



**UTPL**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, EDUCACIÓN  
Y HUMANIDADES**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Intervención psicoterapéutica en un caso de depresión en  
la adolescencia.**

Trabajo de integración curricular previo a la obtención del título de:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Autora:** Granda Aguirre, Ana Paula

**Directora:** Jaramillo Bustamante, María Emilia

LOJA

2022



*Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>*

2022

## **Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular**

Loja, 01 de julio del 2022

PhD.

Marina del Rocío Ramírez Zhindón

**Directora de la carrera de Psicología Clínica**

Ciudad. -

De mi consideración:

El presente Trabajo de Integración Curricular denominado: "Intervención psicoterapéutica en un caso de depresión en la adolescencia" realizado por Ana Paula Granda Aguirre, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho Trabajo de Integración Curricular ha sido revisado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y no cuenta con porcentaje de coincidencia alguno.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Directora: Ps. Cl. María Emilia Jaramillo Bustamante Mgtr.

C.I.: 1105632531

Correo electrónico: mejaramillo43@utpl.edu.ec

### **Declaración de autoría y cesión de derechos**

Yo, Ana Paula Granda Aguirre, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado “Intervención psicoterapéutica en un caso de depresión en la adolescencia”, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: Capítulo 1. Marco Teórico donde se detallan los datos informativos, el proceso de evaluación y diagnóstico del caso clínico; capítulo 2. Metodología, describe el tratamiento y plan de intervención aplicado a la paciente; y capítulo 3 donde se encuentran los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, siendo la Mgrt. María Emilia Jaramillo Bustamante, directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”, en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

.....

Autora: Granda Aguirre, Ana Paula

C.I.: 1150012357

Correo electrónico: [apgranda2@utpl.edu.ec](mailto:apgranda2@utpl.edu.ec)

## Dedicatoria

El presente proyecto se lo dedico a las personas maravillosas que me han apoyado y que han creído en mí.

A mi familia por siempre apoyarme y brindarme sus consejos en cada paso de este camino. Mi madre, que me ha sabido guiar con amor y me ha inculcado valores que deseo tener presente en mi vida; mi padre, por estar pendiente de mi formación, queriendo lo mejor para mí y recordándome la importancia que tiene el estudio; a mi hermano, con el que he compartido mi vida, ha sido mi mejor amigo, mi cómplice y siempre será mi héroe; y finalmente, pero no menos importante, a mis mascotas que me han acompañado a estudiar sin importar la hora y me animan con sus colitas juguetonas.

A mis amigas y amigos, con los que he compartido un sinnúmero de experiencias, atreviéndome a salir de mi zona de confort, son una parte importante de mi vida, y me han brindado su cariño, incondicionalidad y confianza. A una persona muy especial para mí, que me ha motivado y sido mi coordinada, espero de todo corazón compartir muchos logros y metas más en su compañía.

Un agradecimiento especial a los que ya no se encuentran conmigo, pero sé que se encuentran muy orgullosos de que alcance esta meta en mi vida, y me motivarían a seguir adelante y tener una vida feliz.

A mí misma, por no rendirme y seguir adelante, al poner mi mayor esfuerzo en este sueño que deseaba alcanzar, aprendiendo y sacando lo mejor de cada experiencia.

## **Agradecimiento**

En primer lugar, a Dios, por darme la vida y bendecir a mi familia con fortaleza para que sean mi apoyo diario.

Mis sinceros agradecimientos a la institución por el espacio brindado, brindándome la oportunidad de profesionalizarme y contar con las herramientas necesarias para alcanzar la primera meta en mi formación profesional.

A mi docente tutora, Mgrt. María Emilia Jaramillo, por su carisma, paciencia y profesionalismo al guiar el presente estudio de caso, ofreciéndome un sinfín de recomendaciones y directrices para mejorar mi desempeño profesional.

Agradecimientos especiales a mi paciente, pues sin ella este trabajo no se hubiera realizado, gracias por demostrar la importancia de la salud mental y buscar ayuda profesional.

Gracias.

## Índice de contenido

Carátula .....	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular .....	II
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	III
Dedicatoria .....	V
Agradecimiento.....	VI
Índice de contenido .....	VII
Resumen.....	1
Abstract .....	2
Introducción .....	3
Capítulo uno.....	7
Marco teórico .....	7
1.1 Presentación del caso .....	7
1.1.1 Identificación del paciente.....	7
1.1.2 Motivo de consulta.....	9
1.1.3 Historia del problema y descripción de sintomatología.....	9
1.2 Proceso de evaluación .....	12
1.2.1 Selección y aplicación de técnicas de evaluación.....	12
1.3 Diagnóstico .....	22
1.3.1 Diagnóstico presuntivo .....	22
1.3.2 Diagnóstico diferencial.....	22
1.3.3 Diagnóstico final .....	31
Capítulo dos .....	33

<b>Metodología</b> .....	<b>33</b>
<b>2.1. Tratamiento/Intervención</b> .....	<b>33</b>
<b>2.1.1. Objetivos terapéuticos</b> .....	<b>33</b>
<b>2.1.1.1. Objetivo General.</b> .....	<b>33</b>
<b>2.1.1.2. Objetivos Específicos.</b> .....	<b>33</b>
<b>2.1.2. Plan de tratamiento/intervención</b> .....	<b>34</b>
<b>Capítulo tres</b> .....	<b>56</b>
<b>Resultados</b> .....	<b>56</b>
<b>Discusión</b> .....	<b>60</b>
<b>Conclusiones</b> .....	<b>66</b>
<b>Recomendaciones</b> .....	<b>67</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>68</b>

### Índice de tablas

<b>Tabla 1</b> Funciones mentales de la paciente.....	<b>14</b>
<b>Tabla 2</b> Resultados de pruebas psicológicas aplicadas .....	<b>18</b>
<b>Tabla 3</b> Trastorno de ansiedad social (fobia social) .....	<b>27</b>
<b>Tabla 4</b> Trastorno dismórfico corporal.....	<b>28</b>
<b>Tabla 5</b> Anorexia nerviosa-tipo restrictivo .....	<b>30</b>
<b>Tabla 6</b> Plan de tratamiento/intervención.....	<b>34</b>
<b>Tabla 7</b> Plan de seguimiento .....	<b>51</b>
<b>Tabla 8</b> Resultados pre-intervención y post-intervención del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) .....	<b>56</b>
<b>Tabla 9</b> Resultados pre-intervención y post-intervención del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).....	<b>57</b>

<b>Tabla 10</b> Resultados pre-intervención y post-intervención de la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE).....	<b>57</b>
<b>Tabla 11</b> Resultados cualitativos de la evolución del tratamiento en la paciente.....	<b>58</b>

### **Índice de figuras**

<b>Figura 1</b> Genograma .....	<b>8</b>
<b>Figura 2</b> Árbol de decisión para el estado de ánimo deprimido .....	<b>24</b>
<b>Figura 3</b> Árbol de decisión para ideación suicida o el comportamiento suicida.....	<b>25</b>
<b>Figura 4</b> Árbol de decisión para la ansiedad.....	<b>26</b>
<b>Figura 5</b> Árbol de decisión para los cambios del apetito o la conducta alimentaria inusual	<b>29</b>

## Resumen

El presente estudio aborda el caso de una adolescente de 16 años, que acude de manera voluntaria a consulta psicológica mostrando un ánimo bajo y otros síntomas depresivos, cumpliendo con los criterios requeridos para el diagnóstico de una depresión mayor con episodios recurrentes – moderado de acuerdo a las clasificaciones diagnósticas actuales del DSM-5. La evaluación se realizó mediante entrevistas semiestructuradas y la aplicación de siete test psicológicos para medir depresión, ansiedad, autoestima, percepción corporal, habilidades sociales, evitación y malestar social. Se optó por una terapia con enfoque integrativo cuyo objetivo principal fue disminuir la sintomatología depresiva a lo largo de 8 sesiones de tratamiento y 2 de seguimiento, se trabajó con técnicas de terapia cognitiva-conductual, terapia breve centrada en soluciones, terapia de aceptación y compromiso, y psicoterapia gestáltica; consiguiendo una disminución del cuadro depresivo y comportamientos autolesivos, además, se evidencian cambios en su diálogo interior, autoestima y habilidades sociales.

*Palabras clave:* trastorno depresivo mayor, adolescencia, psicoterapia.

### **Abstract**

The current study approaches a sixteen years old teenager, that comes by herself to a psychological consult, showing low mood and depression symptoms, fulfilling the required criteria for a diagnosis of serious depression with recurrent-moderate episodes, according to the current DSM-5 diagnostic classifications. The evaluation was carried out by means of semi-structured interviews and the application of seven psychological tests to measure depression, anxiety, self-esteem, body perception, social skills, avoidance and social discomfort. It was decided to use an integrative therapy for 8 treatment sessions and 2 follow-up sessions, whose main objective was to reduce depressive symptomatology, that was treated with cognitive-behavioral therapy techniques, brief solution-focused therapy, acceptance and commitment therapy, and gestalt psychotherapy, achieving a significant decrease in depressive symptomatology and self-injurious behaviors, in addition, changes in their inner dialogue, self-esteem and social skills are evidenced.

*Keywords:* major depressive disorder, adolescence, psychotherapy.

## Introducción

En la actualidad, la depresión se considera un problema de salud pública, siendo uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia en diferentes contextos del mundo, afectando a más de 350 millones de personas (Muñoz et al., 2021). Según el Ministerio de Salud Pública, en Ecuador se presentó un diagnóstico presuntivo y definitivo de depresión en 50.379 personas, de las cuales 36.631 fueron mujeres y 13.748 fueron hombres (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2022). Con respecto a la edad, aproximadamente uno de cada cinco adolescentes experimenta un cuadro depresivo antes de alcanzar los 18 años, iniciando así el desarrollo de sintomatología depresiva (Navarro-Loli y Moscoso, 2017).

Complementariamente, la adolescencia es una etapa evolutiva del ser humano, de especial importancia, donde surgen cambios en el ámbito emocional, físico y psicosexual; donde cada adolescente responde de forma personal y única, misma que es influenciada por factores de riesgo y protección (Bravo-Andrade et al., 2020; Güemes-Hidalgo et al., 2017; Navarro-Loli y Moscoso, 2017). Entre los factores de riesgo para la depresión en la adolescencia se encuentra el bullying, que está catalogado como forma de maltrato, intimidación y/o acoso de tipo físico, verbal o psicológico entre pares, que afecta la salud física y mental de la víctima; con respecto al género, las mujeres sufren mayor agresión verbal y social; mientras que, la agresión física es más común en varones (Chocarro y Garaigordobil, 2019; Mollo-Torrico et al., 2018). Este tipo de maltrato predispone al desarrollo de estados ansiosos y cuadros depresivos que repercuten en los niveles de integración en el medio escolar y en el desarrollo óptimo del aprendizaje, además puede generar baja autoestima, secuelas emocionales, trastornos del sueño y alimenticios; estrés postraumático e ideación suicida (Azúa-Fuentes et al., 2020; Garaigordobil, 2018; Leader et al., 2018).

Con respecto a los criterios asociados al diagnóstico de depresión, se puede manifestar que por un periodo de al menos 2 semanas la persona debe presentar cambios persistentes en su estado de ánimo y/o pérdida de interés en actividades antes placenteras, además también pueden existir otros síntomas como: disminución del apetito, el sueño y la

energía; como también, pensamientos y/o conductas autolesivas y deseos de suicidio, sintomatologías que generan un cambio significativo en las distintas áreas del funcionamiento de la persona (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014; Flores et al., 2020). Con respecto al género, se ha demostrado que las adolescentes mujeres, específicamente, las que han madurado temprano, tienen mayor vulnerabilidad y propensión a experimentar este trastorno mental (Papalia et al., 2012).

En base al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), entre los diferentes trastornos depresivos encontramos el Trastorno Depresivo Mayor (DM), que presenta un alto nivel de prevalencia, variando según la edad. En niños de hasta 13 años la prevalencia es de 2,8% y en los adolescentes es de 5,6% (Esperón y Collins, 2022). En las mujeres es más frecuente a partir de la pubertad, y su prevalencia aumenta a medida que avanza en edad, así mismo, los episodios depresivos suelen ser más duraderos y con mayor recurrencia (Esperón y Collins, 2022).

De acuerdo a Navarro-Loli y Moscoso (2017) la depresión en la adolescencia es un predictor de problemas sociales, académicos, intentos autolíticos y autolesiones; además es frecuente que los adolescentes se provoquen daño como método de expresión y autorregulación emocional que les permite aliviar el sufrimiento psicológico (Cordero-Zambrano, 2019; García, 2020; Resett y Gonzáles, 2020). De igual manera, las mujeres adolescentes manifiestan niveles más altos de ideación suicida y conductas autolesivas (Resett y Gonzáles, 2020).

Por lo tanto, los trastornos depresivos suponen una amplia gama de síntomas afectivos, fisiológicos, cognitivos y conductuales, que requieren de un abordaje adecuado, siendo importante trabajar frente para este problema de salud mental desde un enfoque integrativo, donde se consideren técnicas de la Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) (Beck, y Freeman, 1995), que tienen como objetivo modificar o eliminar cogniciones disfuncionales con el fin de obtener comportamientos adaptativos. Además, presenta una base científica sólida que ha demostrado ser relevante en el manejo de la sintomatología depresiva, especialmente en adolescentes, logrando que identifiquen los pensamientos distorsionados

y los reemplacen con pensamientos más realistas (Beck, 1995; Ordaz-Leal y Bennett-Vidales, 2019; Ruiz-Fernández et al., 2012).

Por otra parte, se sugiere incluir técnicas gestálticas (Perls et al., 1951), situada dentro de la psicología humanista, que presenta favorables resultados en adolescentes, al centrarse en sus intereses, necesidades y particularidades. Este proceso se orienta en mejorar los síntomas mediante la liberación de bloqueos y asuntos inconclusos que impiden el bienestar, autorregulación y desarrollo personal, familiar, social y un futuro laboral (Carrillo et al., 2021; Encinas-Huarachi y Pareja, 2020).

De la misma manera, se considera importante implementar técnicas de Terapias de Tercera Generación, como la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) (Shazer et al., 1986), que es un tratamiento eficaz, dinámico y breve que se enfoca en la solución intentada por el paciente en lo que desea conseguir, fomentando el autocontrol y la responsabilidad; reduciendo la conducta problema, al convertirse en gestores de su propio cambio (Rodríguez-Alejo y González-Ramírez, 2020; Torres de Lamadrid y Fernández-Solís, 2019).

Finalmente, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, 1984) permite potenciar la flexibilidad psicológica en los pacientes, demostrado eficacia en la población infantil y adolescente; contribuye principalmente a modificar la desregulación emocional asociada a la depresión y autolesiones, reporta efectividad al obtener una reducción de los síntomas clínicos, pues brinda flexibilidad en los procesos cognitivos y del comportamiento, proporciona mayor autocompasión, autonomía e identificación de valores garantizando una mejor toma de decisiones (de la Viuda-Suárez y Casas-Posada, 2020; Montgomery et al., 2013; Villamizar-Pabón, 2019).

Este informe de caso clínico, contiene tres capítulos: el primero, hace referencia al marco teórico donde se detallan los datos informativos, el proceso de evaluación y diagnóstico; el segundo capítulo alude a la metodología, en donde se describe el tratamiento y plan de intervención aplicado a la paciente; y, en el tercer capítulo se encuentran los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.

Dentro del ámbito institucional, el presente estudio, deja constancia para la colectividad sobre el trabajo que se realiza en la carrera de Psicología Clínica, articulando el conocimiento teórico con la práctica al realizar un proceso de evaluación y diagnóstico, que permite ser el punto de partida para diseñar e implementar un plan terapéutico mediante el uso de técnicas y recursos adaptados al paciente y a su problemática.

De igual forma, se cuenta con un protocolo que puede ser replicado en casos similares, pues en la ciudad de Loja no existen estudios clínicos sobre la forma de trabajar en los mismos, siendo un modelo a seguir para futuras intervenciones. A su vez, permite conocer la importancia de abordar una problemática vigente en la juventud actual, como es la depresión, que se ha visto incrementada, tras la pandemia por Covid-19. Este trabajo, demuestra la relevancia del rol del psicólogo para intervenir de manera oportuna y eficaz ante estos problemas que demanda la sociedad actual.

## **Capítulo uno**

### **Marco teórico**

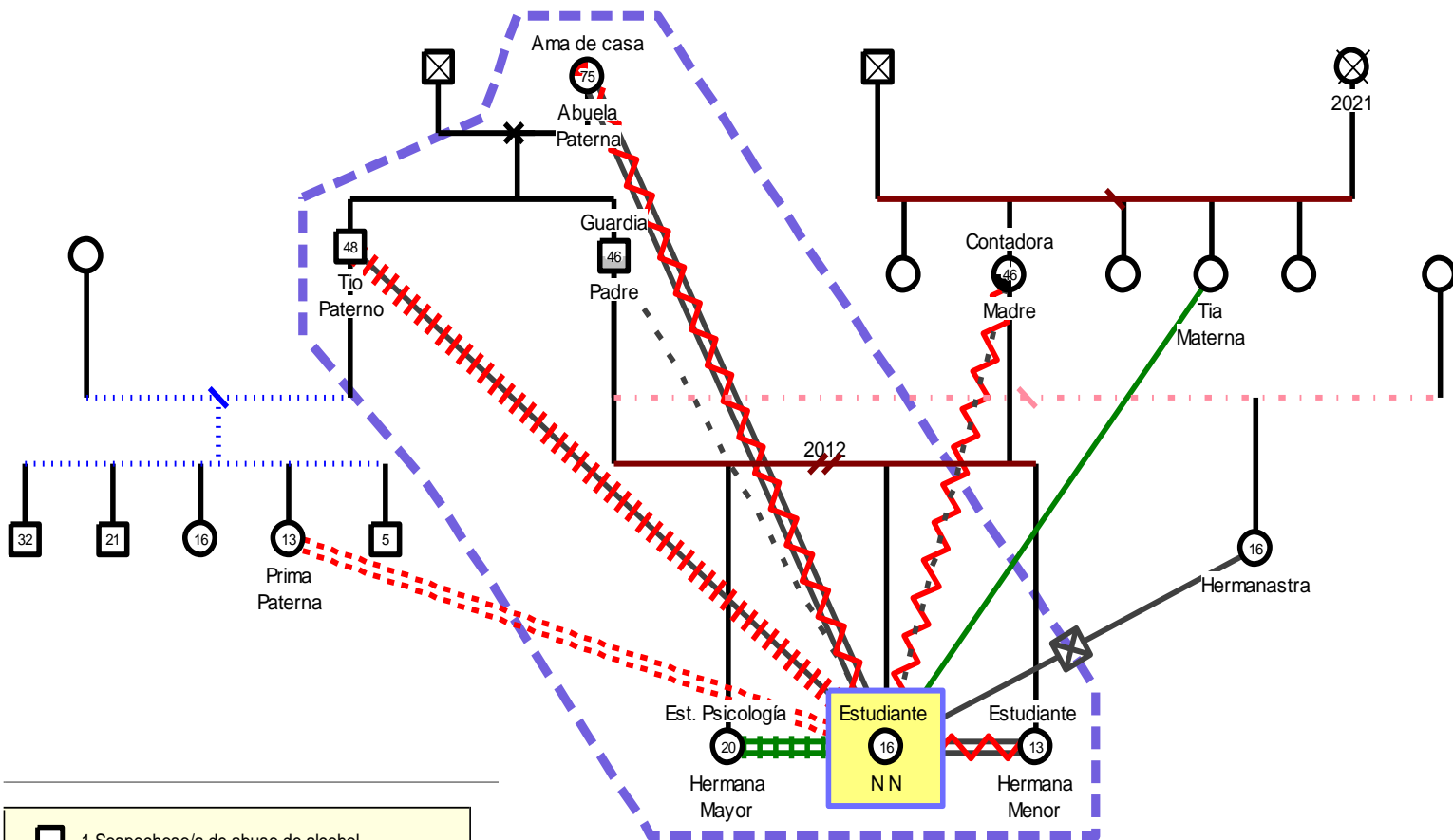
#### **1.1 Presentación del caso**

La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales del Ecuador.

##### ***1.1.1 Identificación del paciente***

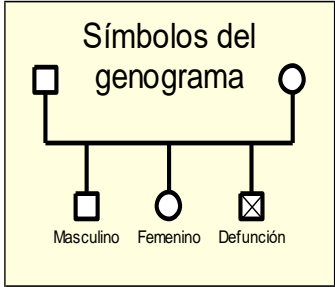
N.N es una adolescente de 16 años, soltera, nacida en la provincia de Loja-Ecuador, actualmente reside en la misma ciudad; de religión católica, etnia mestiza, se encuentra cursando el segundo año de bachillerato. Proviene de una familia desintegrada de tipo extensa disfuncional, de nivel socioeconómico medio. Los padres se encuentran divorciados desde hace 9 años, quedando la custodia a cargo de la figura paterna. En la actualidad vive con su padre, abuela, tío paterno y dos hermanas de 20 y 13 años, ocupando el segundo lugar de tres hijas. A continuación, en la figura 1 se detalla el genograma de la paciente.

**Figura 1**  
Genograma



- 1 Sospechoso/a de abuso de alcohol.
- 1 En recuperación por problema de salud mental.
- 1 Enfermedad del corazón

- ### Legendas de relaciones emocionales
- 1 Distante
  - 1 Buenos amigos / amistad muy cercana
  - 1 Distante / hostil
  - 2 Cercano / hostil
  - 1 Nunca se conocieron
  - 1 Discordia / conflicto
  - 1 Desconfiado
  - 1 Armonía



- ### Legendas de relaciones familiares
- 1 Separación de hecho
  - 1 Divorcio
  - 1 Viudez
  - 1 Relación casual y separación
  - 1 Aventura amorosa y separación

PACIENTE N.N.

Descripción: Descripción gráfica de la distribución familiar de la paciente.

### **1.1.2 Motivo de consulta**

Paciente acude de manera voluntaria a consulta psicológica, por recomendación de su madre y su hermana mayor. Expresa “no sé por dónde empezar”, “no me gusto, mi personalidad, cómo soy, cómo hablo”, “en ocasiones tengo ataques de ansiedad que son leves y graves”. “Escucho voces que me dicen que soy un error y todos son mejores”; situación que le genera tristeza, llanto, sentimientos de inferioridad y culpa. En ocasiones, presenta comportamientos autolesivos, “cuando siento malestar me pellizco o clavo las uñas”. Tras la evaluación se descarta que las voces se tratan de alucinaciones auditivas, más bien es un diálogo interno negativo sobre sí misma.

Por lo tanto, la demanda a trabajar consiste en reestructurar los pensamientos distorsionados o negativos, potenciar la autoestima y desarrollar habilidades sociales, frenando de esta manera los comportamientos autolesivos y disminuyendo paulatinamente los signos y síntomas asociados a la depresión.

Con respecto a las dificultades o factores que pueden afectar el cambio deseado por la paciente se encuentran: la baja autoestima, ser la segunda hija de una familia disintegrada y disfuncional, la presión académica por parte de la madre y la falta de red de apoyo en su grupo etario, al no tener amigos de su edad.

### **1.1.3 Historia del problema y descripción de sintomatología**

Paciente refiere que de niña era una persona inquieta, segura y con facilidad para hacer amigos; sin embargo, a la edad de 12 años, al iniciar el colegio (octavo año de básica) sufre reiterados episodios de bullying de tipo verbal por parte de sus compañeros de clase, en donde tienden a aislarla y burlarse de su aspecto físico y sus gustos por la cultura asiática, situación que provocó en la paciente sentimientos de inseguridad, aislamiento y problemas de autoestima que actualmente se mantienen.

A esta misma edad (12 años), como consecuencia del bullying presenta su primera “crisis de ansiedad” caracterizada por llanto, agitación, temblor y aumento del ritmo cardiaco, menciona que reconoce dos tipos de crisis: “leves y graves”, en esta última aparecen los

síntomas antes descritos acompañados de conductas autolesivas, en donde se lastima pellizcándose, clavándose las uñas, golpeándose contra la pared y dándose cachetadas, mismas que se presentan cuando hace sentir mal a otros “me siento triste y me enojo cuando digo algo imprudente y hiero”, siendo estas conductas autolesivas poco frecuentes. La primera vez en la que N.N se autolesiona fue en octavo grado, tras el rechazo de un chico que le gustaba, lo que la llevó a herirse la región de la muñeca con el filo de una carpeta rota, siendo la intención dejar de sentirse triste.

Por lo general, las crisis ocurren cuando aparecen emociones fuertes que no sabe cómo gestionar, por ejemplo: frustración, ante las situaciones que no salen cómo planea y cuando se compara con los demás; culpa, al sentir que hizo o dijo algo hiriente a otra persona; y tristeza, cuando aparecen pensamientos de que nadie la quiere o nadie valora su esfuerzo “cuando las cosas no me salen bien, me frustró, enojo y lloro”. Cabe resaltar que, durante las crisis, a las que denomina N.N, no existe miedo a enloquecer ni morir, lo que descarta que se trate de ataques de pánico o ansiedad.

Desde la perspectiva de la paciente su autoconcepto no es satisfactorio, manifiesta que solo ve defectos y mantiene un diálogo interno negativo y peyorativo sobre sí misma, afirma que se odia por tener inseguridades y se percibe como un estorbo y una persona inútil “siempre quise ser otra persona, alguien que haga bien las cosas, que no sea inútil, que sea perfecta en todo aspecto”. N.N presenta baja autoestima y una autoimagen deteriorada, tiende a comparar su cuerpo con los que ve en redes sociales, especialmente de mujeres coreanas, desencadenando en la paciente las “crisis” antes manifestadas; acompañadas de pensamientos pesimistas que pueden escalar en autolesiones.

En la actualidad presenta ideas de culpa y fracaso, dificultad para dormir (insomnio precoz), pérdida de energía, problemas para concentrarse y tomar decisiones, manifiesta pensamientos de muerte recurrentes sin un plan determinado, en donde indica que “todos estarían mejor sin mí”. La madre de la paciente expresa que cuando pasan juntas, N.N se muestra triste la mayor parte del tiempo, se aísla en las reuniones familiares, existe descuido en su higiene corporal, ha perdido peso, a pesar de no hacer dieta o ejercicio excesivo y el

rendimiento académico ha disminuido, además en varias ocasiones ha presentado ausentismo escolar particularmente en una materia, debido a inconvenientes suscitados con un profesor, donde N.N refiere “no valora mi trabajo, lo que hago no es suficiente para él”.

Por otra parte, N.N presenta miedo y ansiedad para hablar en público, específicamente en el ámbito escolar, manifestado por taquicardia y dificultad para respirar ante situaciones de exponer, leer un texto y participar en clase. Refiere que, para calmar esta ansiedad suele pellizcarse o clavarse las uñas, sin llegar a lesionarse; no obstante, esto no interfiere en su vida académica pues logra cumplir con las actividades designadas, también la usuaria comenta que no evita o se resiste a estas situaciones lo que es una respuesta a la ansiedad experimentada; cabe señalar, que esta ansiedad no es excesiva, al parecer estos síntomas se relacionan con un déficit de habilidades sociales, ya que al ser víctima de bullying N.N se aisló de sus compañeros reduciendo de esta forma su interacción social “temo que me dejen sola o se rían de mis gustos, de nuevo”; además, el entorno familiar es restrictivo ante salidas sociales de la usuaria impidiendo un adecuado desarrollo del componente social en la usuaria. Actualmente, tiende a realizar los trabajos grupales de forma individual e indica que no tiene amigos cercanos, pero mantiene contacto con su novio y amigos de forma virtual.

La paciente no consume sustancias o medicamentos; además, N.N refiere una buena salud, y no ha tenido ningún tipo de enfermedad física o haber sido diagnosticada hasta el momento de alguna enfermedad mental. No obstante, con relación a los antecedentes familiares, la madre de la paciente hace 6 años recibió ayuda psicológica y psiquiátrica debido a una crisis nerviosa causada por estrés, mostrando además ideas autolíticas.

Actualmente, la paciente presenta la siguiente sintomatología: a nivel **afectivo**: tristeza, , baja autoestima, desregulación emocional y miedo a expresarse con libertad **fisiológico**: nervios, dificultad para respirar, temblor y taquicardia; **cognitivo**: ideas de culpa y minusvalía, distorsiones cognitivas sobre sí misma y la belleza (exigencia/perfeccionismo, comparación, descalificación de lo positivo, leer la mente/adivinación, magnificación,

afirmaciones con “debería”, catastrofismo, sobregeneralización y etiquetas globales) y deseos suicidas; finalmente, en el aspecto **conductual**: llanto fácil (llora casi todas las noches), tirarse al suelo, conductas impulsivas manifestadas por verbalizaciones de palabras hirientes hacia otras personas, aislamiento y conductas autolesivas.

## **1.2 Proceso de evaluación**

### **1.2.1 Selección y aplicación de técnicas de evaluación**

La evaluación de la paciente N.N se llevó a cabo en cinco sesiones de una hora y media aproximadamente durante cuatro semanas bajo modalidad virtual, empleando la plataforma Zoom debido a la emergencia sanitaria por la Covid-19. Para la evaluación se utilizaron varios instrumentos: cinco entrevistas semiestructuradas (cuatro con la paciente y una con la madre) y siete reactivos psicológicos que fueron administrados en línea mediante la aplicación Microsoft Forms.

Previamente a la administración de los instrumentos se explicó las instrucciones de forma clara, haciéndole saber que cualquier duda que surja sería respondida, dando inicio así a la realización de los instrumentos; durante la contestación de los cuestionarios no se presentaron inconvenientes, la adolescente presentó una actitud respetuosa y colaborativa.

A continuación, se detallan los instrumentos empleados en el proceso de evaluación psicológica que permitieron indagar en la problemática de la paciente, siendo estos: la entrevista clínica, la observación y los reactivos psicológicos aplicados.

**1.2.1.1 Entrevista con la paciente.** La entrevista se trata de una técnica de evaluación que tiene el propósito de obtener la información necesaria para planear un tratamiento, es flexible y se adapta a las necesidades del paciente y al estilo que maneja el entrevistado (Morrison, 2015; Muniz, 2018; Perpiñá, 2014). El tipo de entrevista semiestructurada permite que el entrevistador mediante una estructura concreta pueda realizar preguntas que sean apropiadas y oportunas en el caso (Perpiñá, 2014).

**Primera entrevista.** Se recogieron los datos sociodemográficos de la paciente y se indagó el motivo de consulta. La paciente en la primera entrevista presentó una apariencia física que corresponde a su edad cronológica, tono de voz bajo, que a medida que avanzó la sesión fue aumentando, se mostró tranquila y colaborativa, no obstante, en su diálogo denotó una serie de distorsiones cognitivas relacionadas con insatisfacción con su apariencia física y autoconcepto: “no me gusta como me veo”, “soy fea, no me gusta como soy”, “no soy suficiente en comparación a los amores platónicos de mi enamorado” y “mi novio se avergüenza de mí”.

**Segunda entrevista.** La finalidad de la sesión fue indagar a profundidad sobre la sintomatología ansiosa-depresiva y las soluciones intentadas. Además, obtener información sobre los antecedentes médicos, mentales y psicológicos de N.N; y, conocer el tipo de relación que mantiene con sus compañeros. La adolescente presentó un mejor estado de ánimo en comparación a la primera sesión; no obstante, continuó con una velocidad lenta en el lenguaje al momento de responder las preguntas.

**Tercera entrevista.** El objetivo de la sesión fue recabar información para la creación del genograma, indagando sobre la estructura familiar y la relación con los miembros de la misma, la paciente mostró un ánimo decaído; pero a medida que avanzó la entrevista, presentó un diálogo más fluido y mayor confianza con las terapeutas.

**Cuarta entrevista.** La presente sesión se enfocó en descartar hipótesis diagnósticas como trastornos alimenticios, ataques de pánico, dismorfia corporal y fobia social mediante preguntas específicas; así mismo, se dio la devolución de resultados de los test aplicados. Al inicio de la sesión, la paciente denotó un estado de ánimo activo y colaborativo.

Posteriormente, se propuso a la paciente realizar una entrevista individual con su madre para completar apartados necesarios para la historia clínica, donde N.N no presentó objeciones y aceptó que se lleve a cabo sin problemas.

**1.2.1.2 Entrevista con la madre. Quinta entrevista con la madre.** Se realizó una entrevista de forma individual con la madre, a fin de obtener datos necesarios para

completar y contrastar información de la historia clínica de la paciente, aportando a su vez con un recorrido cronológico del crecimiento y desarrollo de N.N, desde eventos previos a la concepción hasta la actualidad, brindando una nueva perspectiva del desenvolvimiento en el ámbito escolar, social y personal de la adolescente. Aludiendo bajo rendimiento escolar y ausentismo en la paciente; además, de un estado de ánimo decaído. La madre de la paciente mostró confianza e implicación durante la sesión, demostrando preocupación por su hija.

Tras culminar las cinco sesiones se puede concluir que el principal problema clínico que se evidencia en las entrevistas son los síntomas de depresión que actualmente produce malestar en las distintas áreas del funcionamiento de la usuaria.

Con respecto a la evolución de la paciente entre sesiones, si bien durante la primera sesión se mostró con un humor deprimido, escaso contacto visual, nerviosismo y poca fluidez verbal; posteriormente, demostró mayor predisposición, mantuvo un diálogo fluido, menor nerviosismo y se mostró colaboradora.

**1.2.1.3 Observación clínica.** La observación es esencial en el diagnóstico, evaluación y tratamiento psicológico, contribuyendo en el estudio del comportamiento humano, ya que permite apreciar y analizar de manera flexible y adaptable las conductas y acciones perceptibles en un contexto determinado (Fernández-Ballesteros, 2013; Portell y Vives, 2019). En el presente caso se utilizó la observación durante todas las entrevistas, poniendo mayor énfasis en la primera y segunda sesión, a fin de realizar una valoración de las funciones mentales en conjunto con la entrevista, los resultados se detallan en la **tabla 1**:

**Tabla 1**

*Funciones mentales de la paciente*

<b>Función Mental</b>	<b>Descripción General</b>
<b>Consciencia</b>	Lúcida.
<b>Orientación</b>	Autopsíquica y alopsíquica sin alteración.
<b>Atención</b>	Focalizada.
<b>Pensamiento</b>	<b>-Curso:</b> normal

	<b>-Forma:</b> racional
	<b>-Contenido:</b> distorsiones cognitivas sobre sí misma y pensamientos de temor, culpa y deseo de hacerse daño a sí misma (autolíticos).
<b>Psicomotricidad</b>	Ligeros temblores al inicio de la sesión.
<b>Contacto visual</b>	Escaso contacto visual.
<b>Memoria</b>	Intacta.
<b>Senso-percepción</b>	No presenta alucinaciones.
<b>Lenguaje</b>	Organizado, tono bajo y bradilalia.
<b>Percepción</b>	Alteración en su autoimagen.
<b>Concentración</b>	Disminuida.
<b>Afectividad</b>	Decaimiento.
<b>Inteligencia</b>	Sin alteración.
<b>Voluntad</b>	Abulia.
<b>Hábitos</b>	<b>-Sueño:</b> insomnio precoz (horario de sueño irregular). <b>-Alimentación:</b> disminución del apetito.
<b>Juicio y Razonamiento</b>	Intacto.

---

Descripción: En la presente tabla se presentan las funciones mentales presentadas por la paciente.

**1.2.1.4 Instrumentos psicológicos aplicados.** Tomando en cuenta el motivo de consulta, antecedentes personales y la descripción de sintomatología de la paciente se decidió analizar las variables de depresión, ansiedad, autoestima, percepción corporal, habilidades sociales, evitación y malestar social, procediendo a aplicar los siguientes reactivos psicológicos durante la segunda y tercera sesión:

- ***Inventario de Depresión de Beck-II, BDI-II (Beck et al., 2006; Sanz et al., 2003):*** se administró en la segunda sesión de evaluación, el instrumento mide la presencia y severidad de depresión en adolescentes desde los 13 años y en adultos, tiene una duración entre 5 a 10 minutos, puede administrarse de forma individual y colectiva. Posee una adecuada fiabilidad, con un alfa de Cronbach de .87 y una adecuada validez convergente (Contreras-Valdez et al., 2015; Sanz et al., 2003). Consta de 21 ítems, el rango de puntuaciones va de 0 a 63 puntos dividido en cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

- **Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI (Spielberger et al., 1999; TEA, 1982):** se aplicó en la segunda sesión de evaluación, el objetivo del test es evaluar la ansiedad como estado y rasgo en adultos y adolescentes, tiene una duración aproximada de 10 minutos, puede administrarse de forma individual y colectiva. Posee una adecuada fiabilidad, con un alfa de Cronbach que oscila entre .89 y .91, además de una validez interna aceptable (Del Río Olvera et al., 2018). Consta de 40 ítems, 20 de la escala de estado y 20 de la escala de rasgo, en donde las puntuaciones se interpretan con baremos según el género y la edad (adolescentes o adultos).
- **Test de Frases Incompletas de Sacks-Adolescentes, FIS (Sacks y Levy, 1967):** es un test proyectivo que se administró en la segunda sesión de evaluación, cuyo fin es evaluar las cuatro áreas representativas de adaptación (familia, sexo, relaciones interpersonales y autoconcepto) en adolescentes desde los 14 años, tiene una duración entre 20 a 40 minutos, puede administrarse de forma individual y colectiva. Posee una adecuada fiabilidad, con un alfa de Cronbach de .71, presenta un nivel de consistencia interna y validez adecuada (del Río Olvera et al., 2018; Martínez-Yacelga y Sánchez-Vélez, 2017). Consta de 56 ítems, dividido en 4 áreas que a su vez se encuentra divididas en 15 actitudes, el examinador gradúa la perturbación de lo redactado para obtener el resultado.
- **Escala de Autoestima de Rosenberg, RSE (Rosenberg, 1965):** el instrumento se aplicó en la tercera sesión, mide el nivel de autoestima, entendida como un sentimiento de valía personal y respeto a sí mismo en adolescentes, adultos y adultos mayores, tiene una duración aproximada de 5 minutos, puede aplicarse de forma individual y colectiva. Consta de 10 ítems, en donde los puntos de corte son: autoestima alta (30 a 40 puntos), autoestima media (26 a 29 puntos) y autoestima baja (menos de 25). La escala presenta buenas propiedades psicométricas en adolescentes, siendo su fiabilidad de .80 y su validez es adecuada (Cava, 2011; Sánchez-Villena et al., 2021).

- **Escala de Evitación y Angustia Social, SADS (Watson y Friend, 1969):** escala que se administró en la tercera sesión de evaluación, mide desde un punto de vista subjetivo el grado de evitación y ansiedad social en adolescentes y adultos, tiene una duración entre 10 y 15 minutos, puede administrarse de forma individual y colectiva. Consta de 28 ítems, en donde la puntuación mínima es 0 y la máxima 28. La escala posee una adecuada fiabilidad, que oscila entre .73 y .77, y muestra una validez de constructo adecuada (Morán et al., 2019; Zubeidat et al., 2007).
- **Cuestionario de la Forma Corporal, BSQ (Cooper et al., 1987; Raich et al., 1996):** se administró en la tercera sesión de evaluación, mide la insatisfacción corporal, debido al peso y forma del cuerpo, se puede aplicar en adolescentes a partir de los 13 años y en adultos, tiene una duración entre 10 y 20 minutos. Consta de 34 ítems, en donde 20 ítems corresponden a insatisfacción corporal y 14 ítems son de preocupación por el peso; el puntaje total oscila entre 34 a 204 puntos. Posee una adecuada fiabilidad, con un alfa de Cronbach que oscila entre .92 y .95, además de mostrar una validez discriminante apropiada (Castrillón-Moreno et al., 2007; Franco-Paredes, 2018; Vázquez-Arévalo et al., 2011).
- **Escala de evaluación de habilidades sociales, EEHS (Goldstein et al., 1978; Tomás, 1995):** se administró en la tercera sesión de evaluación, determina las deficiencias y competencias en las habilidades sociales de adolescentes desde los 12 años y adultos, tiene una duración aproximada de 15 a 20 minutos, puede aplicarse de forma individual y colectiva. Consta de 50 ítems, en donde se pueden obtener los siguientes niveles de calificación: alto de 188 a 250 puntos, medio de 118 a 187 puntos, y bajo de 50 a 117. Posee una adecuada fiabilidad, con un alfa de Cronbach de .92 y su validez es aceptable (Morales-Rodríguez y Morales-Castillo, 2018; Tomás, 1995).

A continuación, en la **tabla 2** se detallan los resultados obtenidos por la paciente en la aplicación de los test:

Tabla 2

*Resultados de pruebas psicológicas aplicadas*

Instrumentos	Resultados
<b>Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)</b>	<p><b>Puntuación:</b> 31 puntos - depresión severa.</p> <p><b>Interpretación:</b></p> <p>Se evidencian síntomas de depresión severa, caracterizada por una alteración del estado de ánimo, pesimismo y sensación de fracaso. Manifiesta sentimientos de culpa la mayor parte del tiempo y necesidad de castigo. Presenta disconformidad consigo misma, y se desvaloriza, criticándose por todos sus errores; llora frecuentemente, tiene problemas de sueño y cambios en su apetito, siendo este menor de lo habitual.</p>
<b>Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)</b>	<p><b>Puntuación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Ansiedad Estado:</b> 38 puntos - alto</li> <li>-<b>Ansiedad Rasgo:</b> 45 puntos - alto.</li> </ul> <p><b>Interpretación:</b></p> <p>En la dimensión de ansiedad estado se evidencian síntomas de ansiedad por eventos del presente, sintiéndose angustiada, insatisfecha y preocupada. Además, manifiesta no sentirse nada alegre ni relajada actualmente; así mismo no se siente cómoda y no presenta confianza en sí misma.</p> <p>Con respecto a ansiedad rasgo se aprecian síntomas de ansiedad permanente, sintiéndose casi siempre triste, con ganas de llorar a menudo. Se preocupa demasiado por cosas que define como sin importancia. Viéndose afectada por desengaños, difíciles de olvidar. No presenta seguridad ni confianza en sí misma. Además, se percibe como una persona poco estable que no puede con las dificultades que se le presentan, sintiéndose tensa y agitada.</p>

**Test de Frases Incompletas  
de Sacks para adolescentes  
(FIS)**

**Puntuación e interpretación:**

**-Área de Autoconcepto:** 33 puntos - alto.

En esta área presenta mayor dificultad, pues N.N tiene miedo a expresarse con libertad, miedo a estar sola “nuevamente”; además presenta culpa debido a conflictos en su familia, situaciones del pasado y herir a los que quiere. Cabe resaltar que, la paciente explica que le gustaría ser otra: “alguien perfecta que no hace daño a otros”, pues se considera una persona inútil, inservible y que no debería existir.

**-Área Adaptativa Familiar:** 18 puntos – alto.

Siente que su familia no la escucha y no nota los esfuerzos que hace. Desearía que sus padres estuvieran orgullosos de ella y que su madre deje de presionarla y denigrar su esfuerzo.

**-Área de Relaciones Interpersonales:** 16 puntos - alto.

N.N presenta conflictos en esta área pues indica que “no tiene amigos”, además de sentir que todas las personas la prefieren lejos, y tiene miedo que se burlen de sus gustos, la denigren, critiquen o vean sus errores.

**-Área Sexual:** 5 puntos- bajo.

Presenta ideas distorsionadas sobre las relaciones, pues considera que las personas para ser agradables y gustarles a otras no deben tener fallos y deben ser perfectas (inteligentes, bonitas y de buen cuerpo).

**Interpretación cualitativa:**

En relación a los puntajes obtenidos y la interpretación realizada en cada área se concluye que N.N presenta conflictos emocionales significativos en las dimensiones de autoconcepto y adaptación familiar, en donde se destacan los temores a ser juzgada por sus gustos y a estar sola nuevamente, sentimientos de culpa por ser la responsable de las discusiones en casa y por percibir que a través de sus palabras “hiere a los demás”. La relación con su madre, se destaca por tener mayores conflictos debido a un posible historial de violencia en el pasado, mismo que le gustaría poder perdonar por completo.

**Escala de Autoestima de  
Rosenberg (RSE)**

**Puntuación:** 16 puntos - autoestima baja.

**Interpretación:**

Existen problemas significativos de autoestima.

**Escala de Evitación y  
Angustia Social (SADS)**

**Puntuación total:** 26 puntos – alto.

**-Evitación:** 13 puntos – alta.

**-Angustia Social:** 13 puntos – alta.

**Interpretación:**

Existe una elevada evitación y ansiedad social por parte de N.N, presentando pensamientos de evitación y malestar ante situaciones de interacción social, esto puede estar asociado a una fobia social.

**Cuestionario de la Forma  
Corporal (BSQ)**

**Puntuación total:** 173 puntos – alto.

**-Insatisfacción Corporal:** 99 puntos – alto.

**-Preocupación por el peso:** 74 puntos – alto.

**Interpretación:**

Presenta una mayor tendencia a padecer trastornos de la conducta alimentaria. Además, ha realizado conductas de riesgo como pellizcarse zonas del cuerpo para ver cuánta grasa presenta, llega a aislarse socialmente tanto de personas de su edad, como de personas mayores (padres, tutores, entre otros) por cuestiones relacionadas a su imagen corporal y evita llevar ropa que marque su figura.

Asimismo, se culpa con respecto a la ingesta de la comida pues ha pensado que su figura corporal se debe a una falta de autocontrol por su parte.

N.N no se sienten conforme con su figura, habiendo preferido haber tenido otro cuerpo, y llegando a llorar por la disconformidad con la misma. Sigue exageradamente las modas, modelos y medios de comunicación los cuales muestra siempre figuras esbeltas, lo que ha distorsionado su concepto de belleza.

Cabe mencionar que N.N no emplea el vómito o laxantes para reducir la insatisfacción corporal; sin embargo, eligió la opción raramente, lo que puede ser un comportamiento que si no se interviene eficazmente puede llevar a que lo utilice con mayor frecuencia desarrollando un trastorno alimenticio.

**Escala de Evaluación de  
Habilidades Sociales (EEHS)**

**Puntuación total:** 119 puntos – medio.

**Interpretación:** Nivel medio de habilidades sociales.

**-Primeras habilidades sociales:** 22 puntos – bajo.

Presenta un nivel bajo para iniciar una conversación y mantener relaciones interpersonales.

**-Habilidades sociales avanzadas:** 13 puntos – deficiente.

Existe deficiencia en la participación, le resulta difícil brindar ayuda y convencer a los demás.

**-Habilidades relacionadas con los sentimientos:** 19 puntos – bajo.

Presenta un nivel bajo para poder influir en los demás, se le dificulta expresar sus sentimientos.

**-Habilidades alternativas a la agresión:** 21 puntos – deficiente.

Tiene deficiencia con respecto al manejo de sus emociones, además no es una persona asertiva pues se le dificulta defender sus propios derechos ante los demás.

**-Habilidades para hacer frente al estrés:** 24 puntos – deficiente.

N.N es una persona que no presenta tolerancia a la frustración o un fracaso. Asimismo, le es complicado hacerles frente a las personas de un grupo. Lo que es un obstáculo para lograr desarrollar resiliencia.

**-Habilidades de planificación:** 20 puntos – deficiente.

Le resulta difícil plantear objetivos, organizarlos según la prioridad y hacerles frente a problemas cotidianos. De igual manera, no considera ser muy capaz de ignorar distracciones cuando empieza a realizar tareas.

---

Descripción: En la presente tabla se describen los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas.

En conclusión, los resultados más relevantes de N.N. evidencian un nivel de depresión severa, ansiedad de estado alto (eventos del presente) y ansiedad de rasgo alto (síntomas permanentes), refiere conflictos emocionales significativos en las dimensiones de autoconcepto y adaptación familiar; asimismo, presenta una autoestima baja, en donde resalta la insatisfacción corporal y preocupación por su peso, manifiesta a su vez un elevado nivel de evitación y angustia social relacionado a las escasas habilidades sociales que presenta, especialmente en el área de habilidades sociales avanzadas, alternativas a la agresión, hacer frente al estrés y de planificación.

### 1.3 Diagnóstico

Una vez realizado el proceso de evaluación del caso se consideraron los criterios expuestos en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).

#### 1.3.1 Diagnóstico presuntivo

El diagnóstico presuntivo hace referencia a posibles diagnósticos hipotéticos basados en los datos recogidos en la anamnesis, test aplicados y posibles causas de malestar, que cuentan con un fundamento teórico y tiene como finalidad llegar a un diagnóstico definitivo (Guerra et al., 2017; Méndez y González, 2020). En base a las hipótesis establecidas para explicar la sintomatología de la paciente se establecieron los siguientes diagnósticos presuntivos:

- **F40. Trastorno de ansiedad:** presenta miedo y ansiedad ante ciertas situaciones sociales, temiendo que la valoren negativamente especialmente en el ámbito académico. Además, tiene dificultad para participar y exponer en clases.
- **F50. Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos:** N.N refiere miedo a ganar peso, indicando que se siente “gorda” a pesar de que su familia considera que ha perdido peso.
- **F45.Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado:** la paciente a pesar de su contextura ectomorfa presenta preocupación por su peso, comparando su aspecto con otros, especialmente en redes sociales.
- **F33. Trastorno depresivo:** N.N presenta un estado de ánimo deprimido gran parte del día, lo que a su vez afecta su funcionamiento en áreas importantes de su vida, principalmente la académica. Refiere en su diálogo pensamientos distorsionados relacionados a inutilidad y culpa que la llevan a realizar conductas autolesivas y presentar ideación suicida.

#### 1.3.2 Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial alude al proceso en donde el profesional consigue identificar los trastornos o síndromes del paciente que no cumplen con los criterios

requeridos para establecer el diagnóstico definitivo o correcto (Fernández-Jaén et al., 2018; García-Franco et al., 2019). Dentro del Manual de Diagnóstico Diferencial del DSM-5 se deben seguir una serie de pasos para llegar al diagnóstico final de la paciente, entre ellos se encuentra: 1) descartar la simulación y el trastorno facticio; 2) descartar etiología relacionada con la sustancia; 3) descartar una afección médica etiológica; 4) determinar el o los trastornos primarios específicos; 5) diferenciar el trastorno de adaptación de los cuadros no especificados y otros cuadros especificados y 6) establecer el límite con la ausencia del trastorno mental. Este proceso se puede desarrollar mediante un árbol de decisiones (First, 2017).

Por lo tanto, siguiendo los pasos descritos anteriormente, en primer lugar se descarta la *simulación y el trastorno facticio*, pues en el caso de N.N su sintomatología es congruente y genuina, no hay cambios radicales entre sesiones; así mismo, no existe un incentivo o recompensa externa.

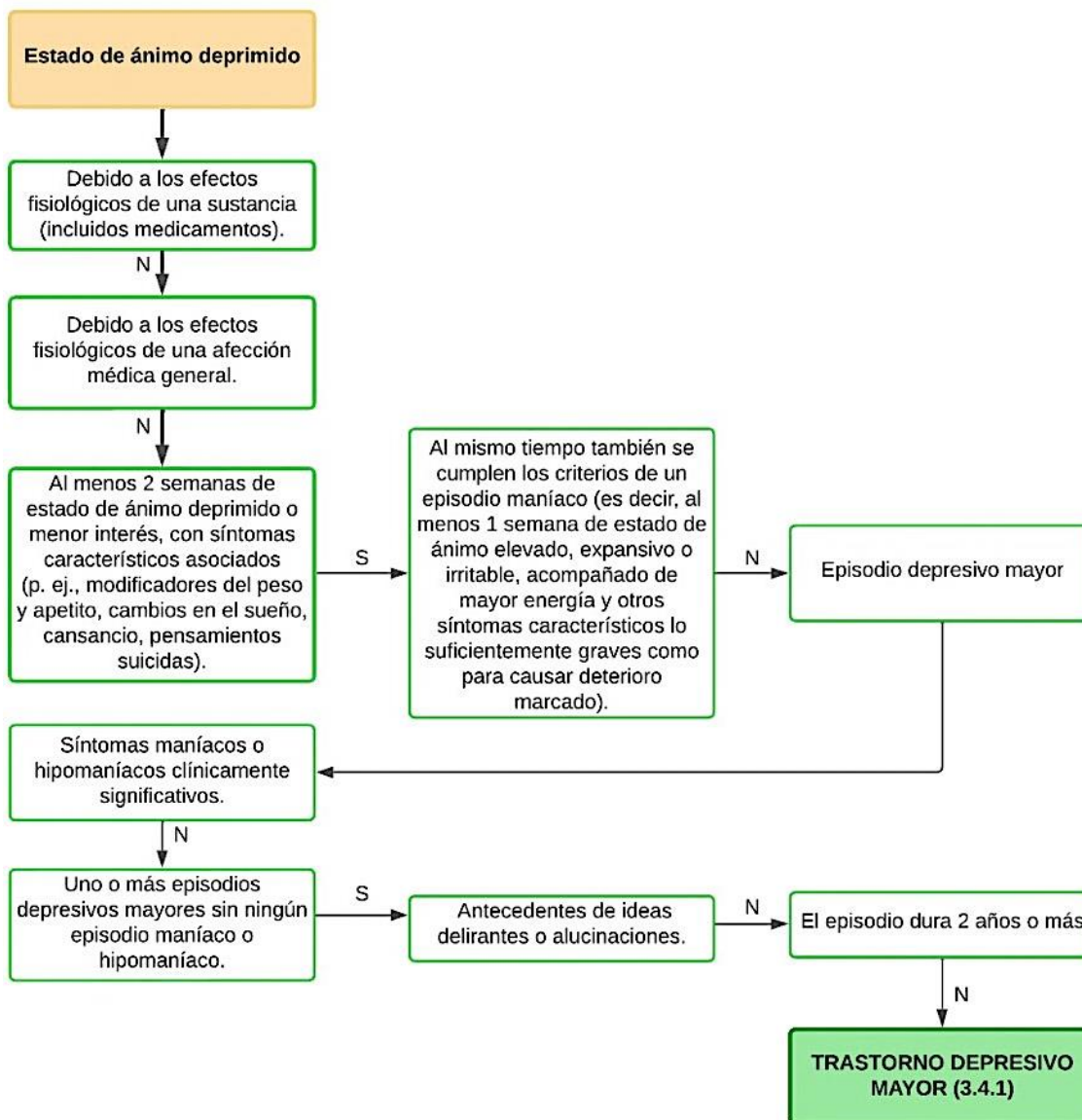
Posteriormente, siguiendo el paso dos se descarta la *etiología relacionada con sustancias*, debido a que la paciente no presenta consumo de sustancias psicoactivas ni de medicamentos; de igual forma, en el paso tres se excluye un *trastorno debido a una afección médica general*, pues en base a la historia clínica y antecedentes médicos, N.N no refiere ninguna patología orgánica.

Seguidamente, en el cuarto paso se descartan los *trastornos mentales primarios específicos* mediante el árbol de decisiones propuesto por First (2017), en donde se consideró el **estado de ánimo deprimido** como punto central de decisión, excluyendo de esta manera: ***Trastorno Depresivo inducido por sustancias/medicamentos***, pues como se mencionó anteriormente, N.N no presenta consumo de los mismos; ***Trastorno debido a otra afección médica***, dado que, la paciente no padece una afección médica; ***Trastorno Bipolar I y II***, ya que en N.N no han existido episodios maníacos o hipomaníacos; ***Trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico***, pues N.N no ha presentado síntomas psicóticos durante los episodios depresivos; y finalmente, se descarta el ***Trastorno Depresivo Persistente***, pues el estado de ánimo deprimido no ha tenido una duración de 2

años. De esta manera, se ha llegado al diagnóstico final de Trastorno Depresivo Mayor, en la figura 2 se presenta de manera sintetizada el árbol de decisiones utilizado.

**Figura 3**

*Árbol de decisión para el estado de ánimo deprimido*



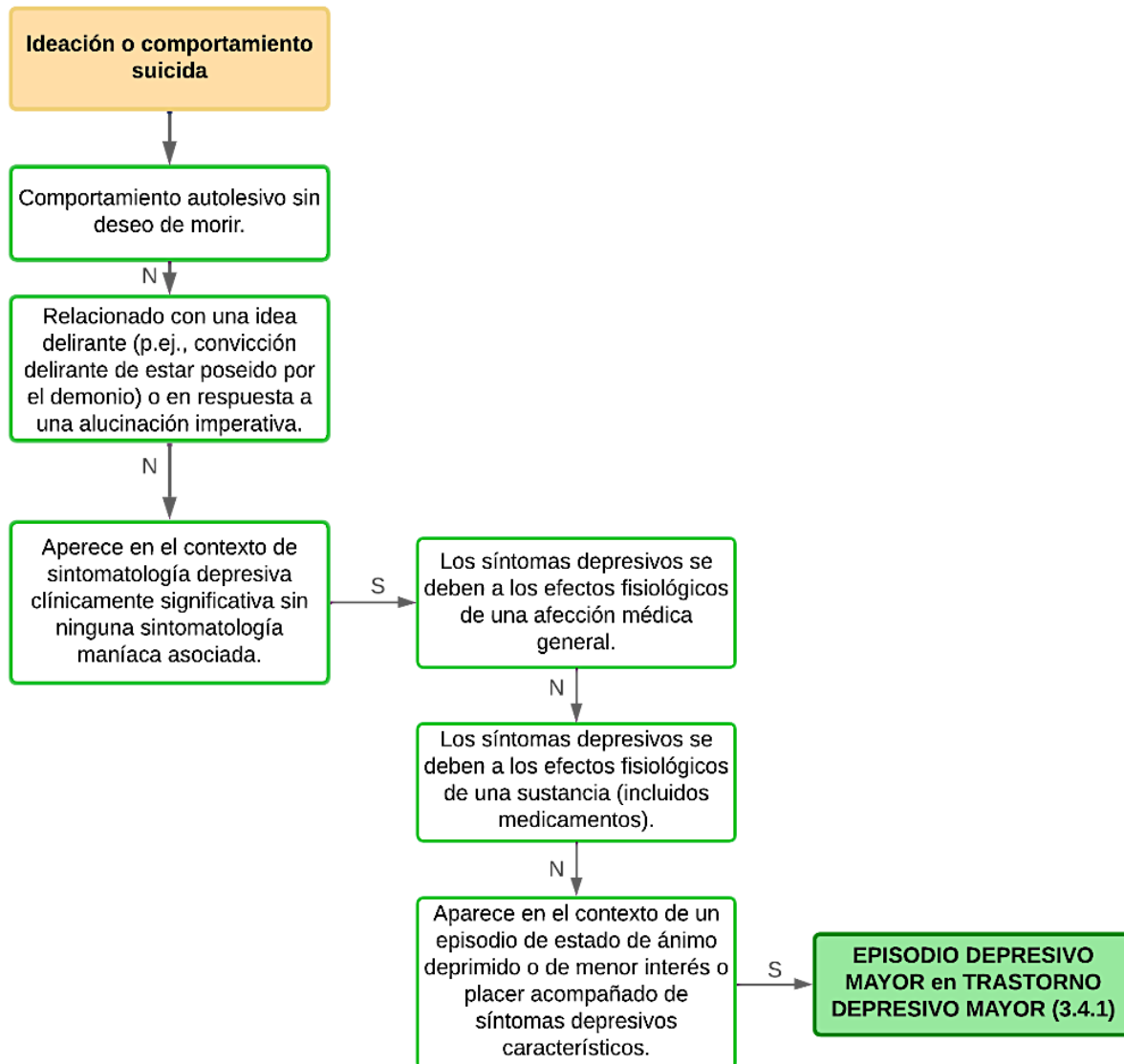
Descripción: Árbol de decisión del estado de ánimo deprimido.

Asimismo, tomando en cuenta la sintomatología de la paciente se consideraron otros trastornos que fueron descartados debido a que en base al árbol de decisiones y tras analizar los criterios de cada uno de los trastornos no fueron suficientes para ser utilizados en el diagnóstico definitivo de N.N, entre ellos están: árbol de decisión para la **ideación o comportamiento suicida** (figura 3); árbol para la **ansiedad** (figura 4), y árbol para los

**cambios del apetito o la conducta alimentaria inusual** (figura 5). Para una mejor comprensión, se realizaron tablas para descartar el Trastorno de ansiedad social (fobia social) (tabla 3); Trastorno dismórfico corporal (tabla 4), y Anorexia nerviosa - tipo restrictivo (tabla 5).

**Figura 4**

*Árbol de decisión para ideación suicida o el comportamiento suicida*



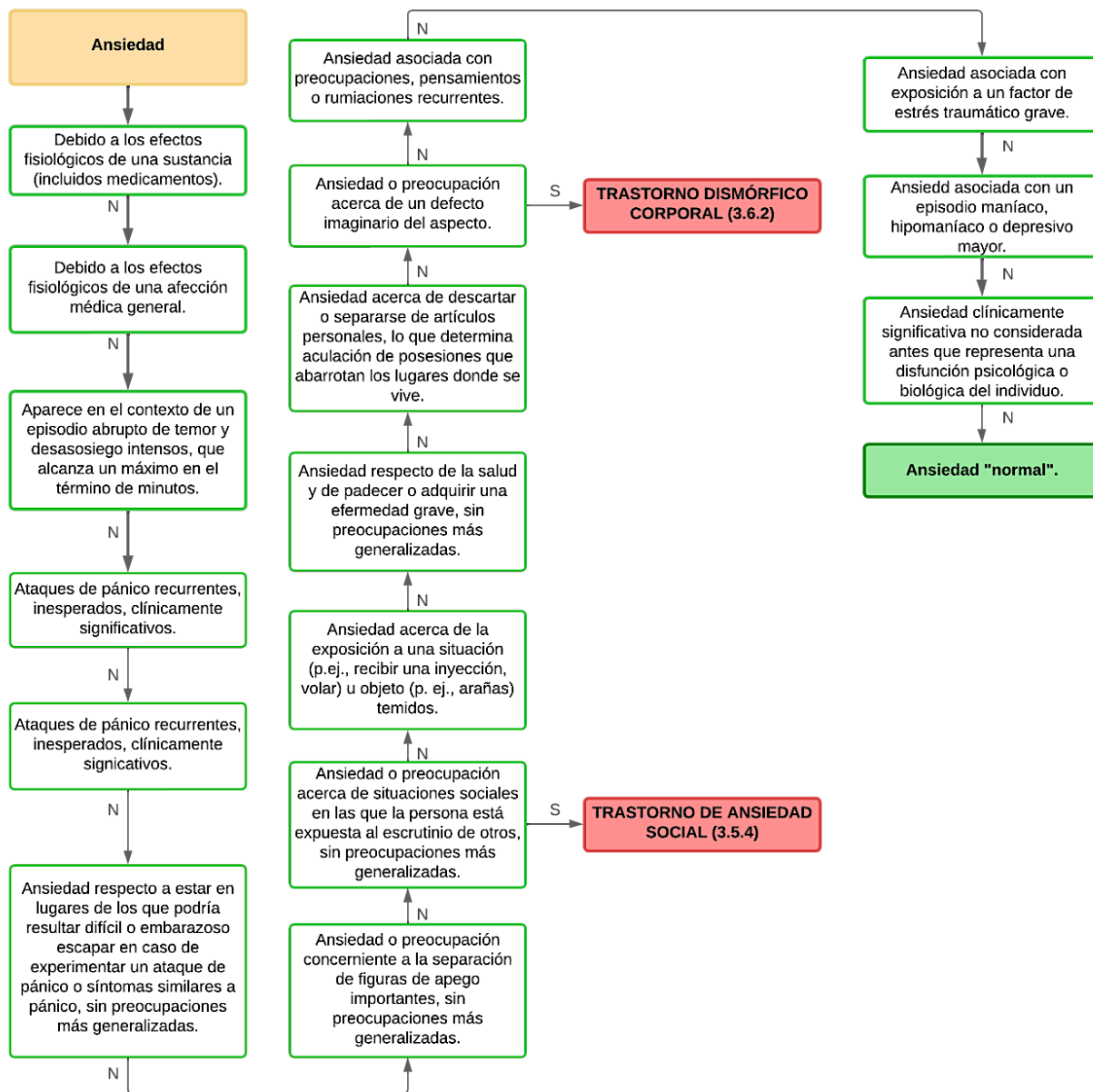
Descripción: Árbol de decisión para la ideación suicida o el comportamiento suicida.

Con respecto a la ideación o comportamiento suicida (figura 3), en N.N se puede determinar que los pensamientos aparecen en el contexto de un episodio depresivo; así mismo, analizando los pensamientos de la adolescente se puede afirmar que los mismos se

manifiestan de forma poco recurrente, sin un sentido de urgencia, ni ha formulado planes definitivos, definiéndose como pensamientos suicidas pasivos.

**Figura 5**

Árbol de decisión para la ansiedad



Descripción: Árbol de decisión para la ansiedad.

En base al árbol de decisión para la ansiedad (figura 4) se puede observar que al analizar la sintomatología de la adolescente se llega a una ansiedad normal considerando que el grado de malestar o deterioro general no es lo suficientemente intenso como para diagnosticar con seguridad una fobia social o algún trastorno de ansiedad. A continuación,

se detalla los criterios ausentes de los trastorno de ansiedad social (fobia social), y, también del trastorno dismórfico corporal, mediante las siguientes tablas:

**Tabla 3**

*Trastorno de ansiedad social (fobia social)*

<b>Hipótesis diagnóstica</b>	<b>Criterios diagnósticos ausentes</b>	<b>Sintomatología de la paciente</b>
<b>F40.10</b> <b>Trastorno de</b> <b>ansiedad</b> <b>social</b> <b>(fobia social).</b>	A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).	No aplica, en el caso de N.N se descarta, pues el miedo y la ansiedad no son intensas, no experimenta crisis de pánico ni tampoco presenta ansiedad anticipatoria; tampoco existe fracaso al momento de exponer en clases, al principio presenta ansiedad pero concluye con la actividad.
	C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.	No aplica, pues N.N se pone ansiosa de vez en cuando ante situaciones sociales, sobre todo en situaciones específicas, en donde existe un antecedente puntual y válido (exposiciones en la clase del profesor con el que existen conflictos previos).
	D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.	No aplica, dado que, en la paciente no existe negativa de asistir a clases, más bien tiende a faltar en una asignatura en particular debido a que piensa "el no profesor no valora mi esfuerzo".
	E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.	No aplica, en el caso de N.N se descarta, pues el miedo y la ansiedad no tienen una connotación excesiva ante las situaciones sociales.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.	No aplica, el miedo y ansiedad no son persistentes en N.N. Se dan de forma esporádica ante situaciones específicas (exponer en clases).
G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	No aplica, dado que a pesar de que la sintomatología pueda limitar su accionar en algunos casos, la adolescente logra cumplir con las actividades escolares o de interacción social, por lo que no causa malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento. Por lo tanto, la ansiedad no resulta incapacitante en su vida académica ni personal.
I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.	No aplica, a pesar de que N.N si tiene miedo a ser evaluada negativamente por otras personas, la ansiedad no es intensa, tampoco se resiste a evitar las situaciones sociales, y no ha presentado crisis de pánico.

*Diagnóstico descartado*

No cumple con el número de criterios necesarios para su diagnóstico.

Descripción: Explicación de los criterios que no cumple dentro del diagnóstico diferencial.

**Tabla 4**

*Trastorno dismórfico corporal*

<b>Hipótesis diagnóstica</b>	<b>Criterios diagnósticos ausentes</b>	<b>Sintomatología de la paciente</b>
<b>F45.22</b> <b>Trastorno dismórfico corporal.</b>	A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.	No aplica, pues a pesar de que existe preocupación en la paciente por su peso, considerándolo una imperfección, las mismas no se consideran molestas al no consumir mayor tiempo de su

atención, siendo capaz de controlarlas.

C. La preocupación causa malestar No aplica, pues la preocupación clínicamente significativo o deterioro en lo no es recurrente en N.N por lo social, laboral u otras áreas importantes del que no existe malestar funcionamiento. clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes de su funcionamiento.

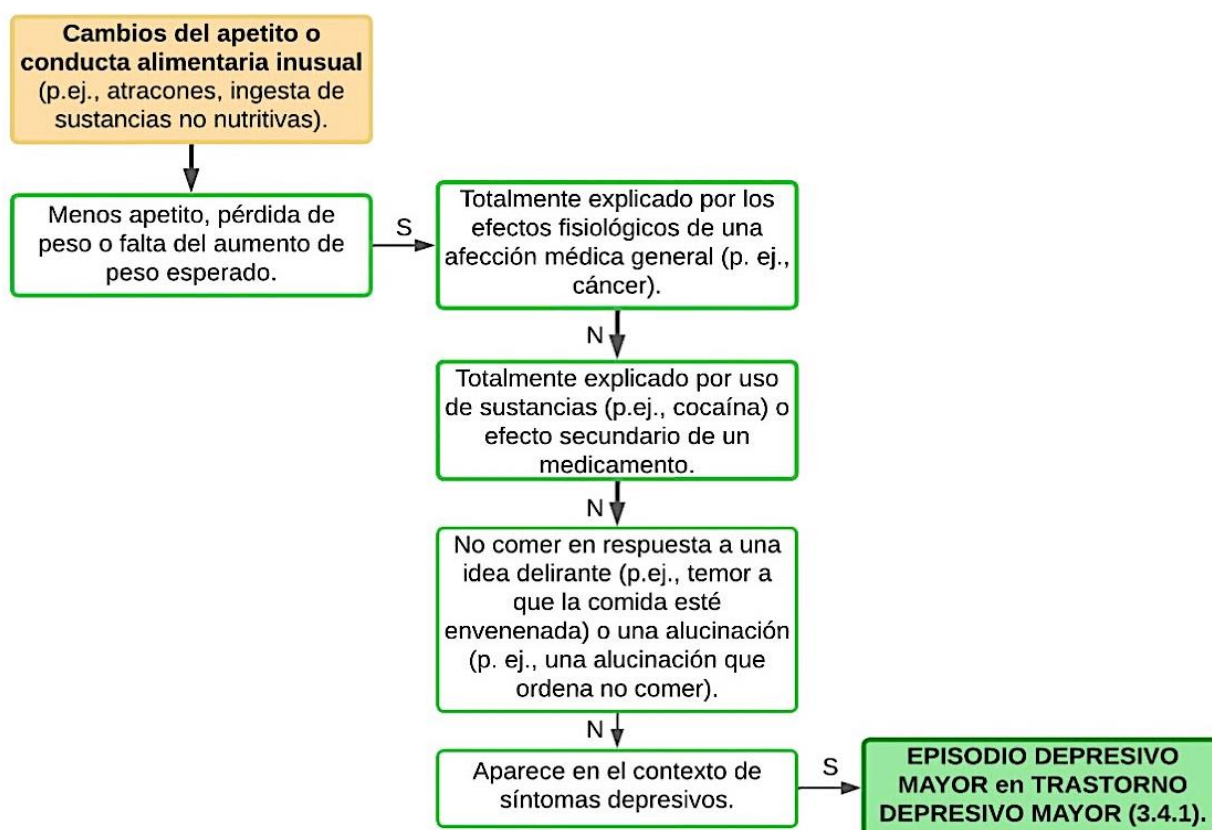
#### Diagnóstico descartado

No cumple con el número de criterios necesarios para su diagnóstico.

Descripción: Se detallan los criterios por los cuales se da el diagnóstico.

**Figura 6**

Árbol de decisión para los cambios del apetito o la conducta alimentaria inusual



Descripción: Árbol de decisión para los cambios del apetito o la conducta alimentaria inusual.

Referente a los cambios del apetito o la conducta alimentaria inusual en la adolescente, al seguir el árbol de decisión se llega a la conclusión de que en N.N los síntomas de pérdida de peso y menor apetito aparecen en el contexto durante los

episodios de depresión, tomando en consideración además que la paciente no presenta un deseo de pérdida de peso, ni refiere realizar dietas o conductas compensatorias.

**Tabla 5**

*Anorexia nerviosa-tipo restrictivo*

<b>Hipótesis diagnóstica</b>	<b>Criterios diagnósticos ausentes</b>	<b>Sintomatología de la paciente</b>
<b>F50.01 Anorexia nerviosa - tipo restrictivo.</b>	A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.	No aplica, pues la adolescente no refiere una restricción en la ingesta energética en base a sus necesidades, no realiza dietas, ayuno o ejercicio excesivo, ni usa laxantes, por lo que se descarta dicho diagnóstico.
	C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.	No aplica, N.N refiere una constitución ectomorfa de la que es consciente, no obstante, estas ideas aparecen esporádicamente durante los episodios depresivos.
<i>Diagnóstico descartado</i>		
No cumple con el número de criterios necesarios para su diagnóstico.		

Descripción: Se detallan los criterios por los cuales se da el diagnóstico.

Posteriormente, en el quinto paso se descarta un *trastorno de adaptación* dado que los síntomas no son una respuesta inadaptada a un factor de estrés psicosocial, rechazando además las dos categorías residuales: *otro trastorno residual especificado o trastorno no especificado*, debido a que la paciente cumple con los criterios diagnósticos requeridos para un *Trastorno Depresivo Mayor (F32)*.

Finalmente, dentro del sexto paso se rechazó que el caso sea una condición normal, dado que mediante el juicio clínico se puede apreciar que el deterioro que ha desarrollado la sintomatología depresiva en el funcionamiento a nivel social, familiar y académico es

clínicamente significativo, cumpliendo con los criterios necesarios en el manual DSM-5 para el *Trastorno Depresivo Mayor (F32)*.

### **1.3.3 Diagnóstico final**

El diagnóstico final es una de las tareas a desempeñar en el proceso psicológico, en base al soporte clínico sobre el trastorno o síndrome se llegará a un diagnóstico definitivo, para ello es necesario que el profesional comprenda en profundidad los comportamientos problemáticos, sus características diagnósticas, etiología, prevalencia, desarrollo y curso, factores de riesgo y pronóstico; además, se debe considerar posibles relaciones con otros problemas de tal manera que el diagnóstico sea fiable (Fernández-Ballesteros, 2013; Méndez y González, 2020). Es de suma importancia realizar un diagnóstico final o definitivo certero, pues de ello depende la elección del tratamiento y a su vez la mejora del paciente, en el presente caso se concluye que la paciente presenta:

- **F33.1 Trastorno de depresión mayor con episodios recurrentes - moderado.**

En base a la información referida por N.N y su madre, la paciente cumple con los criterios requeridos dentro del DSM-5 para el diagnóstico de Trastorno de Depresión Mayor, dado que durante un periodo de 2 semanas ha presentado un cambio en el funcionamiento manifestado por un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, siendo esta una de las características fundamentales que debe estar presente para el diagnóstico, a su vez, tiene una pérdida importante de peso sin hacer dieta e insomnio precoz, lo que ha disminuido su capacidad para pensar y concentrarse; además, indica sentimientos de inutilidad y culpa excesiva, presentando pensamientos de muerte sin un plan determinado. Así mismo, los síntomas le causan malestar clínicamente significativo y deterioro en áreas importantes de su vida, los episodios no se atribuyen a efectos de una sustancia u otra afección médica y nunca ha mostrado episodios maníacos o hipomaníacos.

Los comportamientos señalados anteriormente cumplen con los criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor con episodios recurrentes – moderado, de acuerdo a las clasificaciones diagnósticas actuales del DSM-5, por ello se lo indica como diagnóstico final. De igual manera, estos criterios se pueden reflejar en las respuestas al

Inventario de Depresión de Beck-II (Apéndice A); no obstante, a pesar de que la puntuación muestra una interpretación de depresión severa, en base al juicio clínico, las características e intensidad de los síntomas, no se lo considera dentro de esta categoría, pues la intensidad de los síntomas de N.N no causan gran malestar y son manejables.

## Capítulo dos

### Metodología

#### 2.1 Tratamiento/Intervención

Para el abordaje de este caso se llevó a cabo un tratamiento con enfoque integrativo, considerando la Terapia Cognitivo-Conductual, Psicoterapia Gestáltica combinada con técnicas de Tercera Generación como la Terapia de Aceptación y Compromiso y Terapia Breve Centrada en Soluciones.

La intervención se realizó en 8 sesiones con una duración aproximada de una hora semanal mediante modalidad virtual por motivos de la pandemia por la Covid-19; al culminar el tratamiento se efectuaron dos sesiones de seguimiento, la primera se realizó tras un mes de haber finalizado la intervención y la segunda después de tres meses, ambas sesiones tuvieron una duración de una hora y se realizaron de forma virtual.

##### 2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

###### 2.1.1.1. **Objetivo General.**

Disminuir la sintomatología depresiva mediante el desarrollo de un repertorio cognitivo y conductual que permita enfrentarse a las demandas del diario vivir.

###### 2.1.1.2. **Objetivos Específicos.**

- Generar alternativas cognitivas funcionales y de mayor adaptabilidad.
- Potenciar un pensamiento más flexible consigo misma mediante la autocompasión.
- Fortalecer la autoestima, autocompasión y aceptación en la paciente.
- Fomentar un nuevo enfoque acerca de los acontecimientos del pasado, descubriendo las cualidades y recursos con los que cuenta.
- Potenciar las habilidades sociales en la paciente mediante el entrenamiento en iniciar y mantener una conversación, responder a una crítica y rechazar peticiones no deseadas.

### 2.1.2 Plan de tratamiento/intervención

A continuación, en la **tabla 3** se detallan los objetivos y las técnicas del plan de tratamiento implementado en el caso de la paciente N.N.

**Tabla 6**

*Plan de tratamiento/intervención*

SESIÓN	OBJETIVO	TÉCNICA	OBSERVACIÓN
1	Aumentar la consciencia de los pensamientos negativos (distorsiones cognitivas).	-Psicoeducación ( <i>pensamientos distorsionados</i> ). -Técnica registro de pensamiento.	Como tareas para casa se enviaron: -Registro de pensamiento -La campaña de publicidad.
2	Cuestionar los pensamientos negativos y disfuncionales.	-Técnica registro de pensamiento <i>-continuación</i> . -Cuestionamiento socrático.	Se llevó a cabo sin problema. -Registro de pensamiento con respuesta alternativa.
3	Ayudar a la paciente a focalizar su atención en la solución del conflicto.	-Técnica de respiración. -Pregunta del milagro.	Como tareas para casa se enviaron: -Poner en práctica 2 acciones obtenidas en base a la pregunta del milagro. N.N. pudo cumplir sin problema.
4	Generar mayor sensación de controlabilidad y eficacia personal.	-Psicoeducación ( <i>mitos del amor romántico e ideales de belleza</i> ). -Técnica de la parada de pensamientos automáticos.	Como tareas para casa se enviaron: -Collage de los sueños. -Continuar con las acciones de la pregunta del milagro. La paciente no pudo realizar una de las acciones debido a que se encontraba resfriada.
5	-Aumentar su autoestima y modificar el lenguaje utilizado para referirse a sí misma mediante un diálogo interno autocompasivo.	-Psicoeducación ( <i>autoestima, autoconcepto, autoaceptación y autocompasión</i> ). - Diario de Autocompasión.	Como tareas para casa se enviaron: -Carta a una persona muy querida. -Continuar con las acciones de la pregunta milagro.

			Se pudieron cumplir sin problema.
6	-Resaltar la importancia del diálogo interno y autocuidado.	-Psicoeducación (importancia diálogo interno y autocuidado). - Técnica de Fototerapia.	La técnica de la foto-terapia ayudó a plantear la técnica del niño interior, misma que se continuó en la siguiente sesión. Como tareas para casa se enviaron: -El matra. -Post-it para uno mismo. Las tareas se pudieron cumplir sin problema.
7	-Dar un nuevo enfoque a los acontecimientos del pasado, descubriendo cualidades y recursos con los que cuenta. - Entrenar en habilidades sociales que permita relacionarse de forma adecuada con los pares.	-Técnica de "sanación del niño interior". -Psicoeducación ( <i>importancia de habilidades sociales y la asertividad</i> ). -Paquete de técnicas para el entrenamiento de las Habilidades Sociales. -Técnica del rechazo de "peros".	Como tarea para casa se envió: -Continuar con el ensayo y entrenamiento de actividades sociales en base a lo aprendido. Lo que se cumplió eficazmente.
8	-Evaluar indicadores post-tratamiento de síntomas de depresión y ansiedad. -Prevenir recaídas.	-Psicoeducación ( <i>importancia del proceso, caídas y recaídas</i> ). -Retroalimentación de las técnicas aprendidas. -Aplicación de test psicológicos (post-tratamiento): BDI-II, RSE y STAI. -Rituales: Carta testimonio y entrega de certificado terapéutico.	Como ritual final se envió la tarea de: -Elegir un "souvenir".

---

Descripción: En la presente tabla se describe el plan de tratamiento aplicado a la paciente.

### **2.1.2.1. Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.**

**Sesión 1:** durante esta sesión la terapeuta aplicó dos técnicas, y se enviaron dos tareas a casa, que fueron explicadas por la co-terapeuta.

- **Psicoeducación:** es una herramienta imprescindible en todo proceso terapéutico, en donde se fomenta un cambio en la percepción del paciente al situarlo en un rol activo mediante la facilitación de información acerca de temas relevantes de su caso, a fin de mejorar y afianzar sus conocimientos, a la vez que favorece la adherencia al tratamiento y reduce las posibles recaídas (Godoy et al., 2020; Tena-Hernández, 2020). En la primera sesión de tratamiento la psicoeducación estuvo enfocada en que la paciente comprenda cómo los pensamientos distorsionados contribuyen al malestar y acentúan los síntomas; esta técnica permitió que N.N reconozca sus pensamientos distorsionados en relación al perfeccionismo “sería feliz si fuera perfecta”, sobregeneralización “siento que todos me odian” y etiquetas globales “que fea que soy, soy inútil, soy un error y un estorbo”. N.N presentó una actitud participativa, comprendiendo la información brindada, especialmente, cuando se utilizaron situaciones cotidianas para ejemplificar.
- **Técnica de autorregistro de pensamientos - ABCDE (Terapia Cognitiva-Conductual - Ellis, 1957):** es una técnica cognitiva que se utiliza para identificar la relación entre un acontecimiento activador (A), un pensamiento distorsionado (B) y consecuencias emocionales, conductuales y/o respuestas corporales (C), con el propósito de crear un auto-debate y refutar las creencias (D), llegando de esta forma a un nuevo pensamiento racional (E) (Lega et al., 2017; Pérez-Acosta et al., 2008; Ruiz-Fernández et al., 2012). Durante la sesión, se explicó la tabla de autorregistro mediante ejemplos; posteriormente, en conjunto con la paciente se rellenó la información con sus pensamientos distorsionados, el propósito fue aumentar la consciencia sobre estos pensamientos en N.N, aprendiendo a detectarlos y enfrentarlos cuando aparezcan, especialmente dentro del ámbito personal y escolar.

- **Tarea 1: registro de pensamiento distorsionado (Terapia Cognitiva-Conductual):** se solicitó a N.N realizar un autorregistro de pensamientos utilizando el modelo ABCDE explicado en la sesión, la paciente logró identificar durante toda la semana sus pensamientos distorsionados (“lo voy a perder y estaré sola de nuevo, no quiero ocasionar más problemas, simplemente morir”), la situación que los desencadena y las consecuencias a nivel emocional y conductual, tarea que fue analizada en la siguiente sesión.
- **Tarea 2: la campaña de publicidad (Terapia Breve Centrada en Soluciones):** se pidió a N.N que realice una “campaña publicitaria” para sí misma, que consiste en realizar acciones o tareas en el hogar que puedan sorprender a los miembros de la familia, no obstante, lo que haga tiene que mantenerlo en secreto; la tarea se inspiró en la terapia narrativa de Michael White (White y Epston, 1980). Las acciones a realizar deben tener un significado fuera de lo habitual para sorprender a la familia, además de estar dentro de su alcance y estar dispuesta a realizarla (Beyebach y Herrero de Vega, 2016; Fisch et al., 1984).

Durante la primera sesión terapéutica la paciente mostró un estado de ánimo adecuado, su actitud fue colaboradora, tuvo mayor confianza con la terapeuta y co-terapeuta al mencionar sus dudas sobre lo explicado; además, presentó una adecuada atención y comprensión durante la psicoeducación y aplicación de las técnicas, no obstante, debido al tiempo se decidió continuar con los aspectos que faltaron profundizar en la siguiente sesión.

**Sesión 2:** durante esta sesión se continuó con la aplicación de la técnica abordada en la semana anterior por la terapeuta, y se envió una tarea a casa explicada por la co-terapeuta.

- **Técnica de autorregistro de pensamientos (Terapia Cognitiva-Conductual):** como se citó anteriormente la presente técnica permite modificar los esquemas de pensamiento a partir del cuestionamiento de los mismos; durante la sesión se continuó con la aplicación de la técnica de autorregistro y se revisó la tarea en casa. Posteriormente se procedió a cuestionar las ideas de soledad y culpa dentro de su

relación de pareja, logrando que aprenda a enfrentar los pensamientos que le causan malestar.

- ***Cuestionamiento Socrático (Terapia Cognitiva-Conductual)***: es uno de los procedimientos más genuinos y relevantes de la TREC, utiliza argumentos empíricos, lógicos y pragmáticos a fin de modificar las cogniciones distorsionadas ya que permite discutir y debatir a través de preguntas abiertas dirigidas a comprobar los pensamientos distorsionados que aparecen (García, 2019; Ruiz-Fernández et al., 2012).

En base a lo socializado anteriormente (autorregistro de pensamientos) se plantearon a la adolescente cuatro preguntas para enjuiciar los pensamientos distorsionados, estas fueron: ¿cuál es la evidencia?, ¿qué puntos de vista alternativos existen?, ¿estoy cometiendo algún error (sesgo) de pensamiento? y ¿de qué me sirve tener esa creencia?; se buscó desarrollar en N.N el cuestionamiento de los pensamientos enfocados en sí misma, sus pares y su familia, donde se presentaban ideas de perfeccionismo, sobregeneralización, descalificación del yo, minimización de lo positivo y catastrofismo, esta última parte de la técnica tuvo un nivel medio de eficacia en la adolescente, pues existía cierta confusión en los primeros intentos de realizar el debate, tras la aclaración de la técnica se mejoró la percepción de la paciente y la forma de cuestionar sus pensamientos.

- ***Tarea 1: registro de pensamiento con respuesta alternativa (Terapia Cognitiva-Conductual)***: se envió seguir con el registro de pensamientos durante la semana, pero aumentando el componente de pensamientos alternativos, mismos que se lograrán descubrir mediante las preguntas del cuestionamiento socrático; el propósito de esta la tarea para casa es poner en práctica lo aprendido y obtener un cambio en sus paradigmas personales y, paulatinamente, alcanzar un nuevo efecto emotivo y conductual (Ellis et al., 1981; Pérez-Acosta et al., 2008).

En la presente sesión se prosiguió con la aplicación de las técnicas descritas anteriormente, debido a que el contenido no se pudo completar en su totalidad en la primera

sesión. La adolescente presta atención a las técnicas y se muestra colaboradora, al finalizar se puede evidenciar que existe una mejor comprensión por su parte, en especial en lo que respecta a modificar los pensamientos distorsionados por respuestas alternativas más adaptativas y realistas, siendo una sesión efectiva dentro del plan terapéutico, pues la paciente mostró mayor destreza en el cuestionamiento de los pensamientos negativos, especialmente los enfocados en el ámbito académico, cambiando ideas catastróficas como “lo voy a hacer mal” por “lo intentaré y haré mi mayor esfuerzo”.

Al finalizar la sesión se pudo evidenciar que las técnicas empleadas tuvieron un resultado efectivo en la paciente, pues se logró que N.N comprenda la forma de autocuestionar sus pensamientos que le generan malestar y limitan su vida; especialmente, en relación al ámbito escolar y social. En cuanto a las tareas para casa N.N demostró implicación al cumplirlas.

**Sesión 3:** la presente sesión tuvo como finalidad replantear los objetivos terapéuticos de la usuaria, por ello la terapeuta empleó dos técnicas y se envió una tarea a casa que fue explicada por la co-terapeuta.

- **Técnica de respiración (Técnica Cognitiva-Conductual):** previamente a la ejecución de la pregunta del milagro se utilizó una técnica de respiración a fin de explicar cómo en las situaciones de malestar juega un papel primordial en la tensión, misma que puede reducirse mediante la relajación, es así como se realizó el entrenamiento de respiración que consiste en cerrar los ojos y seguir las instrucciones del terapeuta, en donde la respiración se alterna entre inspiración y exhalación durante dos o tres minutos alternando entre pausas y respiración (Labrador et al., 1995; Rodríguez et al., 2018). Para lograr un mejor resultado se vinculó el ejercicio con la visualización de una imagen mental relajante, realizando un recorrido visual a través de una escena que integraba elementos sensoriales y afectivos (Rodríguez et al., 2018). El ejercicio de respiración y visualización consiguió un resultado satisfactorio, pues permitió que la paciente por ese momento se enfoque

en el presente, en su respiración y sensaciones corporales, facilitando así la aplicación de la siguiente técnica.

- **Pregunta del milagro (Terapia Breve Centrada en Soluciones, De Shazer, 1988):** es una técnica de la TBCS que pretende identificar lo que se desea conseguir, y a partir de ello, trabajar en la adaptación a las situaciones, fomentando el autocontrol y la responsabilidad, reduciendo la conducta problema al convertir a la paciente en la encargada de su propio cambio (Beyebach y Herrero de Vega, 2016; Torres de Lamadrid y Fernández-Solís, 2019). La aplicación de la pregunta milagro permitió redirigir los objetivos terapéuticos y lograr la autoaceptación en N.N, sobre lo que para ella era valioso alcanzar, deseando obtener una mejor relación con su hermana y abuela, participar en clases, ser más sociable y mejorar la autoafirmación personal. En esta técnica se obtuvo un resultado eficaz, pues la paciente tomó mayor conciencia de lo que deseaba cambiar y sus objetivos a seguir.
- **Tarea 1: realizar 2 acciones descubiertas en la pregunta del milagro:** se consensuó durante la sesión las acciones que la paciente comenzaría a ejecutar durante la semana, estas fueron: participar activamente en una clase de su elección y saludar a una persona desconocida, eligiendo a su vecina, a fin de fortalecer en la paciente su inserción en el medio y mejorar sus habilidades sociales.

N.N se mostró más receptiva y participativa en el transcurso de la sesión, brindando información valiosa sobre sus objetivos. En conclusión, los resultados de la presente sesión fueron satisfactorios, permitiendo que la paciente se visualice de manera práctica en el aquí y en el ahora, considerando lo que desea lograr con la intervención terapéutica, obteniendo una mayor predisposición a las sesiones.

**Sesión 4:** en esta sesión se aplicaron dos técnicas, en donde la co-terapeuta se encargó de la psicoeducación, y posteriormente la terapeuta ejecutó la técnica de detención de pensamiento. Finalmente se enviaron dos tareas a casa que fueron explicadas por la co-terapeuta.

- **Psicoeducación:** con respecto a lo mencionado anteriormente la psicoeducación es considerada una aproximación terapéutica que brinda información relevante a la paciente sobre un tema determinado. En la cuarta sesión se abordó el tema sobre los mitos del amor romántico e ideales de belleza en base a los estándares imperantes en la sociedad, especialmente en las adolescentes, debido a que durante la búsqueda de aprobación social se suelen comparar o intentan imitar modelos “ideales”, conllevando a la desvalorización de uno mismo y afectando la autoestima (Sánchez-Durán et al., 2020; Sigüenza et al., 2019).

Por otro lado, se trabajó la temática de mitos del amor romántico con el fin de proporcionar a N.N conceptos realistas de las relaciones afectivas, resaltando las creencias irracionales que se comparten culturalmente y se perpetúan hasta la actualidad, limitando la forma en que nos relacionamos con la pareja o vivimos los conflictos debido a que generan expectativas exageradas e imposibles de cumplir (Bonilla-Algovia et al., 2021; Ferrer-Pérez y Bosch-Fiol, 2013). Para medir la comprensión del tema se procedió a evaluar los mitos del amor romántico mediante clichés comunes como “si te cela te ama” y “el amor lo perdona todo”, logrando así en N.N una mayor identificación con los temas tratados.

- **Técnica de detención de pensamiento: parada de pensamientos automáticos (Terapia Cognitivo-Conductual):** es una estrategia para intervenir en los pensamientos de carácter fóbico, obsesivo o de rumiación mediante la detención inmediata de la cadena mental de ideas para posteriormente conservar la atención en algo agradable, tranquilizador o interesante (Ruiz-Fernández et al., 2012; Vaca-Ferrer et al., 2021). Esta técnica tuvo la finalidad de provocar una interrupción en la secuencia de pensamientos distorsionados o desagradables de la paciente, reforzándolo al implementar indicaciones físicas, en su caso un aplauso, conjuntamente a una palabra que para ella era significativa: “chakaman” (que significa “espera” en coreano). Al tratarse de una técnica práctica y sencilla logró el dominio de la técnica en poco tiempo.

- **Tarea 1: collage de los sueños:** debido a sus habilidades en el dibujo se envió a N.N. representar sus metas y aspiraciones más significativas mediante el collage de los sueños, actividad que tiene como objetivo realizar una proyección al futuro de forma creativa (Beyebach y Herrero de Vega, 2016; Dolan, 2001). La paciente demostró gran interés en plasmar en un dibujo su afición por los animales, los libros, el diseño gráfico y su deseo de compartir un hogar con su enamorado en el futuro.
- **Tarea 1: realizar 2 acciones descubiertas en la pregunta del milagro:** se envió para casa continuar con la participación en clase, en esta semana se eligió una nueva materia; además, se seleccionó otra acción a realizar, en este caso abrazar a su hermana y hablar con ella, el propósito fue mejorar su desenvolvimiento social y fomentar la relación con su hermana, quien es una importante red de apoyo en su vida. Estas acciones tuvieron buenos resultados, pues se evidenció la participación de N.N en las clases y paulatinamente se generó una mayor confianza con su hermana.

La sesión fue efectiva al propiciar una mayor sensación de control a la paciente mediante la técnica de la parada de pensamiento, dotándola de elementos significativos para ella, lo que provocó una motivación inmediata; N.N se mostró implicada en el transcurso de la sesión y participó activamente, demostrando entusiasmo con las actividades.

**Sesión 5:** durante esta sesión se empleó la psicoeducación por parte de la co-terapeuta y la técnica “diario de autocompasión” por parte de la terapeuta, además se enviaron dos tareas a casa que fueron socializadas por la co-terapeuta.

- **Psicoeducación:** al ser una herramienta que permite comprender nuevos conceptos de manera pragmática, durante la presente sesión se utilizaron diapositivas y videos para psicoeducar sobre temas relacionados al autoestima, autoconcepto y autocompasión, con la finalidad de familiarizarse con estos términos y a su vez favorecer el proceso para una adecuada aceptación, se profundizó especialmente en la autoestima y autocompasión. Al respecto, Múzquiz et al. (2021) manifiestan

que una de las formas más saludables para relacionarse con uno mismo es la autocompasión, al mejorar el manejo de las situaciones adversas, potenciando la autoestima y favoreciendo la aceptación propia, confianza y respeto (Cuya-Zavaleta y Robles-Mori, 2021; Izquierdo, 2008).

- **Diario de autocompasión (Terapia de Aceptación y Compromiso):** un diario ofrece una forma efectiva de expresar emociones mediante la escritura, el objetivo de esta técnica es practicar los tres componentes de la autocompasión: mindfulness, humanidad compartida y amabilidad hacia sí mismo, centrándose en aumentar los repertorios de conducta y modificar las funciones que se han obtenido de experiencias personales adversas sin la necesidad de evitar o escapar de las mismas (de la Viuda-Suárez y Casas-Posada, 2020; Múzquiz et al., 2021). La utilidad del diario en N.N consistió en desarrollar autocompasión y potenciar su flexibilidad psicológica; la actividad mostró efectividad al ayudar a la paciente a aceptar los errores cometidos y percibirlos, desde la autocompasión, como una enseñanza en su vida para actuar de manera diferente en otra ocasión.
- **Tarea 1: realizar 2 acciones descubiertas en la pregunta del milagro:** en la semana se eligió reforzar la comunicación con su abuela paterna, a quien respeta y valora, pero no comparte sus prejuicios y disciplina, se invitó a N.N a tener una plática con ella, a fin de extraer un mensaje constructivo de la interacción. Así mismo, se incentivó a intentar nuevos estilos de peinado durante la semana, para potenciar el autoconcepto, autoaceptación y la valía en la paciente, intentando algo novedoso.
- **Tarea 2: carta a una persona muy querida (Terapia de Aceptación y Compromiso):** la paciente al demostrar gran interés por la lectura y escritura se utilizó el ejercicio de “la carta de la felicitación”, adaptándola al caso de N.N a fin de desarrollar la autocompasión y la autoestima. El ejercicio original propone que se escriba una carta desde un futuro cercano, en donde la persona se felicite y anime a continuar, originando así expectativas de éxito y volverse más consciente de sus habilidades y cualidades (Dolan, 2001). La tarea se adecuó a la paciente creando

una carta en tercera persona desde la perspectiva de alguien que la quiere mucho, N.N escogió a su enamorado, en donde se completaron cuatro frases relacionadas con aspectos positivos de su vida y sobre su autoestima, a fin de reafirmar su valía personal y mejorar su consciencia acerca de los aspectos positivos que hay en su vida. Esta carta se la envió a sí misma, a través de una aplicación para que le llegue en su cumpleaños 18 (dentro de dos años) (Beyebach y Herrero de Vega, 2016).

La sesión fue fructífera, pues se logró acaparar un gran porcentaje de sus sentimientos, emociones, percepciones y aspectos que para la paciente son muy importantes, y que en la actualidad se han visto deteriorados, la psicoeducación le recordó la necesidad de enfrentarse a sus propias inseguridades y limitaciones para alcanzar sus metas.

La paciente durante la sesión presentó una apariencia descuidada y se distraía con facilidad al comienzo debido a que se encontraba agripada. No obstante, al finalizar la sesión se mostró entusiasmada ante la creación de la carta, al expresarse de buena manera a través de la redacción.

**Sesión 6:** se aplicó la técnica de psicoeducación por parte de la co-terapeuta, y la técnica “foto terapia” por parte de la terapeuta y se enviaron dos tareas a casa explicadas por la co-terapeuta.

- **Psicoeducación:** continuando con el objetivo de potenciar la autoestima en la paciente se procedió a brindar información acerca de la importancia del diálogo interno y sobre las estrategias de autocuidado a fin de desarrollar en ella hábitos personales positivos y de esta manera favorecer el amor propio; según Cullen y Pons (2016) un elemento clave del autocuidado es contar con un diálogo interno constructivo, orientado a aumentar la confianza y motivación (Castellanos et al., 2016). La explicación se llevó a cabo de manera didáctica y activa, fortaleciendo la comprensión del tema, a su vez se contó con una simulación de casos cotidianos a fin de garantizar el aprendizaje de los conceptos y estrategias.

- **Técnica de Foto Terapia (Psicoterapia Gestáltica):** esta técnica consiste en una visualización de una fotografía que permita al paciente evocar terapéuticamente recuerdos relevantes, sentimientos y aspectos conscientes e inconscientes, conectando consigo mismo y entablando una adecuada comunicación interna (Salama, 2010). La finalidad de utilizar esta técnica se centró en alcanzar la aceptación de la experiencia, orientando a la paciente en el proceso para mejorar sus síntomas mediante la liberación de bloqueos y asuntos inconclusos que impiden su bienestar, autorregulación y desarrollo personal; en este caso, se ejemplifica una situación que le causaba malestar (pasar cerca de un grupo de personas de su edad), se consiguió que la paciente resuelva de forma positiva el conflicto, comprendiendo de esta forma los límites impuestos y mejorando su confianza.
- **Tarea 1: el mantra:** un mantra se refiere a una frase o palabra que simboliza para la persona bienestar o motivación, pueden ser partes de alguna canción, poema, cuento, entre otros; y, suelen ser recitados con frecuencia, provocando la interiorización de los mismos; se trata de un ejercicio que funciona de manera eficiente en adolescentes (Beyebach y Herrero de Vega, 2016; Selekman, 2005). En la sesión, tras la explicación del concepto de mantra e identificar varios de ellos en diálogos de animes, series y películas de su gusto, se procedió a explicar la manera de crear un mantra para que N.N realice uno de tarea para casa. En la siguiente sesión esta frase fue: “solo puedo ser mejor siendo yo misma”, mantra que para la paciente es muy significativa e indicó que la tendrá presente cuando sea necesario.
- **Tarea 2: post-it para uno mismo:** el ejercicio se basa en escribir frases positivas en post-it que identifiquen y resalten las capacidades, fortalezas y metas de la paciente; posteriormente, se las ubicará en lugares específicos de su cuarto con el fin reforzar el número de pensamientos afirmativos sobre sí misma y favorecer la motivación (Beyebach y Herrero de Vega, 2016). Dentro de la psicología positiva esta herramienta permite reformular los pensamientos distorsionados o catastróficos

al cambiar la perspectiva de la paciente; es necesario que el mensaje sea algo creíble para ella, por ello se trabajó en ejemplos previos al envío de la tarea (Valverde, 2013).

La paciente durante la intervención presentó una mejoría en su salud física, con respecto a la semana anterior, mantuvo un buen estado de ánimo, un diálogo fluido, prestó mayor atención y una mejor predisposición a las actividades. Al finalizar la sesión la paciente demostró su interés por las técnicas de visualización, y refiere que ha intentado realizar la del “niño interior”, por ello, para la siguiente semana se tomó en cuenta esta indicación, adaptándola a su caso.

La sesión en su totalidad demostró buena aceptación por parte de la adolescente, y presentó una eficacia favorable, al adaptar la psicoeducación y técnicas según sus intereses, necesidades y particularidades.

**Sesión 7:** se aplicó psicoeducación por parte de la co-terapeuta, tres técnicas por parte de la terapeuta, además se envió una tarea a casa, misma que la co-terapeuta explicó.

1. **Psicoeducación:** con el propósito de lograr que la paciente comprenda la importancia de las habilidades sociales y la asertividad se utilizó diapositivas interactivas en donde se brindó un espacio para compartir experiencias en esta área y así lograr un acercamiento más estrecho con la explicación, favoreciendo la comprensión. La psicoeducación en este aspecto es relevante pues la adolescencia se trata de una etapa crítica para el desarrollo de habilidades sociales que permitan interactuar y relacionarse con su medio (Esteves-Villanueva et al., 2020), de igual forma, la asertividad es un elemento necesario para responder de forma positiva ante situaciones estresantes o de conflicto, sin dejar de lado las propias opiniones o los límites personales (Betina y Contini, 2011; Roca, 2005).
2. **Técnica de “sanación del niño interior” (Psicoterapia Gestáltica):** el ejercicio de visualización de la “sanación del niño interior” tuvo como objetivo comprender inseguridades, miedos, traumas y trastornos en función del pasado que se han instaurado en la actualidad (Cardaso, 2018; Encinas-Huarachi y Pareja, 2020;

Linares, 2015). La finalidad de la aplicación de esta técnica en N.N fue dotar de un nuevo enfoque a los acontecimientos negativos del pasado y concebirlos como medios para superar adversidades, descubriendo las cualidades y recursos con los que cuenta en el presente, fortaleciendo la autovaloración, el autodescubrimiento y la autosanación resultando ser una técnica eficaz en su tratamiento.

3. ***Paquete de técnicas para el Entrenamiento de Habilidades Sociales (Terapia Cognitivo-Conductual)***: consiste en un conjunto de técnicas derivadas de la teoría del aprendizaje social, que incluye: instrucciones, ensayo de conducta, modelado, retroalimentación, reforzamiento y tareas para la transferencia del tratamiento; la finalidad del entrenamiento en habilidades sociales es que la paciente efectúe de manera adecuada conductas verbales y no verbales, y logre mantenerlas en su repertorio conductual tras la intervención (Bueno-Moreno et al., 2013; Caballo, 1993). En el caso de N.N. se utilizó este recurso con el propósito de entrenar y fortalecer sus habilidades sociales, debido a que presenta deficiencias por la situación del bullying; en primer lugar, se brindaron estrategias para entablar una conversación con otras personas, rechazar peticiones no deseadas y responder adecuadamente ante críticas: posteriormente, se entrenó mediante simulaciones con la ayuda de la terapeuta y co-terapeuta, mismas que propiciaron correcciones para mejorar el desenvolvimiento de la paciente.

Esta técnica fue favorable en la paciente, ya que se pudo constatar que las conductas aprendidas son implementadas apropiadamente en situaciones escolares y sociales, lo que evidencia un alto nivel de eficacia.

4. ***Técnica del rechazo de “peros” (Terapia Cognitivo- Conductual)***: dentro de la desarticulación de sesgos cognitivos encontramos la técnica del rechazo de “peros”, cuya finalidad es explorar y combatir ideas bloqueantes que obstaculizan el progreso de la paciente o causan malestar mediante el análisis de argumentos a favor y en contra de las ideas o expectativas ante una situación determinada (Burns, 1990; Caballo, 2008). La técnica tuvo la intención de desarticular las objeciones de la

adolescente mediante contra-objeciones sistemáticas a fin de llegar a un argumento final que motive a la acción; la técnica en cuestión tuvo complicaciones en un inicio, no obstante, demostró mayor comprensión al plantear casos hipotéticos en los que N.N puede aplicar la técnica.

- 5. Tarea 1: continuar con el ensayo y entrenamiento de habilidades sociales:** para reforzar lo aprendido en la sesión de entrenamiento se motivó a la paciente a utilizar las distintas estrategias y destrezas aprendidas en situaciones reales, a fin de afianzar y promover el desarrollo de sus habilidades sociales.

La sesión se llevó a cabo de manera activa al utilizar situaciones y ejercicios con los que la paciente podía interactuar y comprender de mejor manera, esto permitió un mejor desenvolvimiento, comparado a sesiones anteriores, debido a que la paciente pudo resolver algunas dudas que presentaba con respecto al tema.

**Sesión 8:** durante la presente sesión de cierre, la terapeuta en conjunto con la coterapeuta iniciaron con una psicoeducación y retroalimentación de las técnicas aprendidas, posteriormente, la coterapeuta administró tres test para la evaluación post-tratamiento, se aplicó la técnica “carta testimonio” (terapeuta) y para finalizar el proceso terapéutico se realizó un cierre de despedida (coterapeuta).

- 1. Psicoeducación y retroalimentación:** se centró específicamente en diferenciar una caída de una recaída, además de analizar el proceso recorrido hasta el momento, con el objetivo de reconocer los esfuerzos realizados por N.N y observar su progreso durante las sesiones de manera práctica, indicándole una línea del tiempo de su avance; posteriormente, con el fin de prevenir posibles recaídas, se simularon situaciones que han generado malestar en el pasado y se le recordó las diversas estrategias y recursos con los que cuenta. Al respecto, Rodríguez-Mendoza (2018) afirma que un factor protector esencial para prevenir recaídas en depresión es la habilidad de ser conscientes del proceso de pensamiento que se está llevando a cabo y manejarlo de manera adecuada que no cause malestar en el diario vivir, esto

se obtiene mediante la experiencia y práctica frecuente (Korman y Garay, 2012). La paciente logró enfrentarse a las situaciones planteadas de manera exitosa, se reforzó y se brindaron ciertas correcciones en algunos casos; de forma general se puede evidenciar un progreso considerable en la adolescente.

- 2. Aplicación de test psicológicos (post-tratamiento):** al culminar con la psicoeducación y retroalimentación de lo aprendido a lo largo de la intervención, se llevó a cabo la administración de tres instrumentos de forma online mediante la plataforma Forms, los test fueron: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) y Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI); en el capítulo 3 se detallarán los resultados obtenidos. N.N presentó una actitud respetuosa y colaborativa al responder los instrumentos.
- 3. Ritual: Carta testimonio:** se adaptó el ejercicio “la carta de despedida” que tiene como finalidad motivar a una persona que desea superar un problema y alcanzar el cambio deseado, sirviendo como recordatorio de las razones por las que ha buscado un cambio (Beyebach y Herrero de Vega, 2016; White y Epston, 1980). En el caso de la paciente, se solicitó redactar una carta a una persona que está pasando por la misma dificultad; N.N pudo desarrollar esta técnica manifestando su sentir con respecto al proceso terapéutico que ha venido trabajando en los últimos meses. Este ejercicio sirvió para aumentar la autoeficacia de la adolescente sobre todo de las metas alcanzadas en el proceso terapéutico, además, la paciente agradeció por el proceso llevado a cabo, sintiéndose satisfecha con los logros obtenidos y el aprendizaje recibido.
- 4. Entrega de certificado:** como parte final de este proceso se emitió un certificado a la paciente a nombre de la terapeuta y co-terapeuta, como medio para incentivar y reconocer los esfuerzos de la paciente a lo largo del tratamiento. Se ha demostrado que un tratamiento colaborativo en donde se reconozcan los esfuerzos y predomine el respeto, comprensión y colaboración conjunta con los adolescentes da resultados

favorables, reduciendo las probabilidades de presentar recaídas (Beyebach, 2006; Capera-Niño, 2020; Fernández et al., 2020; White y Epston, 1980).

**5. Tarea 1: elegir un “souvenir”:** finalmente, una vez culminadas las técnicas y resueltas las dudas existentes, se explicó la última actividad de cierre, en donde a modo de ritual y para simbolizar el proceso que se llevó a cabo, se pidió a la adolescente que eligiera un objeto importante y que lo colocara en un lugar representativo para ella, con el objetivo de simbolizar y celebrar su victoria ante el problema por el que llegó meses atrás (Beyebach, 2006; White y Epston, 1980). N.N. prefirió dibujar una estrella que simbolice sus procesos y ponerlo sobre el velador de su habitación, este ritual sirve como una despedida para culminar un proceso de terapia de manera exitosa, fomentando en la paciente la motivación por el cambio y la implementación de lo aprendido en el día a día (Beyebach y Herrero de Vega, 2016).

La sesión final se llevó a cabo con normalidad, la paciente se mostró receptiva y participativa en las distintas técnicas empleadas, especialmente en el ejercicio de la carta testimonio, demostrando sus habilidades en la lecto-escritura. N.N. en la tarea final para casa prefirió dibujar en lugar de elegir un objeto demostrando su implicación con el proceso ya que otorga su estilo propio a esta actividad de cierre.

### **2.1.3 Plan de seguimiento.**

Adicionalmente se realizaron dos sesiones de seguimiento después de un mes y tres meses de haber finalizado el proceso de intervención cuya finalidad fue comprobar si la mejoría de N.N. se mantenía con el paso del tiempo. A palabras de Fernández-Ballesteros, (2013) la sesión de seguimiento consiste en evaluar el impacto del tratamiento después de transcurrido un tiempo, puesto que uno de los desafíos tras culminar la intervención es un posible retroceso o la manifestación de efectos negativos o no deseados.

Al respecto, Yela y Bastida (2019) afirman que es necesario concluir el proceso de evaluación psicológica con un seguimiento, a fin de valorar el tratamiento y verificar los

cambios clínicos y funcionales alcanzados. Se enfoca en comprobar si los efectos alcanzados con el tratamiento se mantienen, respaldando así el éxito de la intervención y beneficiando la aplicación de nuevas intervenciones, el proceso de seguimiento puede repetirse en periodos regulares de tiempo, de 3, 6 o 12 meses (Cerezo-Ramírez, 2019; Fernández-Ballesteros, 2013). En la **tabla 4** se detalla el plan de seguimiento en el caso de la paciente N.N con sus respectivos objetivos y técnicas.

**Tabla 7**

*Plan de seguimiento*

SESIÓN	OBJETIVO	TÉCNICA	OBSERVACIÓN
1	-Valorar los cambios obtenidos transcurrido un mes de la finalización del tratamiento psicológico. -Prevenir recaídas.	-Entrevista para evaluar el progreso, manejo de recursos y estrategias aprendidas. -Técnica del árbol de logros. -Feedback y retroalimentación de las técnicas y recursos aprendidos. -Aplicación de test post-tratamiento: BDI-II y STAI.	Se planteó la sesión de seguimiento para dentro de dos meses.
2	-Valorar los cambios obtenidos transcurridos tres meses de la finalización del tratamiento psicológico. -Prevenir recaídas.	-Entrevista del progreso, manejo de recursos y estrategias aprendidas post-tratamiento. -Retroalimentación de las técnicas y recursos aprendidos. -Aplicación de test post-tratamiento: BDI-II y STAI.	No hay observaciones.

Descripción: En la presente tabla se describe el plan de seguimiento aplicado a la paciente.

**2.1.3.1. Descripción de las sesiones realizadas en el proceso de seguimiento.**

**Sesión de seguimiento 1:** Tras un mes de haber culminado el tratamiento se realizó la primera sesión de seguimiento, su objetivo fue valorar los cambios, evaluar su percepción de cambio e identificar las técnicas y recursos empleados actualmente por la paciente. Durante la presente sesión la terapeuta realizó una entrevista, y la

coterapeuta aplicó una técnica (árbol de logros), realizó la retroalimentación de las técnicas y recursos aprendidos, y aplicó los test post-tratamiento.

- 1. Entrevista:** se recolectó información sobre las técnicas que más le gustaron a la paciente, las que utiliza con mayor frecuencia y le han resultado de mayor utilidad a lo largo del tiempo transcurrido; en este caso la técnica más utilizada era la de parada de pensamientos, cuestionar los pensamientos, diario de autocompasión y el mantra. Durante esta entrevista se percibió un aumento en su autoestima y apetito, mejora en las habilidades sociales para relacionarse con sus compañeros, al participar y tomar el rol de líder; además, con menor frecuencia experimenta los “momentos de tensión” en donde reconoce los recursos o técnicas que puede utilizar para manejar la situación. Adicionalmente, N.N expresa que las instrucciones y aprendizajes impartidos en el entrenamiento de habilidades sociales también se han empleado con sus compañeros de clase y familiares; además, de enfrentar asertivamente situaciones conflictivas, que antes eran detonadores de su sintomatología, demostrando eficacia en las técnicas aplicadas.

En una sesión posterior realizada con la madre, pudo confirmar que ha visto cambios positivos en su hija, refiere que al hablar con ella la nota segura, tranquila y con mayor confianza.

- 2. Técnica del árbol de logros:** a fin de evaluar el progreso de la paciente y tomar consciencia de sus habilidades y logros hasta la actualidad, se aplicó la técnica del árbol de logros, misma que consistió en que a través del dibujo de un árbol se identifiquen sus habilidades (raíces) y sus logros (ramas) a fin de tener una percepción más objetiva y real de sus avances (Marujo y Neto, 2004; Vázquez y Hervás, 2008). Este ejercicio se realizó por medio de la herramienta “Miro”, logrando la construcción del árbol de forma creativa, N.N escribió con la guía de la terapeuta y co-terapeuta los distintos apartados, mostrando una actitud colaborativa y evidenciando satisfacción personal.

**3. Retroalimentación de las técnicas y recursos aprendidos:** tras indagar en las distintas áreas de interés y en los avances y dificultades que se han presentado tras la culminación del tratamiento psicológico se socializa con la paciente las distintas técnicas y recursos aprendidos en las sesiones de tratamiento mediante diapositivas dinámicas.

**4. Aplicación de instrumento para el seguimiento:** al final de la sesión se realizó la administración de dos instrumentos de forma online mediante la plataforma Forms; primero, el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y tras culminar la sesión se envió el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). N.N presentó una actitud respetuosa y colaborativa.

Se concluye que la primera sesión de seguimiento logró su objetivo, al valorar el mantenimiento de los cambios obtenidos en la paciente en el periodo de un mes, pues no solamente indica una mejoría en las áreas intervenidas directamente, sino también en aspectos más específicos de su vida como familia y pareja, avalando de esta manera la intervención realizada.

**Sesión de seguimiento 2:** esta sesión se realizó después de tres meses de haber finalizado la intervención psicológica, su objetivo fue valorar los cambios de la paciente con respecto a la sesión anterior, además de evaluar su estado emocional, avances y dificultades presentadas hasta el momento. Durante la presente sesión se aplicaron dos técnicas: entrevista (terapeuta) y retroalimentación de las técnicas aprendidas (coterapeuta) y se administraron dos test para la evaluación post-tratamiento.

**1. Entrevista:** se indagó información sobre el uso de las técnicas aprendidas y el mantenimiento de los cambios identificados en la sesión anterior; durante la sesión se observaron mejoras en aspectos como la confianza en sí misma, demostrando que se siente satisfecha de sus avances y logros en lo personal y académico, ha podido hablar con mayor libertad con sus compañeros del colegio, se desenvuelve mejor y con menos ansiedad al momento de exponer en clases, ya no teme que la

juzguen o “quedar mal” y cuestiona la realidad de comentarios negativos o malintencionados de sus compañeros, ya no ha presentado “momentos de tensión”. Así mismo, ha descubierto un nuevo interés por la actuación y está considerándolo como carrera a seguir junto al diseño gráfico. En el ámbito de relaciones afectivas, N.N demuestra por una parte tristeza por el fin de su relación, pero comenta que era la mejor decisión; actualmente tiene interés por un compañero de otro paralelo con el que ha podido entablar una nueva relación de pareja, poniendo en práctica lo aprendido en los ensayos de habilidades sociales.

**2. Retroalimentación de las técnicas y recursos aprendidos:** tras evaluar los cambios y logros de la paciente, se procedió a realizar nuevamente la socialización de las técnicas y recursos aprendidos en las sesiones terapéuticas en donde la paciente participó activamente, recordando determinados momentos en donde se utilizaron las distintas estrategias, especialmente, dentro del ámbito escolar, en donde demuestra mayor confianza y desenvolvimiento en las actividades escolares y al entablar conversaciones con sus amigos y compañeros. Así mismo, se muestra satisfecha de sus avances, indicando que en la actualidad ha desarrollado nuevos intereses y aficiones que la motivan. N.N presenta una reestructuración de sus pensamientos, pues ya no se evidencia en su diálogo distorsiones cognitivas de perfeccionismo, comparación, catastrofismo, culpa o sobregeneralización.

**3. Aplicación de instrumento para el seguimiento:** a fin de contrastar los resultados pre y post-tratamiento tras culminar la sesión se envió el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) por medio de un cuestionario Forms.

Al inicio de la sesión, la paciente refiere que en el transcurso de este tiempo ha sentido “una montaña rusa de emociones”, puesto que terminó la relación con su pareja a distancia generando tristeza; no obstante, ha sobrellevado de manera adecuado esta situación con la ayuda de las estrategias que se encuentran interiorizadas en ella,

demostrando el mantenimiento de conductas y pensamientos adaptativos ante situaciones que antes le resultaban difícil de manejar. Adicionalmente, manifiesta que se encuentra entablando una nueva relación de pareja, en donde se siente con mayor confianza de expresar sus sentimientos, opiniones y toma de decisiones.

## Capítulo tres

### Resultados

En el presente capítulo se describen los resultados obtenidos en el abordaje clínico relacionado a la depresión mayor en la adolescencia, el análisis de los resultados se realizó tomando como referencia dos métodos: cuantitativo y cualitativo.

#### 3.1 Análisis de resultados cuantitativos

Para el análisis cuantitativo se aplicaron tres instrumentos psicológicos en la pre-intervención, los mismos que se emplearon para la post-intervención en la última sesión terapéutica; finalmente, en las sesiones de seguimiento se aplicaron solamente dos test, obteniendo los siguientes resultados:

**Tabla 8**

*Resultados pre-intervención y post-intervención del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*

<b>Instrumento</b>	<b>Pre-Intervención</b>	<b>Post-Intervención</b>	<b>Primer Seguimiento</b>	<b>Segundo Seguimiento</b>
Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)	31 puntos depresión severa	4 puntos no depresión	2 puntos no depresión	0 puntos no depresión

Descripción: En la presente tabla se describen los resultados obtenidos pre, post-intervención y seguimiento.

En la **tabla 5** se observan los resultados obtenidos en el pre-test y post-test del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), y mostrando una notable mejoría en las sesiones de seguimiento. El puntaje obtenido en la pre-intervención se redujo de 31 puntos (depresión severa) a 4 puntos (no depresión) en la sesión final del tratamiento. Así mismo, en la primera sesión de seguimiento se disminuyó el puntaje, reportando 2 puntos, y en la última sesión de seguimiento se obtuvo un puntaje de 0; este último resultado podría indicar deseabilidad social por parte de la paciente, no obstante, al contrastar la información con la entrevista se puede evidenciar que efectivamente N.N manifiesta una reducción total en su sintomatología depresiva, ya que refiere sentirse satisfecha y feliz en su nueva relación, además de

presentar mejoría en los distintos ámbitos de su vida, especialmente a nivel académico en donde se desenvuelve de mejor manera.

**Tabla 9**

*Resultados pre-intervención y post-intervención del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*

<b>Instrumento</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Pre-Intervención</b>	<b>Post-Intervención</b>	<b>Primer Seguimiento</b>	<b>Segundo Seguimiento</b>
<b>Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)</b>	<b>Ansiedad Estado</b>	38 puntos	13 puntos	0 punto	6 puntos
		alto	bajo	bajo	bajo
	<b>Ansiedad Rasgo</b>	45 puntos	20 puntos	8 puntos	11 puntos
		alto	Tendencia promedio	bajo	bajo

Descripción: En la presente tabla se describen los resultados obtenidos pre, post-intervención y seguimiento.

En la **tabla 6** se encuentran los resultados obtenidos en el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) antes y después del tratamiento, observando una disminución de ansiedad estado (A/E) y ansiedad rasgo (A/R). En un inicio los niveles eran altos en ambas dimensiones, 38 y 45 puntos respectivamente, descendiendo a 13 puntos (A/E = nivel bajo) y 20 puntos (A/R = tendencia promedio). En la primera sesión de seguimiento también se nota una reducción en el puntaje, obteniendo 1 punto (A/E = bajo) y 4 puntos (A/R = bajo); sin embargo, en la última sesión de seguimiento los resultados se incrementaron ligeramente, presentando 6 puntos (A/E = bajo) y 11 puntos (A/R = bajo) pero sigue persistiendo el nivel bajo de ansiedad estado y rasgo, lo que posiblemente se deba a una mejoría en las relaciones con sus pares y familia, mostrando mayor confianza al interactuar socialmente, disminuyendo de esta forma la sintomatología ansiosa.

**Tabla 10**

*Resultados pre-intervención y post-intervención de la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)*

<b>Instrumento</b>	<b>Pre-Intervención</b>	<b>Post-Intervención</b>
<b>Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)</b>	16 puntos autoestima baja	28 puntos autoestima media

Descripción: En la presente tabla se describen los resultados obtenidos pre-intervención y post-intervención.

En la **tabla 7** se encuentran los resultados obtenidos en la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE), donde se aprecia un aumento en la puntuación directa 16 (baja autoestima) del pre-test a 28 (autoestima media) del post-test, revelando una mejoría en la paciente. En la sesión de seguimiento, no se pudo aplicar el instrumento por cuestiones de tiempo, pero en el diálogo de N.N se detectó mayor seguridad y confianza, además de que optó por elegir un cambio de imagen, sintiéndose más satisfecha y segura de tomar sus propias decisiones.

### 3.2 Análisis de resultados cualitativos

En cuanto al análisis cualitativo se realizó una ficha de observación con el objetivo de comparar las conductas y aspectos inicialmente afectados en la paciente, con los presentados tras finalizar el tratamiento, en la **tabla 8** se detallada los resultados obtenidos:

**Tabla 11**

Resultados cualitativos de la evolución del tratamiento en la paciente

Conductas y aspectos con afectación inicial	Evolución			Observación o razón
	<i>Se mantuvo, es decir no hubo cambio.</i>	<i>Cambió parcialmente</i>	<i>Se extinguió o se modificó</i>	
Apariencia general		X		Demuestra una mayor implicación con su apariencia general.
Escaso contacto visual			X	Actualmente establece contacto visual al momento de hablar.
Tono de voz bajo			X	Aumentó su tono voz y en las sesiones posteriores demostró mayor seguridad.
Lenguaje no fluido, respuestas cortas.			X	Presenta fluidez en el lenguaje, mayor diálogo y argumento en sus respuestas.

Pasividad	X		Demuestra mayor asertividad y confianza, expresándose con libertad.
Diálogo con distorsiones cognitivas.		X	Presenta un diálogo más realista y positivo, cuestionando sus pensamientos irracionales.
Ideas recurrentes de muerte		X	No presenta ideación suicida.
Autolesiones		X	No realiza conductas autolesivas.
Llanto frecuente	X		Se presenta con menor frecuencia e intensidad.
Estado de ánimo bajo		X	Mayor espontaneidad y se muestra animada.

Descripción: En la presente tabla se describen los resultados de seguimiento.

Como se puede observar en la **tabla 8** existen cambios notorios en N.N, evidenciando un progreso en las conductas y aspectos que en un inicio de la intervención psicológica se encontraban afectadas, demostrando que ha logrado desarrollar mayor asertividad, confianza en sí misma, mantiene un diálogo fluido, realista y positivo, reduciendo de esta forma la sintomatología depresiva, los pensamientos distorsionados, la ideación suicida y las autolesiones; además, presenta una mejor actitud frente a la vida, aspectos que son relevantes para alcanzar el desarrollo personal y un óptimo desenvolvimiento, pues N.N. cuenta con recursos para enfrentar las situaciones adversas de la vida.

## Discusión

En el presente estudio se abordó el caso de una adolescente de 16 años, que cumple con los criterios requeridos para el diagnóstico de una depresión mayor con episodios recurrentes - moderado de acuerdo a las clasificaciones diagnósticas actuales del DSM-5, la depresión es entendida como un trastorno mental que afecta a la salud física, psíquica, emocional y social de las personas, limita el desenvolvimiento y funcionamiento de la persona (Moreno-Gordillo et al., 2019).

En base a los criterios del DSM-5, en N.N se puede apreciar la siguiente sintomatología: estado de ánimo deprimido casi todos los días durante un periodo mayor a dos semanas, pérdida de peso sin hacer dieta, insomnio precoz, dificultad para pensar y concentrarse, sentimientos de inutilidad y culpa excesiva, pensamientos de muerte recurrentes sin un plan determinado; criterios que se asemejan a los presentados en el estudio de Barrera-Villarreal (2020), en donde analiza un caso de trastorno depresivo mayor con episodios recurrentes en un adolescente de 15 años, mismo que es diagnosticado tras presentar durante el periodo de un mes sentimientos de tristeza, desesperanza y soledad, irritabilidad, inapetencia y llanto fácil, pensamientos distorsionados de fracaso, rechazo e inutilidad, además de ideas recurrentes de muerte e intento de suicidio.

En ambos casos esta problemática genera malestar clínicamente significativo y deterioro en áreas importantes de su vida, destacándose un bajo rendimiento académico y conflictos en el hogar, especialmente con la figura materna; no obstante, cabe resaltar que en el caso de N.N no existe un consumo de alcohol u otras sustancias, ni intentos de suicidio pero sí ideas recurrentes de muerte, lo que difiere con el caso antes citado, en donde existe un riesgo mayor debido a las situaciones ambientales, nivel socioeconómico, antecedentes familiares psiquiátricos y de consumo, el género y la relación con amigos y familiares.

Por ello, en N.N. se evaluaron las variables de depresión, ansiedad, autoestima, percepción corporal, habilidades sociales, evitación y malestar social mediante entrevistas semiestructuradas que permitieron recabar información sobre el caso y descartar hipótesis diagnósticas, también se utilizó los siguientes instrumentos: Inventario de Depresión de

Beck-II (BDI-II), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE), instrumentos que son frecuentemente utilizados para evaluar las dimensiones de depresión, ansiedad y autoestima en población adolescente y adulta (Bernaras et al., 2019; Calzada-Espanyol, 2020). Al respecto, Antón-Menárguez et al. (2016), en su estudio de caso realizado en una adolescente tardía con depresión mayor se emplearon los mismos instrumentos que en este estudio para medir depresión y autoestima, infiriendo que estos cuestionarios son los más utilizados actualmente, ya que cuentan con una adecuada confiabilidad y validez.

Adicionalmente estos autores consideraron valorar la alexitimia aplicando la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) que en el presente caso no fue necesario evaluar debido a que N.N expresa y comprende las emociones, siendo este un detonante para su llanto frecuente. Por otro lado, con respecto a la ansiedad, esta variable la midieron mediante el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), pues debido a las características del caso era necesario el uso de un test multidimensional, que evalúe las respuestas cognitivas de ansiedad; a diferencia de N.N en donde se empleó el Inventario de Estado-Rasgo puesto que se quería determinar si en N.N la ansiedad formaba parte de su rasgo o era influenciado por las situaciones, siendo además un instrumento que contiene buenas propiedades psicométricas y no es tan extenso como el ISRA permitiendo un mejor desenvolvimiento en la modalidad virtual, pues al tratar con población adolescente es necesario contar con instrumentos ágiles, prácticos y fiables.

En base a lo antes mencionado, se puede evidenciar la importancia de adoptar un enfoque integral para la intervención de estos casos, pues, aunque se coincida en un mismo diagnóstico las consecuencias en cada paciente son distintas; por ello, a lo largo de 8 sesiones se utilizó este enfoque para la intervención del presente caso, permitiendo considerar distintas técnicas y estrategias que pueden adaptarse a las condiciones individuales de nuestra paciente.

En el presente caso, la principal terapia implementada fue la cognitiva-conductual (TCC), en donde se utilizó técnicas como: los autorregistros de pensamientos ABCDE,

cuestionamiento socrático, técnicas de respiración y la técnica de parada de pensamientos automáticos, siendo una terapia eficaz para la reestructuración y modificación de los pensamientos distorsionados relacionados con la culpa, inutilidad y minusvalía; además, se disminuyeron los pensamientos perfeccionistas al reestructurar la percepción sobre sí misma con esquemas más adecuados y realistas; lo que concuerda con los resultados del estudio de Navarro-Muñoz (2018) en donde se evidencia la eficacia de la intervención cognitivo-conductual en una paciente de 17 años con depresión mayor, que tras ser intervenida con técnicas de detección de pensamientos negativos, autorregistros y técnicas de relajación, consigue disminuir las creencias irracionales acerca de la perfección y modifica el pensamiento absolutista, de desvalorización hacia sí misma e insatisfacción; lo que a su vez les permitió disminuir las conductas impulsivas, el estado de ánimo depresivo y el malestar general en la adolescente. Cabe resaltar que ambas pacientes fueron víctimas de bullying verbal, hecho que genera la consolidación de esquemas cognitivos negativos sobre sí mismas, y es un área determinante para desarrollar el tratamiento.

De igual manera, debido al bullying recibido en ambos casos las pacientes adoptan conductas de aislamiento y pasividad ante situaciones de interacción social, por lo que su repertorio de habilidades sociales era deficiente, en el caso de N.N para potenciarlo se aplicó el paquete de técnicas para el entrenamiento de habilidades sociales y la técnica del rechazo de peros, que sumada a una adecuada psicoeducación y role playing permitió que la adolescente desarrolle este aspecto de manera efectiva, mejorando sus relaciones entre pares; así mismo, en el caso intervenido por Navarro-Muñoz (2018), mediante el empleo de entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas, ensayo conductual y rol playing, consiguieron que la paciente reduzca su aislamiento y desarrolle habilidades para interactuar con las personas de su entorno e iniciar conversaciones, demostrando su efectividad. Como se puede apreciar, es fundamental potenciar las habilidades sociales cuando los adolescentes han sido víctimas de violencia entre pares, a fin de evitar el aislamiento social generador de sintomatología depresiva.

Por otra parte, se emplearon técnicas de la terapia breve centrada en soluciones (TBCS), como la pregunta milagro y la campaña publicitaria, además, se utilizaron diversas tareas y rituales para potenciar la autoestima y autoconcepto en N.N favoreciendo así su desenvolvimiento en las actividades escolares y con sus pares; de igual manera, Reddy et al. (2015) al intervenir en un caso de una adolescente tardía con depresión moderada utiliza la pregunta del milagro, descubriendo objetivos claros, simples y alcanzables en la paciente, además de reconocer actividades que había abandonado como danza, caminar y salir con sus amigas, conductas favorables para su estado de ánimo y que podía retomar. Al cabo de 6 sesiones se consiguió una considerable mejoría en la sintomatología, aumentando la pregunta escala y en el rendimiento escolar de la joven, confirmando la efectividad de la TBCS en casos específicamente de depresión leve y moderada, pues alcanzan resultados exitosos al emplear técnicas que se adaptan a la situación de la paciente, su sintomatología y disponibilidad, en menor número de sesiones (Rodríguez-Alejo y González-Ramírez, 2020; Torres de Lamadrid y Fernández-Solís, 2019). Además, en la población adolescente esta terapia es beneficiosa, al identificar específicamente lo que necesitan para alcanzar la mejora deseada, reconociendo sus fortalezas y aumentando su autoestima (Godínez-Burgos, 2017). En el caso de N.N la pregunta del milagro permitió, al igual que en el caso antes citado, proyectar a la paciente fuera de la problemática y lograr que identifique los recursos internos con los que cuenta, descubriendo el papel importante que juega la lectura, dibujo y música para el afrontamiento y manejo emocional, siendo efectiva su aplicación en el tratamiento.

En cuanto, a la terapia de aceptación y compromiso (ACT) se empleó la técnica del diario de autocompasión, en donde N.N, desarrolló una nueva perspectiva con respecto a la forma de interpretar situaciones que le causan malestar, brindando un mejor manejo de sus pensamientos y emociones. Tras la revisión de casos similares en población adolescente no se encontraron estudios actuales que lo reporten, sin embargo, los hallazgos de diversos autores señalan que la terapia tiene una alta eficacia en la sintomatología depresiva, fortaleciendo la flexibilidad psicológica y disminuyendo la evitación experiencial e

impulsividad, brindando estrategias de regulación emocional (de la Viuda-Suárez y Casas-Posada, 2020; Manrique-Rodríguez, 2021; Molina-Moreno y Quevedo-Blasco, 2019).

Finalmente, en la intervención se utilizaron técnicas de la Psicoterapia Gestáltica como la foto-terapia y sanación del niño interior, en donde N.N se hizo más consciente del momento presente, dándole un nuevo enfoque a las dificultades y descubriendo las cualidades y recursos personales, obtenido un resultado exitoso; de igual manera ocurrió en el estudio realizado por Ruiz-Arzalluz et al. (2021) en el caso de un adolescente de 14 años con altos niveles de depresión e intento suicida en donde se aplicaron estrategias psicoterapéuticas gestálticas como: la línea de vida, silla vacía y fantasía guiada a fin de reforzar el proceso de toma de consciencia mediante un ajuste creativo, responsabilizándolo de sus actos; las técnicas empleadas con N.N ayudaron a potenciar una perspectiva diferente sobre su historia de vida y sus recursos personales, mejorando su autoestima y control de impulsos, favoreciendo a la disminución de la ideación suicida y potenciando sus relaciones interpersonales, estas técnicas permitieron recuperar el control y el sentido de su vida en ambos casos. De igual manera, en N.N la aplicación de la sanación del niño interior aportó en la comprensión de sus inseguridades, miedos y traumas que se han instaurado en la actualidad, dotándolos de una nueva perspectiva al concebirlos como medios para superar las adversidades (Encinas-Huarachi y Pareja, 2020), consiguiendo de esta manera una mejoría en la percepción de su problemática, desarrollando aceptación y autorregulación.

Por otra parte, referente a resultados post-intervención en el caso de N.N se evidencia una disminución significativa de las variables de depresión y ansiedad, y una mejoría en su autoestima y habilidades sociales, demostrando que el uso de un enfoque integrativo contribuye a alcanzar una eficacia más completa, tal y como la teoría indica, pues se logra una mayor flexibilidad y adaptación a las características particulares del paciente, mejorando de esta manera su calidad de vida (Mokri-Vala et al., 2022; Rodríguez-Alejo y Gonzáles-Ramírez, 2020).

En general, se afirma que la calidad de vida de la adolescente mejoró sustancialmente, pues se logró estabilizar el estado emocional de N.N mediante el desarrollo de un amplio repertorio de estrategias, técnicas y ejercicios que le permiten enfrentar las situaciones cotidianas generadoras de síntomas depresivos y ansiosos. Además, se consiguió fortalecer la autocompasión y autoaceptación de la paciente, mejorando su autoestima y confianza para afrontar las situaciones del diario vivir, especialmente las que involucran relacionarse con los demás, en donde denota mayor seguridad.

Con respecto a las limitaciones del presente caso, se deben tomar en cuenta que por el tiempo no se pudo realizar a largo plazo una sesión de seguimiento para evaluar los cambios y progresos mantenidos después de seis meses a fin de obtener mejores resultados sobre la eficacia a largo plazo; así mismo, de cierta manera, la modalidad virtual dificultó el entrenamiento de habilidades sociales, no obstante, el hecho de que la paciente regresó a clases presenciales permitió poner en práctica lo aprendido, evidenciando una mejoría en su desempeño personal y social.

## Conclusiones

Luego del análisis del presente caso clínico, se concluye lo siguiente:

Con respecto al proceso de evaluación psicológica de adolescentes con síntomas depresivos, resulta efectiva la utilización de métodos cualitativos y cuantitativos, además de realizar una entrevista con un familiar para contrastar y corroborar la información brindada por la paciente, logrando que los resultados sean más objetivos, pues puede ocurrir que el paciente omita o no considere hablar de aspectos que son relevantes para valorar su caso; esto sumado al uso de la observación e instrumentos psicológicos permite, de manera integral, contar con el sustento teórico y práctico de la problemática a tratar.

En lo que se refiere al diagnóstico de trastorno de depresión mayor se consideran los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), que de acuerdo a la sintomatología de la paciente presenta una gravedad moderada, para llegar a ello se descartó la presencia de otros trastornos del estado de ánimo deprimido, además de trastorno de ansiedad social (fobia social), anorexia nerviosa y trastorno dismórfico corporal; logrando llegar a un diagnóstico definitivo que permitió reducir la sintomatología de la paciente.

En cuanto a la intervención psicológica en N.N resultó, que el uso de una terapia con enfoque integrativo a nivel individual para el tratamiento de depresión mayor en adolescentes permitió reducir la sintomatología depresiva, tener un diálogo autocompasivo consigo misma, aumentar su autoestima y seguridad, adicionalmente, mejoró sus habilidades sociales. Por lo tanto, la combinación de distintas técnicas cognitivo-conductuales, gestálticas y de tercera generación, que brindan las herramientas y estrategias necesarias para trabajar la reestructuración de pensamientos distorsionados, potencian la autoestima, autocompasión y habilidades sociales contribuyen a alcanzar un resultado más completo en la paciente.

## Recomendaciones

En base a las conclusiones antes mencionadas se recomienda lo siguiente:

1. Se considera necesario que en el proceso de evaluación psicológica se haga uso de técnicas como la observación, la entrevista semiestructurada (contrastada con familiares), e instrumentos con adecuadas características psicométricas con la finalidad de que el tratamiento en casos de depresión sea riguroso y confiable; además, es importante tomar en cuenta las características individuales del caso para conocer a profundidad la realidad particular del paciente y de esta manera brindar un adecuado diagnóstico y tratamiento.
2. Se recomienda a los profesionales de la psicología emplear el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) como también, el Manual de Diagnóstico Diferencial, pues permiten seguir de manera organizada los pasos para establecer el diagnóstico de depresión mayor, pues al mismo tiempo que brinda una adecuada orientación para el diagnóstico clínico y tomar buenas decisiones para la intervención terapéutica.
3. Por último, se sugiere que el presente estudio sirva de fundamento bibliográfico para nuevas investigaciones de la misma índole, en donde se plantee utilizar una terapia con enfoque integrativo para el tratamiento en casos de depresión mayor en población adolescente.

## Referencias

- Antón-Menárguez, V., García-Marín, P., y García-Benito, J. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 3(1), 45-52. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5288640>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ta Edición*. Editorial Médica Panamericana.
- Azúa-Fuentes, E., Rojas-Carvallo, P., y Ruiz-Poblete, S. (2020). Acoso escolar (bullying) como factor de riesgo de depresión y suicidio. *Revista chilena de pediatría*, 91(3), 432-439. <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v91i3.1230>
- Barrera-Villarreal, Y. P. (2020). *Intervención psicológica mediante el modelo cognitivo conductual en un adolescente con trastorno depresivo mayor episodio recurrente* [Tesis de maestría, Universidad Pontificia Bolivariana]. <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/9170>
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2006). *Inventario de Depresión de Beck*. Paidós. <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/psicometricas/mikulic/BECK%20-%20BDI-II%20Manual.pdf>
- Beck, A., y Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Paidós. <https://bit.ly/3HBc0ST>
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. The Guilford Press.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., & Garaigordobil, M. (2019). Child and adolescent depression: A review of theories, evaluation instruments, prevention programs, and treatments. *Frontiers in psychology*, 10(543), 1-24. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543>
- Betina, A., y Contini, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos En Humanidades*, 12(23), 159–182. <https://www.redalyc.org/pdf/184/18424417009.pdf>
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Herder.

- Beyebach, M., y Herrera de Vega, M. (2016). *200 tareas en terapia breve: 2da. edición*. Herder Editorial.
- Bonilla-Algovia, E., Rivas-Rivero, E., y Gómez, I. P. (2021). Mitos del amor romántico en adolescentes: relación con el sexismo y variables procedentes de la socialización. *Educación XXI*, 24(2), 441-463. <https://doi.org/10.5944/educxx1.28514>
- Bravo-Andrade, H. R., Ruvalcaba-Romero, N. A., Orozco-Solís, M. G., y Macías-Espinoza, F. (2020). Factores individuales que protegen o favorecen el riesgo de suicidio adolescente: estudio cualitativo con grupos focales. *Duazary*, 17(1), 36-48. <https://doi.org/10.21676/2389783X.3220>
- Bueno-Moreno, M. R., Durán-Segura, M. y Garrido-Torres, M. Á. (2013). Entrenamiento en habilidades sociales en estudiantes universitarios de Magisterio de la especialidad de Educación Primaria: un estudio preliminar. *Apuntes de psicología*, 31(1), 85-91. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/301>
- Burns, D. D. (1990). *Sentirse bien*. Paidós.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo Veintiuno de España. [https://www.academia.edu/24963835/Vicente\\_E\\_Caballo\\_Manual\\_de\\_Evaluacion\\_y\\_Entrenamiento\\_de\\_Las\\_Habilidades\\_Sociales](https://www.academia.edu/24963835/Vicente_E_Caballo_Manual_de_Evaluacion_y_Entrenamiento_de_Las_Habilidades_Sociales)
- Caballo, V. E. (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2). Siglo Veintiuno de España. <https://bibliotecaia.ism.edu.ec/Repo-book/c/CaballoV.-Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicologicos-Vol.2-ebook.pdf>
- Calzada-Espanyol, M. A. (2020). *Ensayo clínico aleatorizado en pacientes con depresión y trastornos de personalidad: eficacia de una terapia integradora humanista*. Proyecto AFRONTA [Tesis doctoral, Universitat Ramon Llull]. <http://hdl.handle.net/10803/668738>

- Capera-Niño, K. L. (2020). *Habilidades para promover la relación terapéutica en la intervención de niños, niñas y adolescentes con depresión* [Tesis de maestría, Universidad Católica de Pereira] <https://repositorio.ucp.edu.co/handle/10785/6881>
- Cardaso, V. (2018). *Abraza a tu niño interior*. Palmyra.
- Carrillo, F. T., Guzmán, M. D. R., y Pérez, O. L. (2021). Conciencia emocional: una herramienta para favorecer el contacto del adolescente. *Integración Académica en Psicología*, 9(26), 61-70. <http://integracion-academica.org/attachments/article/308/Integraci%C3%B3n%20Acad%C3%A9mica%20en%20Psicolog%C3%ADa%20V9N26.pdf#page=64>
- Castellanos, L., Yoldi, D., y Hidalgo, J. (2016). *La ciencia del lenguaje positivo*. Espasa.
- Castrillón-Moreno, D., Luna-Montaña, I., Avendaño-Prieto, G., y Pérez-Acosta, A. M. (2007). Validación del Body Shape Questionnaire (Cuestionario de la Figura Corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta colombiana de psicología*, 10(1), 15-23. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552007000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552007000100003)
- Cava, M. J. (2011). Familia, profesorado e iguales: claves para el apoyo a las víctimas de acoso escolar. *Psychosocial Intervention*, 20(2), 183-192. <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179819285006.pdf>
- Cerezo-Ramírez, M. F. (2019). Los protocolos de actuación con víctimas de acoso escolar: análisis de una normativa institucional. *Revista de psicología y educación*, 14(2), 167-172. <https://doi.org/10.23923/rpye2019.02.181>
- Contreras-Valdez, J. A., Hernández-Guzmán, L., y Freyre, M. Á. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia psicológica*, 33(3), 195-203. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000300004>
- Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z. & Fairburn, C. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O)

- Cordero-Zambrano, T. C. (2019). Evaluación psicológica de la personalidad asociado al cutting y baja autoestima en adolescentes. *PSICOLOGÍA UNEMI*, 3(5), 18-25. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol3iss5.2019pp18-25p>
- Cullen, M., y Pons, G. B. (2016). *Mindfulness y equilibrio emocional*. Editorial Sirio.
- Cuya-Zavaleta, M. F., y Robles-Mori, H. (2021). Acoso escolar y autoestima en alumnos de segundo de secundaria de una institución educativa del distrito de Lurin. *Avances en Psicología*, 29(2), 233-240. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2021.v29n2.2410>
- Chocarro, E., y Garaigordobil, M. (2019). Bullying y cyberbullying: diferencias de sexo en víctimas, agresores y observadores. *Pensamiento Psicológico*, 17(2), 57-71. <https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi17-2.bcads>.
- De la Viuda-Suárez, M., y Casas-Posada, A. (2020). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) grupal para adolescentes con dificultades de regulación emocional estudio piloto. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes* 7(2). 42-49. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7472138>
- De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*. Norton & Co
- Del Río Olvera, F. J., Cabello Santamaría, F., Cabello García, M. A., y Aragón Vela, J. (2018). Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI): análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles. *Universitas Psychologica*, 17(1). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-1.caer>
- Dolan, Y. (2001). *Living well is the best revenge*. Norton.
- Ellis, A. (1957). Rational psychotherapy and individual psychology. *Journal of Individual Psychology*, 13(1), 38-44. <https://doi.org/10.1080/00221309.1958.9710170>
- Ellis, A., Grieger, R. y Marañón, A. S. (1981). *Manual de terapia racional emotiva*. Desclée de Brouwer. <https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/ellis-manual-de-terapia-racional-emotiva-vol-ii.pdf>
- Encinas-Huarachi, I. M., y Pareja, M. E. (2020). Percepción y significación de la actitud gestáltica en adolescentes del hogar Casa Esperanza. *Revista de Investigación Psicológica*, (24), 75-96.

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2223-30322020000200006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322020000200006&lng=es&tlng=es).

- Esperón, C., y Collins, C. (2022). Depresión mayor en niños y adolescentes. *Pediatría Integral*, 83(7), 1-16. [https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2022/03/Pediatrica-Integral-XXVI-2\\_WEB.pdf#page=35](https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2022/03/Pediatrica-Integral-XXVI-2_WEB.pdf#page=35)
- Esteves-Villanueva, A. R., Paredes-Mamani, R. P., Calcina-Condori, C. R., y Yapuchura-Saico, C. R. (2020). Habilidades sociales en adolescentes y funcionalidad familiar. *Comuni@cción*, 11(1), 16-27. <http://dx.doi.org/10.33595/2226-1478.11.1.392>
- Fernández, O. M., Fernández, S., y Krause, M. (2020). Comprensión del cambio psicoterapéutico en adolescentes: voces de pacientes y terapeutas. *CES Psicología*, 13(3), 107-123. <https://doi.org/10.21615/cesp.13.3.7>
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos*. Pirámide. [https://www.kydconsultores.com/shared\\_books/001-EP-RFB.pdf](https://www.kydconsultores.com/shared_books/001-EP-RFB.pdf)
- Fernández-Jaén, A., Fernández-Mayoralas, D., Fernández-Perrone, A., Jiménez, A., Albert, J., López-Martín, S., y López-Arribas, S. (2018). Neurodesarrollo y fenocopias del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: diagnóstico diferencial. *Rev Neurol*, 66(1), 103-107. <https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/bts01s103.pdf>
- Ferrer-Pérez, V., y Bosch-Fiol, E. (2013). Del amor romántico a la violencia de género. Para una coeducación emocional en la agenda educativa. *Profesorado. Revista de curriculum y formación de profesorado*, 17(1), 105-122. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56726350008>
- First, M. B. (2017). *DSM-5: manual diagnóstico diferencial*. Editorial Médica Panamericana.
- Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, I. (1984). *La táctica del cambio*. Herder. [https://www.academia.edu/11673797/Fisch\\_Weakland\\_Segal\\_La\\_tactica\\_del\\_cambio\\_Como\\_abreviar\\_la\\_terapia](https://www.academia.edu/11673797/Fisch_Weakland_Segal_La_tactica_del_cambio_Como_abreviar_la_terapia)

- Flores, R. E. U., Villa, P. A. M., de la Peña Olvera, F., Cruz, L. P., y Figueroa, G. V. (2020). Lesiones autoinfligidas con fines no suicidas según el DSM-5 en una muestra clínica de adolescentes mexicanos con autolesiones. *Revista colombiana de psiquiatría*, 49(1), 39-43. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.04.002>
- Franco-Paredes, K. (2018). Propiedades psicométricas del Body Shape Questionnaire (BSQ-14) en mujeres universitarias mexicanas. *Revista Evaluar*, 18(1), 1-11. [.https://web.archive.org/web/20180514235432id\\_/https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/issue/viewFile/1600/150](https://web.archive.org/web/20180514235432id_/https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/issue/viewFile/1600/150)
- Garaigordobil, M. (2018). *Bullying y cyberbullying: Estrategias de evaluación, prevención e intervención* (Vol. 587). Editorial UOC.
- García, D. C. (2020). *La autolesión como forma de expresión de las emociones*. Directorio 30.
- García, N. B. (2019). Terapia cognitiva con entrega virtual en trastorno depresivo persistente: estudio de caso. *Revista Clínica Contemporánea*, 10(21), 1-14. <https://doi.org/10.5093/cc2019a21>
- García-Franco, A., Alpizar-Lorenzo, O. A., y Guzmán-Díaz, G. (2019). Autismo: revisión conceptual. *Boletín Científico De La Escuela Superior Atotonilco De Tula*, 6(11), 26-31. <https://doi.org/10.29057/esat.v6i11.3693>
- Godínez-Burgos, A. O. (2017). Integración del enfoque cognitivo conductual y centrado en soluciones para el tratamiento de un paciente con síntomas depresivos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(4), 1426-1450. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi174j.pdf>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.00>. [https://www.researchgate.net/publication/341070145\\_Psicoeducacion\\_en\\_salud\\_mental\\_una\\_herramienta\\_para\\_pacientes\\_y\\_familiares](https://www.researchgate.net/publication/341070145_Psicoeducacion_en_salud_mental_una_herramienta_para_pacientes_y_familiares)
- Goldstein, A. (1978). *Manual de la lista de chequeo de habilidades sociales*. Editorial Paidós.

- Güemes-Hidalgo, M., Ceñal, M., y Hidalgo, M. (2017). Pubertad y adolescencia. *ADOLESCERE Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 5(1), 07-22.  
[https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-V-n1-2017/2017-n1-07\\_22\\_Pubertad-y-adolescencia.pdf](https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-V-n1-2017/2017-n1-07_22_Pubertad-y-adolescencia.pdf)
- Guerra, A. F., Figueredo, S. A. S., Castro, M. A. M., Lalama, J. J., y Sevilla, D. V. V. (2017). El método Clínico: Perspectivas actuales. *Bionatura*, 2(1), 255-260.  
<https://doi.org/10.21931/RB/2017.02.01.8>
- Hayes, S. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12, 99-110.  
<https://contextualscience.org/files/Hayes%201984.pdf>
- Izquierdo, C. (2008). *Crecer en la autoestima*. Paulinas.
- Korman, G., y Garay, C. (2012). El Modelo de Terapia Cognitiva basada en Conciencia Plena. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(1), 5-13.  
<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281925884002.pdf>
- Labrador, F. J., De la Puente, M. L. y Crespo, M. (1995). *Técnicas de control de la activación: relajación y respiración*. Pirámide.
- Leader, H., Singh, J., Ghaffar, A., & de Silva, C. (2018). Association between bullying and pediatric psychiatric hospitalizations. *SAGE Open Medicine*, 6(1), 1-7.  
<https://doi.org/10.1177/2050312117750808>
- Lega, L., Sorribes, F. y Clavo, M. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual*. Paidós.
- Linares, R. (2015). *El niño interior que habita dentro de ti*. Centro Espalter.
- Manrique-Rodríguez, J. H. (2021). *Efecto de un protocolo breve online basada en la terapia de aceptación y compromiso en adolescentes con características de dependencia emocional* [Tesis de maestría, Fundación Universitaria Konrad Lorenz].  
<https://repositorio.konradlorenz.edu.co/bitstream/handle/001/4957/911201003-Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martínez-Yacelga, A., y Sánchez-Vélez, H. J. (2017). *Sucesos de vida estresantes y su relación con los conflictos emocionales en adolescentes de la Fundación Proyecto*

- Don Bosco* [Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio PUCESA. <https://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/1855>
- Marujo, H. y Neto, L. M. (2004). *Optimismo e esperança na educação: fontes inspiradoras para uma escola criativa*. Editorial Presença.
- Méndez, W. M., y González, C. L. S. (2020). Tipos de pensamiento (procesos cognitivos) aplicados por los estudiantes de odontología en el área clínica para elaborar diagnósticos integrales a partir del método clínico. *RECIE. Revista Electrónica Científica de Investigación Educativa*, 5(1), 355-371. <https://doi.org/10.33010/recie.v5i1.953>
- Ministerio de Salud Pública (26 de enero de 2022). *Este 7 de abril se celebra el Día Mundial de la Salud, con el tema "Depresión: Hablemos"*. Ministerio de Salud Pública. Noticias Destacadas. <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>.
- Mokri-Vala, M., Farahbakhsh, K., Salimi Bajestani, H., & Younesi Boroujeni, J. (2022). Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy With an Integrated Package of Gestalt Therapy and Cognitive-behavioral Therapy on the Self-efficacy of Women With Breast Cancer. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 8(1), 51-58. <https://doi.org/10.32598/JCCNC.8.1.408.1>
- Molina-Moreno, P., y Quevedo-Blasco, R. (2019). Una revisión de la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso con niños y adolescentes. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 19(2), 173-188. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6969489>
- Mollo-Torrice, J. P., Larrain, E., y Garaigordobil, M. G. (2018). Prevalencia de Bullying y Cyberbullying en Latinoamérica: una revisión. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 11(3), 1-18. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7005978>
- Montgomery, K. L., Kim, J. S., Springer, D. W., & Learman, J. (2013). A Systematic and Empirical Review of Mindfulness Interventions with Adolescents: A Potential Fit for

Delinquency Intervention. *Best Practices in Mental Health*, 9(1), 1–20.  
<https://link.gale.com/apps/doc/A391721062/HRCA?u=anon~e8633bf7&sid=googleScholar&xid=24b244ac>

Morales-Rodríguez, M., y Morales-Castillo, A. (2018). Propiedades psicométricas de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein en preadolescentes michoacanos. *Integración Académica en Psicología*, 28(6), 1-10. <https://docplayer.es/129939343-Propiedades-psicometricas-de-la-lista-de-chequeo-de-habilidades-sociales-de-goldstein-en-preadolescentes-michoacanos.html>

Morán, V., Azpilicueta, A., Cupani, M., y García-Lopez, L. (2019). Validación del Inventario de Fobia y Ansiedad Social- Forma Breve para universitarios argentinos. *Avaliação Psicológica*, 18(2), 147-155. <https://dx.doi.org/10.15689/ap.2019.1802.16760.05>

Moreno-Gordillo, G., Trujillo-Olivera, L. E., García-Chong, N. R., y Tapia-Garduño, F. (2019). Suicidio y depresión en adolescentes: una revisión de la literatura. *Revista Chilena de Salud Pública*, 23(1), 31-41. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2019.55041>

Morrison, J. (2015). *La entrevista psicológica*. Editorial El Manual Moderno. [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=PvAVCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=Morrison,+J.+\(2015\).+La+entrevista+psicol%C3%B3gica.+Editorial+El+Manual+Moderno.&ots=4FSLUXGTP1&sig=t3SKptRKHDFcZ5GUEIA9\\_yt8Hw#v=onepage&q=Morrison%2C%20J.%20\(2015\).%20La%20entrevista%20psicol%C3%B3gica.%20Editorial%20El%20Manual%20Moderno.&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=PvAVCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=Morrison,+J.+(2015).+La+entrevista+psicol%C3%B3gica.+Editorial+El+Manual+Moderno.&ots=4FSLUXGTP1&sig=t3SKptRKHDFcZ5GUEIA9_yt8Hw#v=onepage&q=Morrison%2C%20J.%20(2015).%20La%20entrevista%20psicol%C3%B3gica.%20Editorial%20El%20Manual%20Moderno.&f=false)

Muniz, A. (2018). *Intervenciones en psicología clínica: herramientas para la evaluación y el diagnóstico*. Editorial Comisión Sectorial de Enseñanza, Universidad de la República. [https://psico.edu.uy/sites/default/pub\\_files/2018-11/Intervenciones%20en%20psicologi%CC%81a%20cli%CC%81nica.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/pub_files/2018-11/Intervenciones%20en%20psicologi%CC%81a%20cli%CC%81nica.pdf)

Muñoz, V., Alvarado, C., Barros, J., y Malla, M. (2021). Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes: Artículo original. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*, 22(1), 6-1. 6:1-8. <https://doi.org/10.52011/0008>

- Múzquiz, J., Pérez-García, A. M., y Bermúdez, J. (2021). Autoestima, autocompasión y afecto positivo y negativo en víctimas y agresores de bullying: Estudio comparativo con medidas autoinformadas e informadas por pares. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(1), 23-33. <https://doi.org/10.5944/rppc.28156>
- Navarro-Loli, J. S., y Moscoso, M. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), 57-74. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.04>
- Navarro-Muñoz, M. A. (2018). *Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso único* [Tesis de maestría, Universidad del Norte]. <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8271/133881.pdf?se>
- Ordaz-Leal, K., y Bennett-Vidales, M. (2019). Integración de la terapia Cognitivo Conductual y terapia centrada en soluciones en un taller para el aumento de la autoestima y asertividad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 42. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol22num2/Vol22No2Art17.pdf>
- Papalia, D. E., Feldman, R. D., y Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. McGraw-Hill.
- Pérez-Acosta, A. M., Sánchez, A. R., y Vargas, M. C. (2008). Albert Ellis (1913-2007): pionero de los modelos mediacionales de intervención. *Psicol. conduct*, 16(2), 341-348. [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/12.Perez\\_16-20a-1.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/12.Perez_16-20a-1.pdf)
- Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). *Terapia gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Sociedad Cultural Valle-Inclán. <https://www.amazon.com/-/es/FREDERICK-S-PERLS/dp/849528927X>
- Perpiñá, C. (2014). *Manual de la entrevista psicológica*. Ediciones Pirámide.
- Portell, M., y Vives, J. (2019). *Investigación en Psicología y Logopedia: Introducción a los diseños experimentales, cuasi-experimentales y ex post facto* (Vol. 60). Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.

[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=2UWuDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=Portell,+M.,+y+Vives,+J.+\(2019\).+Investigaci%C3%B3n+en+Psicolog%C3%ADa+Logopedia:+Introducci%C3%B3n+a+los+dise%C3%B1os+experimentales,+cuasi-experimentales+y+ex+post+facto+\(Vol.+60\).+Servei+de+Publicacions+de+la+Universitat+Aut%C3%B2noma+de+Barcelona.+&ots=q83eQWKLdf&sig=T4-sE-icnUHN\\_-NHDw0Qw1IKPPw#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=2UWuDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=Portell,+M.,+y+Vives,+J.+(2019).+Investigaci%C3%B3n+en+Psicolog%C3%ADa+Logopedia:+Introducci%C3%B3n+a+los+dise%C3%B1os+experimentales,+cuasi-experimentales+y+ex+post+facto+(Vol.+60).+Servei+de+Publicacions+de+la+Universitat+Aut%C3%B2noma+de+Barcelona.+&ots=q83eQWKLdf&sig=T4-sE-icnUHN_-NHDw0Qw1IKPPw#v=onepage&q&f=false)

Raich, R., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I., y Zapater, I. (1996), Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y salud*, 7(1), 51-66. <https://psycnet.apa.org/record/1999-13362-003>

Reddy, P. D., Thirumoorthy, A., Vijayalakshmi, P., & Hamza, M. A. (2015). Effectiveness of solution-focused brief therapy for an adolescent girl with moderate depression. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(1), 87-89. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.4103/0253-7176.150849>

Resett, S., y Gonzáles, P. (2020). Victimización de pares y depresión: su asociación con las autolesiones y la ideación suicida en adolescentes. *Summa Psicológica UST*, 17(1), 20-29. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8039658>

Roca, E. (2005). *Cómo mejorar tus habilidades sociales: programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional*. Ediciones ACDE. <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/pdf/Habilidades%20sociales-Dale%20una%20mirada.pdf>

Rodríguez, J., Antón, D., Alcázar, A., y Olivares-Olivares, P. (2018). *Intervención Psicológica: Estrategias, técnicas y tratamientos*. Ediciones Pirámide.

Rodríguez-Alejo, D. I., y González-Ramírez, M. T. (2020). Integración de la terapia cognitivo conductual y la terapia centrada en soluciones en un caso de depresión mayor. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(1), 147-179. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol23num1/Vol23No1Art8.pdf>

- Rodríguez-Mendoza, I. (2018). *Terapia cognitiva basada en mente plena para la regulación emocional en adolescentes del hogar metro amigos* [Tesis de maestría, Universidad de Panamá]. <http://up-rid.up.ac.pa/1985/>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400876136>
- Ruiz-Arzalluz, H. Y., Castro-Valles, A., y Rodríguez-Plaza, M. (2021). Ideación suicida en un adolescente como estudio de caso desde la perspectiva humanista logoterapéutico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 24(1), 99-121. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2021/epi211e.pdf>
- Ruiz-Fernández, M. Á., Díaz-García, M. I., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Sacks, J., y Levy, S. (1967). "El Test de frases incompletas". En *Abt y Anderson: Psicología Proyectiva*. Paidós. <https://apunteca.usal.edu.ar/id/eprint/3177/>
- Salama, H. (2010). *Psicoterapia Gestalt: procesos y metodología*. AMAT.
- Sánchez-Durán, T. A., Cruz-Pérez, L., Chávez-Rosas, S. E., Guillén-Cortés, L. B., Martínez-Cabañas, Y. I., Barragán-González, Y., y García-Cortés, J. M. (2020). Estereotipos de belleza en redes sociales y la desvalorización del rol de la pareja. *Revista Electrónica de Psicología de la*, 10(19), 11-19. [https://www.researchgate.net/profile/Fernando-Leon-10/publication/342083738\\_Una\\_breve\\_historia\\_sobre\\_el\\_origen\\_de\\_las\\_emociones/links/5f44e49fa6fdcccc43fdefb5/Una-breve-historia-sobre-el-origen-de-las-emociones.pdf#page=11](https://www.researchgate.net/profile/Fernando-Leon-10/publication/342083738_Una_breve_historia_sobre_el_origen_de_las_emociones/links/5f44e49fa6fdcccc43fdefb5/Una-breve-historia-sobre-el-origen-de-las-emociones.pdf#page=11)
- Sánchez-Villena, A. R., de La Fuente-Figuerola, V., y Ventura-León, J. (2021). Modelos factoriales de la Escala de Autoestima de Rosenberg en adolescentes peruanos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(1), 47-55. <https://doi.org/10.5944/rppc.26631>

- Sanz, J., Perdigón, A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>
- Selekman, M. D. (2005) *Pathways to change. Brief Therapy with difficult adolescents*. Guilford Publications.
- Shazer, S., Berg, I., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., y Weiner, M. (1986). Brief Therapy: Focused Solution Development. *Family process*, 25(2), 207-221. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1986.00207.x>
- Sigüenza, W., Quezada, E., y Reyes, M. (2019). Autoestima en la adolescencia media y tardía. *Revista Espacios*, 40(15), 19-27. <http://www.revistaespacios.com/a19v40n15/a19v40n15p19.pdf>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1999). *Manual STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. TEA Ediciones. <https://web.teaediciones.com/ejemplos/stai-manual-extracto.pdf>
- Tena-Hernández, F. J. (2020). Psicoeducación y salud mental. *Revista científicosanitaria*, 4(3), 36-45. [https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum\\_v4\\_n3\\_a5.pdf](https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf)
- Tomás, A. (1995). *Manual de calificación y diagnóstico de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein*. Cobe Angelista. [https://www.academia.edu/36913711/MANUAL\\_DE\\_CALIFICACION\\_Y\\_DIAGNOSTICO\\_DE\\_LA\\_LISTA\\_DE\\_LISTA\\_DE\\_CHEQUEO\\_DE\\_HABILIDADES\\_SOCIALES](https://www.academia.edu/36913711/MANUAL_DE_CALIFICACION_Y_DIAGNOSTICO_DE_LA_LISTA_DE_LISTA_DE_CHEQUEO_DE_HABILIDADES_SOCIALES)
- Torres de Lamadrid, M. A., y Fernández-Solís, M. E. (2019). Terapia cognitivo-conductual y centrada en soluciones para el fortalecimiento de la autoestima de una mujer homosexual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(3). 2465-2488. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol22num3/Vol22No3Art1.pdf>

- Vaca-Ferrer, R., Ferro-García, R., y Valero-Aguayo, L. (2021). Una revisión de los programas de intervención grupal con víctimas de violencia de género. *Apuntes de Psicología*, 39 (3), 111-124. <https://idus.us.es/handle/11441/129080>
- Valverde, C. V. (2013). *Psicología positiva aplicada*. Desclée de Brouwer.
- Vázquez, C., y Hervás, G. (2008). *Psicología Positiva Aplicada (2da. edición)*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Vázquez-Arévalo, R., Galán-Julio, J., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G., Mancilla-Díaz, J. M., Caballero-Romo, A., & Unikel-Santoncini, C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2(1), 42-52. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v2n1/v2n1a5.pdf>
- Villamizar-Pabón, D. C. (2019). *Evaluación e intervención clínica desde la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en una paciente con depresión mayor de intensidad moderada* [Tesis de maestría, Universidad Pontificia Bolivariana]. [https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/6386/digital\\_38715.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/6386/digital_38715.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(4), 448- 457. <https://doi.org/10.1037/h0027806>
- White, M. y Epston, D. (1980). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós. <http://enriqueespejel.com/uploads/6/4/9/7/64973179/medios-narrativos-para-fines-terapeuticos2.pdf>
- Yela, J. D., y Bastida, J. D. (2019). *Evaluación en psicología clínica de adultos*. Editorial UOC.
- Zubeidat, I., Salinas, J. M., y Sierra, J. C. (2007). Escala de Miedo a la Evaluación Negativa y Escala de Evitación y Malestar Social: fiabilidad y validez en una muestra de adolescentes españoles. *Clínica y Salud*, 18(1), 57-81. ISSN: 1130-5274. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180613874005.pdf>