triste y siento que nadie me quiere.
- 65** Se supone que debo ser delgado o delgada, pero siento que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
- 66** Con frecuencia me lo merezco cuando los otros me critican.
- 67** La gente me presiona para que haga más de lo que es justo.
- 68** Creo que tengo un buen cuerpo.



**NO TE DETENGAS. CONTINÚA
EN LA PÁGINA SIGUIENTE.**



- 69** Socialmente, siento que me dejan de lado.
- 70** Hago amigos y amigas fácilmente.
- 71** Soy una persona un tanto acostada y ansiosa.
- 72** Odio recordar algunas de las formas en que abusaron de mí.
- 73** No soy diferente a muchos jóvenes que roban cosas de vez en cuando.
- 74** Prefiero actuar primero y pensarlo después.
- 75** He pasado por periodos en los que he fumado «canutos» varias veces a la semana.
- 76** Hay tantas normas en mi camino, que es difícil hacer lo que quiero.
- 77** Cuando las cosas se ponen aburridas, me gusta crear un poco de emoción.
- 78** A veces yo haría algo cruel para hacer infeliz a alguien.
- 79** Paso mucho tiempo preocupándome acerca de mi futuro.
- 80** Con frecuencia siento que no me merezco las cosas buenas que hay en mi vida.
- 81** Me da un poco de tristeza cuando veo a alguien que se siente solo.
- 82** Como poco delante de otros, pero después me atiborro cuando estoy solo o sola.
- 83** Mi familia siempre está gritando y peleándose.
- 84** A veces me siento muy infeliz de ser quien soy.
- 85** Al parecer yo no disfruto estando con gente.

- 86** Tengo ciertas capacidades que otros jóvenes quisieran tener.
- 87** Me siento muy incómodo con la gente, a menos que esté seguro de que realmente les gusto.
- 88** Matarme sería la manera más fácil de resolver mis problemas.
- 89** A veces me confunde o me turba que la gente sea amable conmigo.
- 90** La bebida parece que me ayuda mucho cuando me siento deprimido.
- 91** Casi nunca espero algún acontecimiento con placer o emoción.
- 92** Soy muy bueno inventando excusas para salir de los problemas.
- 93** Es muy importante que los niños aprendan a obedecer a los mayores.
- 94** El sexo es algo placentero.
- 95** A nadie le importa realmente si yo vivo o si me muero.
- 96** Deberíamos respetar a nuestros mayores y no pensar que nosotros sabemos más.
- 97** A veces siento placer lastimando a alguien físicamente.
- 98** A veces me siento mal después de que me haya pasado algo bueno.
- 99** No creo que la gente me vea como una persona atractiva.
- 100** Socialmente soy solitario, pero no me importa.
- 101** Casi todo lo que intento me resulta fácil.
- 102** Hay veces en las que siento que soy mucho más joven de lo que realmente soy.



NO TE DETENGAS, CONTINÚA
EN LA PÁGINA SIGUIENTE.



103 Me gusta ser el centro de atención.

104 Si quiero hacer algo, simplemente lo hago, sin pensar en lo que pueda pasar.

105 Tengo un temor terrible de que, por muy delgado o delgada que esté, volveré a subir de peso si como.

106 No me acerco mucho a las personas porque me da miedo que se burlen de mí.

107 Cada vez con más frecuencia he pensado en terminar con mi vida.

108 A veces me rebajo a mí mismo para que otra persona se sienta mejor.

109 Me da mucho miedo cuando pienso en estar completamente solo en el mundo.

110 Las cosas buenas no duran.

111 He tenido algunos choques con la ley.

112 Me gustaría cambiar mi cuerpo por el de alguna otra persona.

113 Hay muchas ocasiones en las que desearía ser mucho más joven de nuevo.

114 No he visto un automóvil en los últimos diez años.

115 Otras personas de mi edad parecen estar más seguras que yo de saber quiénes son y lo que quieren.

116 Muchas veces me desconcierta pensar en el sexo.

117 Hago lo que quiero sin preocuparme de si afecta a otros.

118 Muchas de las cosas que hoy parecen buenas, se volverán malas más adelante.

119 Parece que la gente de mi edad nunca me llama para que salgamos juntos.

120 Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin un «canuto».

121 Yo hago que mi vida sea peor de lo que debería ser.

122 Prefiero que me digan lo que tengo que hacer en lugar de tener que decidir por mí mismo.

123 He intentado suicidarme, en el pasado.

124 Me pego grandes atracones de comida un par de veces a la semana.

125 Últimamente parece que me deprimó por cosas pequeñas.

126 El año pasado crucé el Atlántico en avión 30 veces.

127 Hay veces en las que preferiría ser otra persona.

128 No me importa tratar mal a la gente para demostrar mi poder.

129 Me avergüenzo de algunas cosas terribles que me han hecho los adultos.

130 Intento hacer todo lo que hago lo más perfectamente que puedo.

131 Estoy contento con la forma en que mi cuerpo se ha desarrollado.

132 Con frecuencia me asusto cuando pienso en las cosas que tengo que hacer.

133 Últimamente me siento inquieto y nervioso casi todo el tiempo.

134 Yo acostumbraba a probar drogas duras para ver el efecto que hacían.

135 Con mi simpatía puedo conseguir que la gente me dé casi todo lo que quiero.



**NO TE DETENGAS, CONTINÚA
EN LA PÁGINA SIGUIENTE.**



- 136** Muchos otros jóvenes consiguen oportunidades que yo no consigo.
- 137** Hubo personas que hicieron cosas sexuales conmigo cuando yo, todavía, no podía entender.
- 138** Con frecuencia sigo comiendo hasta que me siento enfermo o enferma.
- 139** En un grupo, yo me burlaría de alguien sólo para humillarle.
- 140** No me gusta ser la persona en la que me he convertido.
- 141** Al parecer siempre echo a perder las cosas buenas que me pasan.
- 142** Aunque quiero tener amigos, no tengo casi ninguno.
- 143** Me agrada que ahora los sentimientos acerca del sexo se hayan convertido en una parte de mi vida.
- 144** Soy capaz de pasar mucha hambre con tal de ser más delgado o delgada de lo que soy.
- 145** Soy muy maduro para mi edad y sé lo que quiero hacer en la vida.
- 146** En muchas cosas me siento muy superior a la mayoría de la gente.
- 147** Mi futuro me parece sin esperanza.
- 148** A mis padres les ha costado mucho mantenerme en el camino recto.
- 149** Cuando no me salgo con la mía, me descontrolo fácilmente.
- 150** A veces me divierte hacer ciertas cosas que son ilegales.
- 151** Supongo que dependo demasiado de otros para que me ayuden.
- 152** Mis amigos y yo podemos acabar muy borrachos cuando lo estamos pasando bien.

- 153** La mayor parte del tiempo me siento solo y vacío.
- 154** Me siento totalmente sin objetivos y sin saber adónde voy.
- 155** Decir mentiras es una cosa muy normal.
- 156** He estado pensando en cómo y cuándo suicidarme.
- 157** Me gusta provocar peleas.
- 158** Hay veces en las que parece que no le importo a nadie en mi casa.
- 159** Es bueno tener una forma regular de hacer las cosas para no cometer errores.
- 160** Probablemente me merezco muchos de los problemas que tengo.



**FIN DE LA PRUEBA.
POR FAVOR, COMPRUEBA
QUE NO HAS DEJADO
NINGUNA FRASE SIN
CONTESTAR.**