



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Caso clínico: Intervención cognitivo- conductual en
adolescente con depresión leve**

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

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autora: Loaiza Chávez, Damaris Berenice

Director: Cabrera Sandoval, Pablo Andrés

LOJA

2024



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-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>

2024

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 25 septiembre de 2024

Magíster

Gianella Lisseth Toro Sánchez

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad.-

De mi consideración:

El presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Caso Clínico: Intervención Cognitivo-Conductual en Adolescente con Depresión Leve, realizado por Damaris Berenice Loaiza Chávez ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación de este. 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,

Director: Pablo Andrés Cabrera Sandoval, Magister.

C.I: 1104027394

Correo electrónico: pacabrera15@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Damaris Berenice Loaiza Chávez, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: “Caso Clínico: Intervención Cognitivo-Conductual en Adolescente con Depresión Leve”, de la carrera de Psicología Clínica específicamente de los contenidos comprendidos en: Capítulo uno Marco teórico; Capítulo dos abarca Metodología; Capítulo tres contiene Resultados, discusión, conclusión y recomendación; siendo Mgs. Pablo Cabrera director 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 con 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 (Universidad Técnica Particular de Loja), 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: Damaris Berenice Loaiza Chávez

C.I.: 1150040580

Correo electrónico: damarisloaiza589@gmail.com

Dedicatoria

A Dios, por darme la fuerza para trabajar con amor cada día. A mi madre por enseñarme a ser valiente en mis proyectos. A mi padre a enseñarme a ser constante y responsable.

A mi hermana por enseñarme a tener siempre una sonrisa a pesar de la adversidad.

A mi abuelito por ayudarme desde el cielo y recordarme que debo ser correcta en mis acciones.

A mí misma por demostrarme que puedo lograr lo que este en mi mente y corazón.

Y gracias a las personas que han estado en mi vida, así sea por momentos, y poder aprender de ustedes, los llevo en mi corazón.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por pensar en mí, por presentarme y quitarme a las personas a lo largo de este camino profesional. Gracias familia, tenían razón que todo es momentáneo pero su amor nunca lo será. Gracias a mis pocos amigos que estuvieron allí para escuchar mis logros y mis caídas, gracias y mil gracias. Dios les bendiga hoy y siempre.

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	8
Marco teórico	8
1.1 Presentación del caso	8
1.1.1 <i>Identificación del paciente</i>	8
1.2 Motivo de consulta	9
1.2.1 <i>Historia del problema y descripción de la sintomatología</i>	9
1.3 Proceso de evaluación.....	11
1.3.1.1 Primera entrevista	12
1.3.1.2 Segunda entrevista.....	13
1.3.1 <i>Observación clínica</i>	13
1.3.2 <i>Instrumentos psicológicos aplicados</i>	14
1.3.3 <i>Diagnóstico presuntivo</i>	21

1.3.4	<i>Diagnóstico diferencial</i>	21
1.3.1.	<i>Diagnóstico definitivo</i>	23
2.1.1	<i>Objetivos terapéuticos</i>	25
2.1.2	<i>Plan de tratamiento</i>	26
	2.1.2.1 Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.....	30
	Capítulo tres	45
	Resultados	45
3.1	Análisis de resultados cuantitativos	45
3.2	Análisis de resultados cualitativos	46
	Discusión	50
	Conclusiones	56
	Recomendaciones	57
	Referencias	58

Índice de tablas

Tabla 1.....	15
Tabla 2.....	16
Tabla 3.....	17
Tabla 4.....	18
Tabla 5.....	19
Tabla 6.....	20
Tabla 7.....	26
Tabla 8.....	47

Índice de figuras

Figura 1.	8
Figura 2.	45
Figura 3.	46

Resumen

Esta investigación presenta el caso de una adolescente con sintomatología de trastorno depresivo recurrente. Utilizando un enfoque cognitivo conductual, se implementaron técnicas de entrevista, historia clínica y diversos instrumentos psicológicos como el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autoestima de Rosenberg. Durante las diez sesiones terapéuticas, el proceso incluyó la modificación de pensamientos y conductas, control de síntomas y establecimiento de rutinas saludables. A través de estas intervenciones, se observó una mejora significativa en la autoestima y una reducción notable de los síntomas depresivos de la paciente.

Los resultados cuantitativos y cualitativos evidenciaron la eficacia del enfoque cognitivo-conductual en la reducción de la sintomatología depresiva y la mejora de la calidad de vida de la adolescente. Se destacó la relevancia de intervenciones personalizadas, que incluyeron material lúdico, y exhaustivas en la práctica clínica. En conclusión, la sistematización de prácticas terapéuticas en adolescentes con trastorno depresivo recurrente subraya la necesidad de enfoques adaptativos para abordar esta condición compleja; así como de un entorno de apoyo continuo para garantizar la sostenibilidad de los avances logrados.

Palabras clave: terapia cognitivo conductual, adolescente, depresión recurrente.

Abstract

This research presents the case of an adolescent with symptoms of recurrent depressive disorder. Using a cognitive-behavioral approach, interview techniques, clinical history, and various psychological instruments such as the Beck Depression Inventory and the Rosenberg Self-Esteem Scale were implemented. During the ten therapeutic sessions, the process included the modification of thoughts and behaviors, symptom control, and the establishment of healthy routines. Through these interventions, a significant improvement in self-esteem and a notable reduction in the patient's depressive symptoms were observed. Quantitative and qualitative results evidenced the effectiveness of the cognitive-behavioral approach in reducing depressive symptoms and improving the adolescent's quality of life. The relevance of personalized and comprehensive interventions, which included playful material, in clinical practice was highlighted. In conclusion, the systematization of therapeutic practices in adolescents with recurrent depressive disorder underscores the need for adaptive approaches to address this complex condition, as well as a continuous support environment to ensure the sustainability of the achieved improvements.

Keywords: cognitive behavioral therapy, adolescent, recurrent depression.

Introducción

El trastorno depresivo recurrente (TDR) representa una preocupación significativa en el campo de la salud mental, especialmente en los adolescentes, caracterizándose por episodios repetidos de depresión mayor que afectan profundamente el funcionamiento cotidiano de los individuos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), la depresión es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial, afectando a más de 264 millones de personas, con una prevalencia notablemente alta en adolescentes y adultos jóvenes. Esta condición no sólo impacta la calidad de vida del individuo afectado, sino que también impone una carga considerable sobre los sistemas de salud y la sociedad en su conjunto (Ferrari et al., 2014).

En Europa, estudios recientes indican que aproximadamente el 10% de los adolescentes sufren de algún tipo de trastorno depresivo, con una tendencia al alza en las últimas décadas (European Union Statistics on Income and Living Conditions, 2019), reflejando una tendencia similar en América del Norte y América Latina (Polanczyk et al., 2019; Thapar et al., 2021). En América del Norte, la prevalencia de la depresión en adolescentes es igualmente alarmante, por ello la American Psychological Association (APA) reporta que el 13% de los adolescentes estadounidenses experimentan un episodio depresivo mayor cada año, con una mayor incidencia en las adolescentes femeninas (National Institute of Mental Health, 2019). Además, el TDR está asociado con altos índices de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y físicos, lo que agrava aún más la situación de los pacientes y complica su tratamiento (Kessler et al., 2019).

En América Latina, los estudios indican que los adolescentes enfrentan una serie de desafíos adicionales, como la violencia, pobreza y falta de acceso a servicios de salud mental adecuados, lo que exacerba la prevalencia y la severidad de los trastornos depresivos (Pan American Health Organization, 2018).

En el contexto nacional, Ecuador no es una excepción a esta problemática. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018) reporta que un porcentaje

significativo de adolescentes ecuatorianos experimentan síntomas depresivos. Este escenario destaca la urgente necesidad de desarrollar e implementar intervenciones efectivas que puedan mitigar esta tendencia y proporcionar un apoyo adecuado a los adolescentes afectados.

El TDR se conceptualiza a partir de bases teóricas que integran modelos biológicos, psicológicos y sociales. Desde una perspectiva biológica se ha sugerido que factores genéticos y neuroquímicos juegan un papel crucial en la vulnerabilidad a la depresión recurrente (Kendler et al., 2019). Estudios de gemelos han demostrado una heredabilidad significativa de depresión, lo que indica que los factores genéticos contribuyen aproximadamente al 40 y 50% de riesgo de desarrollar este trastorno (Sullivan et al. 2019) Además, la investigación ha identificado desequilibrios en neurotransmisores como la serotonina, la dopamina y la norepinefrina como factores implicados en la fisiopatología de la depresión (Nestler et al., 2019), los factores sociales como el acoso escolar, la presión académica y las dificultades familiares también desempeñan roles críticos en la etiología de la depresión en esta población (Birmaher & Brent, 2017).

En términos psicológicos, las teorías cognitivo-conductuales proponen que los patrones de pensamiento negativo y las creencias disfuncionales contribuyen a la aparición y el mantenimiento de los episodios depresivos (Beck, 2019). Según el modelo cognitivo de la depresión realizado por Beck, los individuos con depresión tienden a interpretar las experiencias de manera negativa, lo que perpetúa un ciclo de pensamientos, emociones y comportamientos disfuncionales. Estos patrones de pensamientos negativos, conducidos como esquemas cognitivos pueden ser activados por eventos estresantes y conducir a un episodio depresivo recurrente.

Además, los modelos sociales enfatizan la influencia de factores estresantes del entorno y la falta de apoyo social en el desarrollo del trastorno depresivo recurrente (Hammen, 2019). Las experiencias de vida adversas como el abuso infantil, la violencia doméstica y las dificultades económicas, están estrechamente relacionadas con un mayor riesgo de

depresión recurrente (Brown & Harris, 2018).

La intervención temprana y eficaz en trastorno depresivo recurrente es importante por las graves implicaciones que esta condición puede tener sobre desarrollo emocional, académico y social de los adolescentes. Las intervenciones basadas en la terapia cognitivo conductual (TCC) han demostrado particularmente ser efectivas en el manejo de los síntomas depresivos y en la prevención de recaídas (Kendall, 2017). La TCC se centra en la modificación de los patrones de pensamiento disfuncionales y la adopción de comportamientos más saludables, lo cual contribuye a una mejoría significativa en el estado de ánimo y el funcionamiento general del individuo (Kazdin, 2018). Además, la TCC incluye técnicas de activación conductual, que ayudan a los pacientes a incrementar su participación en actividades placenteras y significativas, lo cual puede contrarrestar los síntomas de anhedonia y baja energía (Martell et al., 2021).

La investigación sobre el trastorno depresivo recurrente es crucial tanto para las universidades como para la sociedad en general. En el ámbito académico, los estudios sobre este trastorno permiten una comprensión más profunda de sus mecanismos subyacentes y la eficacia de diferentes intervenciones terapéuticas (Clark et al., 2018). Esta investigación también proporciona una base sólida para la formación de futuros profesionales de la salud mental, equipándolos con las herramientas necesarias para abordar eficazmente la depresión en sus prácticas clínicas, además, la investigación en el ámbito universitario puede contribuir al desarrollo de nuevas estrategias de tratamiento y a la mejora de existentes, fomentando una práctica basada en la evidencia.

A nivel social, hubo una mayor comprensión y tratamiento efectivo del trastorno depresivo recurrente pueden reducir la carga económica asociada con la pérdida de productividad y uso de servicios de salud, además de mejorar la calidad de vida de los individuos afectados. El TDR afecta al individuo y a su entorno familiar y social, generando un gran impacto en las relaciones interpersonales y en la dinámica familiar (Patel et al., 2020). Por tanto, la implementación de programas de intervención y prevención a nivel comunitario puede

tener beneficios amplios y sostenibles, mitigar los efectos negativos de la depresión recurrente y promover el bienestar general de la comunidad (Patel et al., 2020).

La investigación se organiza en varios capítulos, siendo el primero el que revisa la literatura sobre el trastorno depresivo recurrente, incluyendo su prevalencia, factores de riesgo y teorías etiológicas. Se exploran estudios recientes y se analizan datos epidemiológicos para proporcionar una visión clara de la magnitud del problema. El segundo capítulo describe la metodología utilizada en el estudio de caso, detallando los instrumentos de evaluación y las técnicas terapéuticas implementadas. Aquí, se discute la importancia de un enfoque multidimensional y personalizado en el tratamiento de la depresión en adolescentes. El tercer capítulo presenta los resultados del estudio, destacando los avances terapéuticos logrados a través de la intervención cognitivo conductual. Los datos se analizaron tanto cualitativa como cuantitativamente para evaluar la efectividad del tratamiento. Finalmente se concluye con una discusión de los hallazgos, implicaciones clínicas y recomendaciones para futuras investigaciones y prácticas clínicas.

Según lo mencionado, se puede determinar que la adolescencia es una etapa de transición que requiere un enfoque particular y especializado en salud mental. La vulnerabilidad psicológica combinada con los cambios hormonales y la presión social hace que los adolescentes sean susceptibles a desarrollar trastornos depresivos. Siendo así, el presente trabajo radica desde la necesidad de desarrollar intervenciones terapéuticas adaptativas y efectivas que no solo aborden los síntomas depresivos, sino que también promuevan un desarrollo saludable y resiliente. Esta investigación también proporciona una base sólida para la formación de futuros profesionales de la salud mental, equipándolos con las herramientas necesarias para abordar eficazmente la depresión en sus prácticas clínicas, además, la investigación en el ámbito universitario puede contribuir al desarrollo de nuevas estrategias de tratamiento y a la mejora de existentes, fomentando una práctica basada en la evidencia.

En conclusión, el trastorno depresivo recurrente es una condición de salud mental de alta prevalencia y severidad que requiere atención e intervención especializada. La

integración de modelos teóricos biológicos, psicológicos y sociales proporcionan una comprensión de esta problemática, mientras que la intervención continúa y las intervenciones basadas en evidencia son esenciales para mitigar su impacto en la sociedad. La relevancia de estos estudios para las universidades y la sociedad subraya la necesidad de continuar apoyando la investigación y el desarrollo de estrategias efectivas para el tratamiento del trastorno depresivo recurrente (TDR).

A continuación, se analiza el riguroso proceso realizado en esta investigación, describiendo paso a paso las técnicas y actividades implementadas para alcanzar los resultados finales según un enfoque cognitivo conductual y en las características del paciente.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso

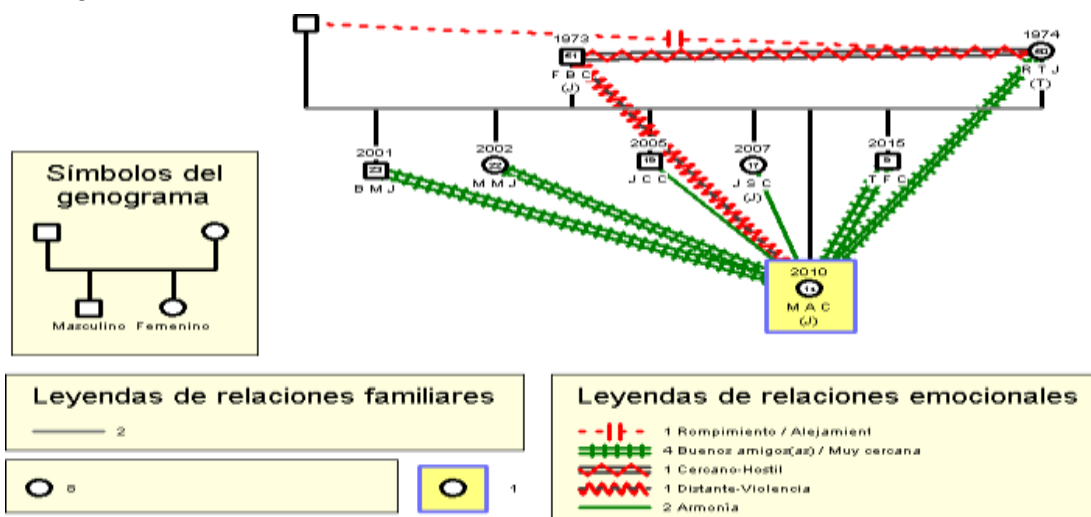
La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

1.1.1 Identificación del paciente

La paciente es una adolescente de 13 años, que residía en Gualaquiza hasta su ingreso al centro de acogimiento en Loja en enero de este año. Pertenece a la comunidad Yukutais y demuestra fluidez tanto en lengua castellana como en shuar. Su estructura familiar está compuesta por padre y madre, siendo ella la quinta de seis hermanos. En cuanto a su desempeño académico, mantuvo puntajes aceptables hasta el 6to año de Educación General Básica (EGB), cuando se vio afectada por la falta de acceso a internet, ya que muchos deberes requerían plataformas digitales. Actualmente, continúa sus estudios a distancia con la asistencia de las tutoras del hogar de acogida donde reside.

Figura 1

Genograma familiar



Nota. Ilustración sobre las relaciones familiares de la paciente.

Familia reconstituida, estructurada por padre y madre con jefatura paternal, en donde el sostenimiento económico está a cargo del padre, y las labores del hogar son únicas y exclusivas de la mujer. El estilo de crianza utilizado fue sobreprotector y conflictivo debido a las prohibiciones dadas a las mujeres del hogar con los hombres de su comunidad por el miedo irracional de que alguna de sus hijas quede embarazada. La paciente es la quinta de seis hermanos, siendo los dos primeros de una relación anterior de la madre y los cuatro restantes de la relación actual.

Las relaciones en la familia son hostiles, especialmente con el padre, que se describe como distante y verbalmente violento. La paciente define a su padre como alguien “grosero” y “difícil de tratar”. Existe un sentimiento de rivalidad hacia su hermana mayor, ya que menciona que “ella siempre es la mejor para todo ante los ojos de mi papá”. La relación entre el padre y la paciente es un distante y marcada por la violencia verbal. Actualmente, sus relaciones con su madre y hermanastros son buenas, pero con sus hermanos directos la relación es hostil.

1.2 Motivo de consulta

La paciente acude a consulta remitida por la profesional del hogar de acogimiento en donde reside desde el mes de enero del año en curso. Presentando sentimientos de tristeza, soledad, pensamientos de culpabilidad, conductas autolíticas y llanto fácil lo cual ha experimentado los últimos meses por una supuesta relación conflictiva con el padre, esto referente a la mención de la paciente “me siento triste casi todo el día y eso me hace pensar cosas malas, más cuando estoy mal con mi papi”.

A medida que la paciente respondía las preguntas se pudo evidenciar distorsiones cognitivas como personalización, pensamientos automáticos, creencias intermedias y nucleares como “todo es mi culpa”, “no debí haber hecho esto”, “todo me sale mal”, “es mejor callarme cuando me están gritando”, “las mujeres de verdad saben cocinar y yo no puedo así que no soy suficiente”.

1.2.1 Historia del problema y descripción de la sintomatología

La paciente recuerda que, desde la infancia, su relación con el padre fue conflictiva, caracterizada por una alta intensidad de conflictos. El padre la excluía de eventos familiares, la insultaba por no realizar actividades domésticas y le prohibía tener amistades con hombres. La frecuencia de estos conflictos era constante, ocurriendo regularmente y creando un ambiente hostil. Además, menciona que cualquier familiar tenía prohibido intervenir en estas situaciones, ya que, si lo hacían, el padre les negaba la entrada y comida. En estas circunstancias la paciente se dirigía a casa de sus hermanastros en busca de ayuda.

Al regresar a casa, sus hermanos la mortificaban mencionando “al menos a mi si me planearon” haciendo referencia a la planificación familiar de sus padres. Esta situación generaba en la paciente sentimientos de soledad, rencor y tristeza ya que comenta “yo siempre me sentí excluida y no querida hasta que llegó mi hermanito”. El estilo de crianza utilizado fue sobreprotector y conflictivo debido a las prohibiciones dadas a las mujeres del hogar respecto a los hombres de su comunidad por el miedo irracional de que alguna de sus hijas quede embarazada. A medida que la paciente respondía las preguntas se pudo evidenciar distorsiones cognitivas. Entre ellas se observó la personalización al atribuirse la responsabilidad de eventos negativos sin fundamentos claros. También se identificaron pensamientos automáticos negativos recurrentes, caracterizados por una visión pesimista de sí misma y de sus capacidades. Las creencias intermedias y nucleares revelaron una autoevaluación altamente negativa y rígida, comparándolo cuando se evidencia la tendencia de culparse por situaciones fuera de su control, expresar constantemente sentimientos de fracaso y el considerar guardar silencio cuando se le grita. Además, sostiene la creencia de que las mujeres deben ser competentes en la cocina para ser valiosas, y al no cumplir con esta expectativa se siente insuficiente.

Dentro de los factores predisponentes se incluyen la relación conflictiva con su padre desde la infancia hasta la actualidad, la exclusión por parte de sus hermanos y cómo la consideraban una hija no deseada. En cuanto a los factores precipitantes, destaca la frecuencia de los conflictos con su padre, caracterizados por insultos relacionados con

su desempeño en las tareas del hogar por su género. Estas experiencias desencadenaron pensamientos los adaptativos como la creencia de que su rol se limita únicamente a las labores domésticas. Los factores mantenedores habitan con su padre y hermanos, pensamientos de crítica y personalización que presenta desde la infancia hasta hoy aumentando su intensidad; como consecuencia, la paciente personaliza las experiencias afrontadas y siente merecer la soledad, lo que ha hecho que las relaciones de amistad se basan en la desconfianza. Además, incluye la presencia de sintomatología como como baja energía, sentimientos de soledad, baja autoestima, insomnio, tristeza, pensamientos de culpabilidad.

Entre los factores mantenedores se identifican en la convivencia continua con su padre y hermanos, así como en los patrones de pensamiento crítico y personalizador que ha exhibido desde la infancia hasta el presente, intensificándose con el tiempo. En la actualidad, tiende a personalizar situaciones que enfrenta y a sentir que merece la soledad lo que ha afectado sus relaciones de amistad fundamentadas en la de desconfianza.

1.3 Proceso de evaluación

El proceso de evaluación psicológica incluye una entrevista inicial para recopilar información básica y establecer una relación terapéutica (Groth-Marnat & Wright, 2016). Luego, se seleccionan y administran pruebas estandarizadas adecuadas a la naturaleza del problema del paciente (Cohen et al., 2018, APA, 2020). Los datos obtenidos se analizan y se integran en un perfil comprensivo (Kaplan & Sacuzzo, 2017), seguido de la elaboración de un informe detallado con diagnóstico y recomendaciones (Groth-Marnat & Wright, 2016). Finalmente, se realiza una sesión de devolución para discutir los resultados y planificar el tratamiento (Cohen et al., 2018). En este caso, la evaluación se realizó con técnicas de observación y entrevista psicológica y, la aplicación de pruebas psicológicas cumpliendo con el objetivo de recoger información.

Durante el relato de la paciente se identificaron pensamientos automáticos, creencias intermedias y nucleares, y fisiológicos asociadas con la sintomatología

presentada. Las sesiones terapéuticas se realizaron en 10 sesiones con una duración de 45 minutos, de dos a una vez por semana debido a la disponibilidad de la paciente, las sesiones están dirigidas por técnicas cognitivo-conductuales.

1.3.1 Entrevista con la paciente

La función primordial del terapeuta radica en recibir la solicitud o motivo de consulta del paciente, comúnmente marcada por sentimientos de agobio o malestar. Este encuentro inicial establece los pilares fundamentales para el proceso terapéutico al convertir la información general en detalles precisos, facilitando así la evaluación clínica. En línea con la perspectiva de Beck (2019), este momento es relevante al requerir habilidades de escucha activa y formulación de preguntas pertinentes por parte del terapeuta. La habilidad del terapeuta para escuchar de manera activa contribuye a crear un ambiente de apoyo y comprensión para la paciente. La formulación de preguntas pertinentes durante esta fase inicial orienta la dirección del tratamiento, esto gracias al desarrollo de una entrevista semiestructurada definida por Kvale (1996) como quien proporciona un marco que asegura que se cubra todos los temas importantes, mientras que la flexibilidad permite una exploración más profunda de las respuestas del entrevistado, facilitando una comprensión más completa y rica del fenómeno en estudio.

En resumen, esta etapa establece una base sólida para la relación terapéutica y un proceso de evaluación exhaustivo, lo que conduce a un abordaje terapéutico personalizado y efectivo.

1.3.1.1 Primera entrevista. La primera entrevista se concibe como una herramienta relacional fundamental para reorganizar expectativas, intenciones, direcciones y responsabilidades dentro del proceso terapéutico (Del Campo Yecora & Maeso, 2021). Para cultivar una atmósfera acogedora que sea aceptada, confianza y empatía mutua, se delinearon la metodología de la sesión y los objetivos y normativas a seguir, incluyendo la firma del consentimiento informado.

Posteriormente, se procedió a recabar información personal, abordando aspectos

como la edad, lugar de origen, síntomas presentados para establecer un motivo de consulta, así como la historia de la enfermedad y una psicoanamnesis exhaustiva tanto normal como patológica. Se le explica los aspectos importantes dentro de las sesiones como el consentimiento informado, la puntualidad, modalidad de sesiones y lo que se busca dentro de las mismas; por ello se plantean objetivos de ambas partes, dando así rapport la cual según Patton (2002) es una relación de confianza y entendimiento mutuo entre el entrevistador y el entrevistado, esencial para obtener respuestas detalladas. Durante el relato de la paciente se identificaron pensamientos automáticos, creencias intermedias y nucleares, y fisiológicos asociadas con la sintomatología presentada. Para evaluar las funciones mentales de la paciente, se administraron el reactivo MINIMENTAL el cual se lo realizó sin interrupciones y de manera correcta; y el Inventario de Frases Revisado (IFR), para identificar posibles áreas vitales afectadas basándose en la sintomatología y su relato dentro de la entrevista.

1.3.1.2 Segunda entrevista. El propósito de esta entrevista radica en recabar información complementaria para elaborar hipótesis diagnósticas y determinar las pruebas pertinentes a aplicar, en este sentido se retroalimentó la información recopilada inicialmente para verificar su precisión y completitud. Durante el relato de la paciente, se sigue recolectando información para conocer su entorno familiar y personal, destacándose una relación conflictiva y distante con su padre, que ha desencadenado síntomas depresivos significativos. La paciente muestra un semblante triste y ocasionalmente necesita pausas para recuperar el aliento debido al llanto provocado por la experiencia de vivir en un entorno donde enfrenta insultos por parte de su padre y hermanos, así como una sensación de soledad en casa. Ante la presencia de sintomatología depresiva, se consideró pertinente la aplicación del Cuestionario de Depresión de Beck y el Cuestionario de Ansiedad de Beck para una evaluación más exhaustiva.

1.3.2 Observación clínica

Técnica a partir de la cual se obtienen datos perceptibles del paciente como

características del sujeto, comportamientos verbales y no verbales, y la interacción de la paciente hacia el contexto (Piacente, 2009). Se ha evaluado a una paciente de sexo femenino cuya apariencia física no refleja su edad cronológica, mostrando vestimenta no acorde con el entorno, lo cual se atribuye a su origen en una región de clima cálido distinto al presente. No obstante, exhibe un cuidado personal adecuado.

Al ingresar al consultorio, su marcha es pausada y adopta inicialmente una postura semiencorvada, aunque esta mejora durante la sesión. La paciente mantiene un contacto visual apropiado y muestra disposición colaborativa en todo momento. Su nivel de conciencia se evidencia claro y orientado en tiempo y espacio, aunque se registra una dificultad para distinguir entre provincia y país, atribuida a su nivel educativo. La atención sostenida y la memoria son adecuadas, recordando detalles relevantes de su pasado y presente. En cuanto al lenguaje, su tono y ritmo son adecuados, aunque su narrativa tiende a ser circunstancial. La afectividad se manifiesta en un estado de ánimo deprimido, posiblemente relacionado con la situación que atraviesa. Ahondando con este apartado, se puede evidenciar que esta es un área altamente afectada pues las primeras sesiones la paciente presenta un llanto fácil lo cual está acompañado de recuerdos que la invaden en su mente, pues la paciente menciona reiteradas veces entre llanto que se siente sola en su casa y prefiere estar en un lugar donde le muestren afecto.

1.3.3 Instrumentos psicológicos aplicados

Se realiza un análisis funcional gracias a Minimental, Inventario de frases Revisado, inventario de ansiedad de Beck, escala de autoestima de Rosenberg, inventario de depresión de Beck y MACI; estos reactivos psicológicos fueron pieza clave en las sesiones de evaluación para poder dar un pronóstico de diagnóstico y un plan terapéutico acorde.

Minimental State Examination MMSE

El instrumento MINIMENTAL es una herramienta de evaluación breve y estandarizada utilizada para medir el deterioro cognitivo. Desarrollado por Folstein y McHugh en 1975, que consta de 30 ítems que evalúan áreas cognitivas como orientación temporal, orientación espacial, registro de palabras, atención y cálculo, recordar palabras, lenguajes y construcción

visual. El instrumento MINIMENTAL posee puntos de corte de 24-30 puntos los cuales indican una función cognitiva normal. 18-23 puntos sugiere un deterioro cognitivo leve y 0-17 puntos indican un deterioro cognitivo grave. El mismo, ha mostrado una consistencia interna aceptable, con un alfa de Cronbach que varía entre 0.70 y 0.90, dependiendo de la población y el contexto de administración (Tombaugh & MacIntyre, 1992).

Tabla 1

Resultados de la aplicación de Minimental MMSE

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
MINIMENTAL	Orientación Temporal:5/5 puntos	Orientación levemente alterada, comprensión referente a la
	Orientación espacial:3/5 puntos	lateralidad alterada, dificultad para deletrear; respecto a
	Fijación: 3/3 puntos	fijación, memoria, nominación,
	Atención y cálculo: 3/5 puntos	repetición, lectura, escritura y
	Memoria: 3/3 puntos.	dibujo se encuentran
	Nominación: 2/2 puntos	conservadas.
	Repetición: 1/1 puntos.	
	Comprensión: 2/3 puntos.	
	Lectura: 1/1 punto	
	Escritura: 1/1 punto	
	Dibujo: 1/1 punto.	

En la aplicación arrojó un puntaje de 25 puntos, los cuales denotan una dificultad en áreas como la orientación al no evocar correctamente el país y provincia donde se encuentra, atención y calculo al no realizar un conteo regresivo adecuado y al deletrear, comprensión especificando en su lateralidad al no reconocer su lado derecho del izquierdo.

Inventario de Frases Revisado (IFR)

Este inventario se utiliza tanto en contextos clínicos como de investigación para

evaluar rasgos de personalidad y estados emocionales a través de la autodescripción, de frases específicas. El IFR tiene un número determinado de frases según la versión específica del inventario, diseñado para captar una gran gama de características personales y conductuales. El mismo utiliza una escala de Likert que responde a una escala de 1 a 5, donde 1 indica “totalmente en desacuerdo” y 5 indica “totalmente de acuerdo”.

Esta escala permite cuantificar el grado en que cada frase describe al individuo (González, 2013). Los puntos de corte se determinan mediante análisis estadísticos que identifican rangos de puntuaciones que diferencian entre distintos niveles de rasgos de personalidad o estados emocionales. Además, ha demostrado tener una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach que suele estar por encima de 0.80, lo que indica una alta fiabilidad en la medición de las características evaluadas (Díaz & Rivera, 2002).

Tabla 2

Resultados de la aplicación de Inventario de Frases Revisado (IFR)

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Inventario de frases Revisado (IFR),	Eje emocional: 13/17 puntos equivalente al 76%	Se presenta el eje comportamental como el
	Eje de comportamiento: 8/9 puntos equivalentes a 88%.	más afectado tras obtener un 88%, seguido del eje
	Eje cognitivo: 4/6 puntos equivalentes a 66%.	emocional con un 76% y el eje cognitivo con un 66%. Lo
	Eje social: 2/4 puntos equivalentes a 50%.	cual indica una afectación cognitiva como conductual
	Eje físico: 0/1 puntos equivalentes a 0%.	

Dentro de los ejes evaluados se presenta el eje comportamental como el más afectado tras obtener un 88%, seguido del eje emocional con un 76% y el eje cognitivo con un 66%. Lo cual indica una afectación cognitiva como conductual.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) constituye una herramienta psicométrica diseñada para evaluar los niveles de ansiedad en individuos. Consta de un cuestionario compuesto por 21 ítems que abordan diversos síntomas ansiosos, donde el individuo debe calificar la frecuencia y gravedad de tales síntomas experimentados en los últimos días. El BAI es adecuado para su uso en poblaciones de adolescentes y adultos, y su administración suele requerir entre 10 y 15 minutos (Betancurt, 2023). Existen puntos de corte establecidos que permiten interpretar los resultados del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y determinar la intensidad de la ansiedad experimentada por el individuo evaluado. Estos puntos de corte proporcionan una guía para clasificar los niveles de ansiedad en categorías como leve, moderada o severa. Siendo una puntuación baja de 0 a 7 puntos puntuación leve, de 8 a 15 puntos y puntuación moderada de 16 a 25 puntos. El BAI consta de 21 ítems que describen síntomas comunes de ansiedad, incluyendo aspectos somáticos y cognitivos. El BAI ha demostrado ser una herramienta psicométrica confiable y válida, con una alta fiabilidad y validez en la evaluación de la ansiedad, con un alfa de Cronbach de 0.92 lo que indica una excelente fiabilidad en la medición de los síntomas de ansiedad (Beck et al., 1988).

Tabla 3

Resultados de la aplicación de Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Inventario de ansiedad De Beck	7 puntos	Ansiedad muy baja

Se aplicó este instrumento para un descarte de diagnóstico, por ello arroja un puntaje de 7 puntos pertenecientes a un rango de **ansiedad muy baja** correlacionado con su sintomatología.

Escala de Autoestima de Rosemberg (RSE)

La Escala de Autoestima de Rosemberg (RSE), conforme a la exposición de Betancurt (2023), constituye un instrumento de evaluación compuesto por diez ítems, diseñado para medir la percepción subjetiva de valía propia de un individuo, es decir, su autoestima. Los ítems de la RSES se responden en una escala de Likert de 4 puntos donde 1 indica “totalmente de acuerdo”, 2 indica “en desacuerdo”, 3 indica “de acuerdo” y 4 indica “totalmente de acuerdo”. Esta escala permite cuantificar el grado de acuerdo con cada afirmación. La escala arroja una puntuación de entre 10 y 40 puntos, siendo una puntuación elevada indicativa de una autoestima saludable, igual o superior a 30 en la RSE denota un nivel de autoestima considerado saludable. Aquellas puntuaciones situadas entre 26 y 29 podrían interpretarse como indicativas de un nivel moderado de autoestima, en tanto que un puntaje inferior a 25 podría señalar la presencia de una autoestima precaria. Este instrumento puede ser aplicado de manera autoadministrada o con la asistencia de un evaluador, y puede ser empleado tanto en poblaciones adolescentes como adultas, con una duración estimada de hasta cinco minutos para su completitud. La RSES ha demostrado una alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach que generalmente varía entre 0.77 y 0.88 lo que indica una finalidad adecuada en la medición de la autoestima (Blasco Vich & Tomaka, 1991).

Tabla 4

Resultados de la aplicación de Escala de Autoestima de Rosemberg

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Escala de autoestima (Rosemberg,1965)	25 puntos	Baja autoestima

El puntaje arrojado tras la aplicación del reactivo dio un resultado de 25 puntos el cual se encuentra dentro del rango de una **autoestima baja**.

Inventario para la Depresión de Beck (BDI)

El Inventario para la Depresión de Beck (BDI) consta de 21 ítems que evalúan síntomas emocionales, cognitivos y físicos de la depresión. Cada ítem presenta una serie de cuatro afirmaciones, clasificadas de menor a mayor severidad, que describen un síntoma específico de la depresión, como la tristeza, la culpabilidad, la falta de energía y la alteración del sueño. Los ítems se califican en una escala de tipo Likert de 0 a 3, donde 0 indica la ausencia del síntoma y 3 indica la presencia severa del síntoma. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem, con un rango posible de 0 a 63 y se interpretan de la siguiente manera: 0-13 mínima depresión, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión severa. El BDI ha demostrado una alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach generalmente superior a 0.90, lo que indica una excelente fiabilidad en la medición de los síntomas de depresión (Beck et al., 1988).

Tabla 5

Resultados de la aplicación de Inventario para la Depresión de Beck

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Inventario para la depresión de Beck	26 puntos	Depresión moderada

En este caso particular los resultados obtenidos tras la administración del inventario indican la presencia de una **depresión moderada**, al arrojar un puntaje de 25 puntos.

MACI-II Inventario clínico para Adolescentes de Millon

El MACI Inventario Clínico para Adolescentes de Millon, tiene la finalidad de evaluar las características de la personalidad y síndromes clínicos de preocupación clínica en una duración aproximada de 30 minutos debido a los 160 ítems con 31 escalas. Para su corrección es necesario un programa informático (Pearson Clinical, 2017). Los ítems del MACI-II se responden utilizando una escala de Likert de 5 puntos, donde 1 indica

“totalmente en desacuerdo” y 5 indica “totalmente de acuerdo”. El MACI-II ha demostrado una consistencia interna aceptable, con alfa de Cronbach que generalmente oscilan entre 0.74 y 0.93 para sus diferentes escalas, lo que indica una buena fiabilidad (Millon, 2006).

Tabla 6

Resultados de la aplicación de MACI-II

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
MACI-II	Personalidad: Sumiso: 51 puntos	Sumiso al presentar un puntaje mayor que a los demás.
	Preocupaciones expresadas:	Preocupaciones expresadas
	Infravaloración de uno mismo: 53 puntos.	referente al rango de desavenencias
	Desavenencias familiares: 98 puntos.	familiares.

Se encuentran resultados de patrones clínicos de la **personalidad** referentes a **Sumiso** tras arrojar 51 puntos cuya personalidad se basa en ser muy dependientes y tienden a ser pasivos y complacientes en sus relaciones. Evitan los conflictos y renuncian a sus deseos con tal de no molestar o decepcionar a los demás, y han aprendido a adoptar una falta de asertividad con los demás para afianzar y mantener su afecto. Carecen de confianza en sí mismos y por ello, son incapaces de tomar una decisión, se centran en sus puntos débiles y subestiman sus puntos fuertes. Además, este cuestionario refleja las preocupaciones expresadas por la paciente en donde se evidencia que existe **Desavenencias familiares**, lo cual expresan que las relaciones familiares son tensas y conflictivas. Tienen un sentimiento general de distanciamiento respecto de los padres y otros miembros de la familia.

1.4. Proceso diagnóstico

Según Capurro & Rada (2007), es un proceso inferencial para definir la enfermedad

que está afectando al paciente. Para ello, el mismo autor destaca la guía de un diagnóstico, entre ellos la generación de hipótesis diagnósticas las cuales tracen el camino al diagnóstico definitivo y definir en que se basa para llegar a ello. Además de ser un elemento central del quehacer clínico, sobre el cual se basan todas las conductas posteriores; es un proceso intuitivo de igual manera basada en fundamentos teóricos y elementos concretos que explican la forma de realizar un diagnóstico. Para realizar un diagnóstico se tomaron en cuenta los criterios diagnósticos desde la perspectiva dimensional y categorial del DSM-V y desde la CIE-10, tomando en cuenta la epidemiología, curso y desarrollo.

1.3.4 Diagnóstico presuntivo

El diagnóstico presuntivo se refiere a una evaluación preliminar o provisional de un trastorno mental o condición psicológica basada en la información disponible en un momento dado. Es una hipótesis inicial que se formula antes de realizar una evaluación completa y

exhaustiva. El objetivo del diagnóstico presuntivo es proporcionar una guía provisional para el tratamiento o la intervención mientras se recopila más información clínica (APA, 2020).

Puede basarse en la observación clínica, el historial del paciente, los síntomas reportados y la información proporcionada por otros profesionales de la salud mental. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el diagnóstico presuntivo no es definitivo y puede requerir ajustes a medida que se recopila más información y se lleva a cabo una evaluación más exhaustiva (Sommers – Flanagan, 2017).

Según el caso en cuestión, se han determinado algunos diagnósticos basándose en la sintomatología y contexto de la paciente:

- F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio leve actual.
- F34.1 Trastorno depresivo persistente (distimia)
- V61.20(Z62.820) Problema de relación entre padres e hijos

1.3.5 Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial es el proceso de distinguir entre dos o más trastornos

mentales o condiciones psicológicas que comparten síntomas similares o se superponen en su presentación clínica. Implica una evaluación exhaustiva y sistemática de los síntomas, el historial del paciente, los factores de riesgo y otros datos relevantes para determinar el trastorno más probable o adecuado (APA, 2020).

El proceso implica considerar una variedad de posibles diagnósticos y comparar y contrastar los síntomas y características clínicas de cada uno para llegar a una conclusión informada el diagnóstico diferencial es crucial en la práctica clínica para garantizar un tratamiento apropiado y específico para las necesidades individuales de cada paciente (First et al., 2015).

Por ello, se enlista los diagnósticos presuntivos para definir al más acorde a la realidad de la paciente.

F34.1 Trastorno depresivo persistente (distimia)

Inicialmente, se consideró el Trastorno depresivo recurrente debido a la naturaleza crónica de los síntomas depresivos de la paciente como baja autoestima, tristeza, sentimientos de soledad desde la infancia. Sin embargo, se descartó este diagnóstico al observar que los síntomas fluctuaban en intensidad, siendo episodios recurrentes. Se descarta el siguiente diagnóstico debido al no cumplimiento de los siguientes criterios:

- Criterio C: durante el periodo de un año (en adolescente) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas del Criterio A y B durante más de dos meses seguidos.
- Criterio D: los criterios para un trastorno depresivo mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

V61.20(Z62.820) Problema de relación entre padres e hijos

Inicialmente se consideró que la paciente tenía problemas de relación con su padre debido a conflictos constantes y hostilidad. Sin embargo, una evaluación más profunda reveló síntomas más graves y persistentes como distorsiones cognitivas, pensamientos negativos, baja energía, soledad, baja autoestima, insomnio y tristeza. La CIE-10 menciona

ciertos criterios generales, entre los que no presenta se encuentran situaciones que implican un maltrato físico. Pero no se selecciona como diagnóstico definitivo. Finalmente, se descartó el problema de relación familiar en favor de este diagnóstico debido a la severidad y persistencia de los síntomas, permitiendo un tratamiento más adecuado y enfocado.

1.3.1. Diagnóstico definitivo

El diagnóstico definitivo es la evaluación concluyente de un trastorno mental o condición psicológica, basada en una recopilación exhaustiva de datos y análisis completo de síntomas e historial del paciente. Este el diagnóstico se establece después de un proceso de evaluación detallado, que puede incluir entrevistas clínicas, pruebas psicológicas estandarizadas, observaciones conductuales y la revisión de registros médicos y de tratamientos anteriores. El diagnóstico definitivo es crucial para el desarrollo de un plan de tratamiento efectivo y personalizado (APA, 2020).

Basándose en la CIE-10 y sus criterios, se ha determinado que cumple con el diagnóstico denominado **F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve**; a consecuencia de presentar episodios repetidos de depresión, siendo el episodio actual leve, como en F32.0, y sin ningún antecedente de manía; dentro de los criterios diagnósticos se encuentran:

- A. Se cumplen los criterios generales de Trastorno Depresivo Recurrente (F33) G1. Ha habido al menos un episodio depresivo leve (F32.0)
 - Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32)
 - El episodio debe durar al menos dos semanas
 - No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco en ningún periodo de la vida del individuo.
 - El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o

ningún trastorno orgánico.

G2. En ningún momento del pasado ha habido un episodio que cumpliera los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco.

G3. El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o ningún trastorno orgánico.

B. El episodio actual cumple con los criterios de episodio depresivo leve (F32.0)

Los síntomas somáticos identificados como parte del trastorno depresivo recurrente que contribuyeron al diagnóstico definitivo incluyen:

- Pérdida de peso
- Sueño perturbado
- Disminución de autoestima
- Ideas de culpa e inutilidad
- Baja energía
- Sentimientos de soledad.

Justificando lo anteriormente mencionado, la paciente presenta una sintomatología que se alinea con los criterios diagnósticos del trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve (F33.0), según la CIE-10. Los síntomas incluyen sueño perturbado, disminución de la autoestima, ideas de culpa e inutilidad, baja energía y sentimientos de soledad, con una duración de al menos dos semanas y sin episodios maníacos o hipomaniacos. Desde la infancia, la paciente ha tenido una relación conflictiva con su padre, lo que ha generado sentimientos de soledad, rencor y tristeza, reforzados por un entorno familiar hostil. Estos factores han contribuido a pensamientos automáticos y creencias desadaptativas. La paciente ha experimentado baja energía, sentimientos de soledad, baja autoestima, insomnio, tristeza y pensamientos de culpabilidad, congruentes con los síntomas depresivos. La convivencia continua con su padre y hermanos ha intensificado estos síntomas afectando negativamente sus relaciones y bienestar emocional.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

Desde la manifestación de síntomas que generaban malestar en diversas esferas vitales, se consideró apropiado iniciar un proceso psicoterapéutico utilizando técnicas de intervención cognitivo- conductual y Psicología Positiva, cuya modalidad terapéutica es eficaz para los adolescentes con la sintomatología presentada por la paciente como sentimientos de inutilidad, soledad, baja energía, problemas de sueño y baja autoestima. El TCC proporciona un marco estructurado para que los adolescentes modifiquen sus patrones de pensamientos y comportamiento, desarrollen habilidades de afrontamiento y mejoren su bienestar general (Beck, 2011; Kendal, 2017; Kazdin, 2018). El enfoque cognitivo conductual se centró en la modificación de las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales del individuo frente a las experiencias del entorno.

La duración del proceso fue de 10 sesiones con una duración que osciló entre los 45 minutos a los 50 minutos. Durante el proceso, se establecieron objetivos terapéuticos específicos que se abordaron mediante diversas técnicas y actividades psicológicas. Entre ellas incluyeron la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, la técnica ABC, la técnica de detención del pensamiento para contrarrestar el malestar y se lo complementó con la técnica de respiración diafragmática y Autoinstrucciones positivas. Además, se incluyeron el Ejercicio de Gratitud y la Carta del Perdón, que dentro de la TCC son ideales para complementar el proceso terapéutico y ayudar a los pacientes a abordar pensamientos y emociones disfuncionales (Worthington & Scherer, 2004).

Las actividades psicológicas se realizaron didácticamente en donde la paciente resumía las sesiones diarias en cartulinas o notas adhesivas; al final se leían las cartulinas acumuladas y se las adecuaba si era necesario.

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

- Disminuir la sintomatología depresiva mediante la implementación de

intervenciones psicológicas basadas en evidencia.

- Facilitar el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas para promover la salud mental.
- Psicoeducar respecto a los roles que debe cumplir los integrantes de la familia y las relaciones de estos.

2.1.2 *Plan de tratamiento*

Tabla 7

Plan terapéutico aplicado en el proceso terapéutico

SESIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	OBJETIVO DE SESIÓN	TÉCNICA ACTIVIDAD	OBSERVACIÓN
1	Disminuir la sintomatología depresiva mediante la implementación de intervenciones psicológicas basadas en evidencia.	Concientizar sobre la gravedad de los síntomas que degeneran. Otorgar estrategias para disminuir la activación fisiológica por los síntomas depresivos.	- Psicoeducación sobre la sintomatología de su diagnóstico. - Respiración diafragmática.	Se plantea la tarea de practicar la técnica de respiración antes de descansar para disminuir la activación fisiológica de síntomas depresivos.

2	Disminuir la sintomatología depresiva mediante la implementación de intervenciones psicológicas basadas en evidencia.	Detectar y modificar pensamientos desadaptativos por pensamientos más adaptativos o positivos para disminuir sintomatología negativa que generan la sintomatología depresiva.	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación: Se plantea practicar pensamientos desadaptativos y a la detención del adaptativos. pensamiento para disminuir la activación fisiológica de síntomas depresivos. - Detención del pensamiento.
3	Disminuir la sintomatología depresiva mediante la implementación de intervenciones psicológicas basadas en evidencia.	Proporcionar conocimientos sobre las emociones positivas y negativas para facilitar su reconocimiento en cualquier contexto. Ejercitar la capacidad de reconocer las emociones.	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducar: emociones positivas y negativas. - Actividad “Como me siento” y “Donde siento”.
	Disminuir la sintomatología depresiva mediante la implementación de	Desarrollar habilidades para identificar de manera	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica ABC - Técnica del sándwich <p>Repasar la técnica del sándwich y crear un registro</p>

4	intervenciones psicológicas basadas en evidencia.	precisa los antecedentes que provocan ciertos comportamientos y las consecuencias que los refuerzan o debilitan	
5	Facilitar el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas para reducir la incidencia de comportamientos autolíticos y promover la salud mental.	Ayudar al paciente a explorar y cuestionar sus creencias, y la adopción de perspectivas más realistas	- Dialogo socrático y preguntas socráticas
6	Facilitar el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas para reducir la incidencia de comportamientos autolíticos y promover la salud mental.	Guiar al paciente a una liberación emocional a través de ejercicios de gratitud. Generar en la paciente Autoinstrucciones positivas que orienten su comportamiento positivo	- Ejercicios de gratitud - Autoinstrucciones positivas

7	<p>Facilitar el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas para reducir la incidencia de comportamientos autolíticos y promover la salud mental.</p>	<p>Generar sentimientos de perdón en la usuaria y familia.</p>	<p>- Carta de perdón - Diálogo terapéutico: la familia y sus roles.</p>
8	<p>Psicoeducar respecto a los roles que debe cumplir los integrantes de la familia y las relaciones de estos</p>	<p>Brindar conocimientos sobre el funcionamiento de una familia. Concientizar a través de un árbol familiar para identificar áreas de fortaleza y mejora.</p>	<p>- Dialogo terapéutico: Dinámica familiar como roles, que problemas suceden en la familia. - Árbol familiar y las relaciones.</p>
9	<p>Psicoeducar respecto a los roles que debe cumplir los integrantes de la familia y las relaciones de estos</p>	<p>Generar actividades o planificación de actividades que cumplir para la obtención de metas a corto, mediano o largo plazo que contribuyan al bienestar de la</p>	<p>- Plan de vida.</p>

	paciente		
	<hr/>		
10	Psicoeducar respecto a los roles que debe cumplir los integrantes de la familia y las relaciones de estos	Generar actividades o planificación de actividades que cumplir para la obtención de metas a corto, mediano o largo plazo que contribuyan al bienestar de la Paciente.	- Seguimiento del plan de vida

2.1.2.1 Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico. A continuación, se presenta como ha sido el proceso dentro cada sesión terapéutica.

- **Sesión 1:**

En la primera sesión se implementaron dos técnicas terapéuticas fundamentales. En primer lugar, se llevó a cabo la técnica de psicoeducación basada en el enfoque propuesto por Beck (2019). Esta técnica tiene como objetivo proporcionar al paciente información educativa sobre aspectos relacionados con la salud mental como habilidades sociales para promover una comprensión clara y accesible de su condición o problemática. La finalidad es fomentar la adherencia terapéutica a través de la motivación, facilitando una comprensión directa de las causas y características de la situación en cuestión (McFarlane et al., 2003). En segundo lugar, se aplicó la técnica de respiración diafragmática, respaldada por la

investigación de Ruiz et al. (2012). Esta técnica busca reducir los niveles de activación emocional mediante el control voluntario de la respiración. Se divide en tres fases: inspiración, pausa respiratoria y espiración, con el objetivo de optimizarla oxigenación del organismo y regular el intercambio gaseoso

Dentro del proceso de aplicación de las técnicas, la psicoeducación se convirtió en una herramienta fundamental donde se ofreció información detallada sobre la naturaleza del trastorno, sus posibles desencadenantes, síntomas y estrategias de afrontamiento. A través de este enfoque, se buscó no solo reducir la carga sintomática de la depresión, sino también empoderar a la adolescente para manejar de manera efectiva los episodios depresivos recurrentes y promover su bienestar emocional a largo plazo. Paralelamente, en el curso de la aplicación de la Respiración Diafragmática se diseñó una tarjeta de cartulina de dimensiones adecuadas que garanticen su accesibilidad y manipulación, donde se detallan las fases de la técnica, inspiración, pausa respiratoria y espiración, utilizando marcadores y stickers a su elección con el propósito de hacerla más atractiva y personalizada para su posterior uso.

Al término de la sesión, se recomendó llevar un registro detallado de la aplicación de la técnica a lo largo de la semana. Las actividades planificadas para esta sesión se llevaron a cabo según lo establecido, evidenciando una participación y compromiso por parte de la paciente

- **Sesión 2:**

Comienza esta sesión con una revisión de la sesión anterior, durante la cual la paciente recuerda enérgicamente la técnica de respiración diafragmática y su aplicación. Menciona haberla empleado durante las noches y en su nuevo colegio, donde las nuevas experiencias le generan malestar.

Después, se introduce la metodología de esta sesión enfocada en la psicoeducación de los pensamientos adaptativos y desadaptativos gracias a diapositivas de elaboración propia según el artículo de Beck (2019), donde conceptualizó los términos, se mostraron

ejemplos y se resolvieron dudas. Luego se indaga sobre los pensamientos que la paciente identifica como desadaptativos, como el desprecio que su hermana percibe hacia ella, la sensación de no pertenencia en su nuevo entorno y pensamientos de culpa e inutilidad. Una vez identificados, se escriben en notas adhesivas cada uno de estos pensamientos y se simula figurativamente como entran todos a la vez en la mente, causando una acumulación que dificulta reconocer cada pensamiento individualmente.

Este ejercicio muestra como estos pensamientos complican la mente de la paciente, haciendo difícil darles solución en conjunto. Posteriormente, se toma una sola nota adhesiva con un pensamiento, se simula su ingreso en la mente, se lee el pensamiento y se busca un pensamiento positivo y realista como alternativa. Al terminar el ejercicio, se le pregunta a la paciente que método cree que es mejor para la vida cotidiana, y ella dice que el segundo escenario sería el ideal, pero el primero es el que realiza.

Como consecuencia de haber dado una explicación de los pensamientos desadaptativos de la paciente, se procede con la técnica de detención del pensamiento (Oyola & San Gregorio, 1999), que consta de tres pasos: identificación de los pensamientos negativos o estresantes, entrenamiento en detención del pensamiento mediante métodos como la palabra "Basta", y la sustitución de pensamiento distorsionantes por otros positivos; esta técnica tiene la finalidad de interrumpir y eliminar pensamientos intrusivos reemplazándolos con pensamientos más positivos y constructivos (Clark, 2014). Para esta actividad se elaboran cartulinas con diferentes figuras para facilitar la distinción entre la clasificación de los ámbitos de la paciente como: personal, colegio, familiar y centro de acogida; estas notas contienen la modificación de los pensamientos identificados en un principio realizados junto con la paciente y escritas por ella.

Al concluir la sesión, se lleva a cabo una retroalimentación y solución de dudas. La paciente manifiesta su incertidumbre respecto a su capacidad para llevar a cabo determinada técnica. En respuesta, se implementa la tarea de un registro detallado de las instancias en las que la paciente empleó dicha técnica a lo largo de esa semana, con el

propósito de fortalecer su confianza en la ejecución de las técnicas. Las actividades planificadas para esta sesión se llevaron a cabo según lo establecido, evidenciando una participación comprometida por parte de la paciente.

- **Sesión 3:**

En esta sesión se prosiguió con la psicoeducación acerca de los pensamientos adaptativos y desadaptativos, centrándose esta vez en la identificación y comprensión de los errores del pensamiento. Para ello, se hizo uso de un recurso proporcionado por la base de datos denominada Therapist Aid (2018), que facilitó el reconocimiento y la enumeración de dichos errores, el documento de esta base de datos se denominaba “Errores del pensamiento”. Mediante una escala del 1 al 5, se destacaron tres errores de pensamientos de nueve, que presenta la paciente tales como la culpa, la tendencia a exagerar las situaciones como también a ignorar los aspectos positivos.

A continuación, se profundizó en las expresiones verbales asociadas a cada error del pensamiento identificado, utilizando la actividad “Donde Siento”, la cual busca que la paciente pueda identificar sus emociones y colocarlas en su cuerpo para que en un futuro pueda identificar cada emoción de manera autónoma.

Esta actividad implicó colorear una silueta de una figura humana, que representa simbólicamente su cuerpo, cómo se experimentaban estos pensamientos. Esta dinámica brindó una valiosa oportunidad para que la paciente explorara y reconociera sus propios indicadores emocionales personales.

Como continuación de esta actividad, se inició la actividad “¿Como me siento?”, la cual busca mediante 10 preguntas cuestionar cada error de pensamiento identificado en sesiones anteriores, para llegar a una conclusión de este pensamiento en cuestión, se busca que este proceso de cuestionamiento pueda realizarlo de manera autónoma a largo plazo recordando los pasos de la actividad. Basándose en las preguntas como: “*Me siento así ¿Por qué?*”, “*¿Cómo reaccioné?*”, “*¿Algo que podría haber hecho diferente?*”, la paciente relacionó las peleas entre sus padres con su percepción de no cumplir con las tareas

domésticas y respondió que en estas situaciones solía ir al río a llorar y culparse. Deseaba haber sido hija de sus tíos (actualmente separados). Al confrontar estas respuestas, se determinó que los conflictos familiares tenían múltiples causas, no exclusivamente de la paciente. Se le incentivó a buscar su bienestar fuera del epicentro de los conflictos, sugiriendo refugiarse en la casa de un pariente cercano no sin antes mencionar a algún adulto de esta acción. Tras la Psicoeducación sobre las relaciones y su funcionamiento, la paciente manifestó: “debí haberme retirado del lugar y decidir ir a donde ellos (sus padres) hasta que terminen de pelear porque esa no es mi pelea sino de ellos”.

El desarrollo de esta sesión se vio interrumpida debido a una cita con autoridades en el Centro de acogimiento por lo que se concluyó en la siguiente sesión. Además, se devolvió el material utilizado en esta sesión para que lo use en su día a día.

- **Sesión 4:**

Se inicia esta sesión explorando el uso de las técnicas adquiridas durante las semanas previas, donde la paciente mencionó que las tarjetas con la técnica de detención del pensamiento han sido especialmente útiles en su vida cotidiana. A continuación, se procedió a aplicar la técnica ABCDE de Albert Ellis, la cual tiene como objetivo modificar los pensamientos irracionales de las personas mediante el siguiente modelo (Pérez-Acosta et al., 2007; Ibáñez-Tarín y Manzanera-Escartí, 2011):

A: Activación - se refiere a un evento o circunstancia que provoca una respuesta emocional en un individuo.

B: Creencia - es la interpretación que un individuo hace del evento, esto desencadena la activación y estas interpretaciones suelen ser irracionales.

C: Consecuencias: son sentimientos o comportamientos que ocurren como resultado de creencias asociadas con un evento desencadenante.

D: Desafío: implica desafiar las creencias irracionales del usuario.

E: Efecto: es el resultado de desafiar estas creencias, lo que generalmente conduce al cambio.

Una vez expuesta esta estructura, se realizó un ejemplo práctico con diapositivas elaboradas específicamente para ello. A través de este ejercicio, la paciente pudo reconocer como se produce un cambio en el pensamiento. Se retomaron los errores de pensamiento que presenta la paciente como culpa, exagerar las cosas e ignorar lo bueno. Estos errores se abordaron utilizando la técnica de ABC, el primero error de pensamiento se abordó con asistencia directa del terapeuta, el segundo se resolvió con apoyo y supervisión, y el tercero fue abordado de manera autónoma por la paciente para luego ser analizado conjuntamente.

Al finalizar, se leyeron los errores de pensamiento y sus modificaciones lo que provocó en la paciente una sesión de asombro y realización. Expresó: “ahora ya sé que debo hacer cuando me pasen cosas feas “y “creo que he estado encerrada en mi pensamiento tanto que no me he puesto a dudarlo”. Se le preguntó sobre su adaptación en el colegio, y la paciente menciona que algunos compañeros la tratan de manera despectiva debido a su ciudad de origen, su forma de hablar y su tono de piel. También mencionó que en el hogar de acogimiento algunas compañeras la molestan cuando están en el dormitorio por no cumplir con las tareas asignadas.

Se explicó entonces la técnica del Sándwich desarrollada por Santander (2024) la cual consiste en una metodología de retroalimentación que consiste en "envolver" una crítica negativa entre dos aspectos positivo y consta de tres pasos:

- **Comentario Positivo Inicial:** Empezar con un elogio o un comentario positivo genuino. Esto ayuda a preparar a la persona para recibir la crítica de manera más abierta y reduce la posibilidad de que se ponga a la defensiva.
- **Comentario Constructivo:** Presenta la crítica o la sugerencia de manera asertiva. Explica la preocupación o el área de mejora de manera clara y específica.
- **Comentario Positivo Final:** Terminar con otro elogio o comentario positivo. Esto ayuda a reforzar la confianza de la persona y asegura que el segundo paso termine con un

comentario positivo manteniendo su motivación alta.

Esta actividad se la llevó a cabo utilizando notas adhesivas para simular un sándwich con los tres pasos mencionados anteriormente. Se simuló una situación en la que la paciente no deseaba realizar sus tareas domésticas debido a su cansancio. Para ello, se utilizó una nota adhesiva de color blanco para representar la frase asertiva, simulando el pan del sándwich; una nota color rosa para representar el pensamiento que desea dar a conocer, simulando el queso del sándwich; y nuevamente una nota color blanco para representar otra frase asertiva, simulando la otra pieza del sándwich, completando así el ejercicio. El resultado final del ejercicio fue “ya me pongo a hacer el oficio, deseo descansar unos 5 minutos, así que descanso y hago mis responsabilidades”.

La paciente captó y aplicó rápidamente lo aprendido, lo cual se lo evidencio al preguntar sobre los puntos sobresalientes de la sesión. Las actividades previstas para esta sesión se llevaron a cabo según lo planeado y sin relevancias.

- **Sesión 5:**

Se inicia esta sesión explorando el uso de las técnicas y actividades adquiridas durante las semanas previas, donde la paciente mencionó que las tarjetas con la técnica de detención del pensamiento han sido especialmente útiles en su vida cotidiana.

En esta sesión se realizó la aplicación de la técnica Dialogo socrático la cual busca provocar una disonancia cognitiva, a través del descubrimiento guiado del terapeuta mediante preguntas sistemáticas que pongan en evidencia los errores lógicos en la forma de procesar la información (Partarrieu, 2011). Esta técnica va de la mano con la actividad de preguntas socráticas (Therapist Aid, 2018) la cual cuestiona el pensamiento a través de 10 preguntas.

Los pensamientos por cuestionar fueron los que se identificaron en sesiones anteriores. Siendo tres errores de pensamientos, los cuales fueron difícil de responder al principio de la actividad sin embargo, luego de una correcta explicación de cada pregunta, la paciente supo responder cada pregunta sin dificultad como se muestra a continuación,

siendo A la psicóloga y B la paciente:

Error de pensamiento, culpabilidad.

A: vamos a empezar con el error de pensamiento que es Culpabilidad mencióname ¿Cuál es la evidencia a favor y en contra de este pensamiento?

B: La evidencia a favor es cuando mi papá dice “debí dejarte” y “no vales para nada” y creo que la evidencia en contra de estos pensamientos es, de que cada vez que mis padres pelean mencionan esa frase, además creo que las cosas que me mandan a hacer las hago bien.

A: Muy bien, entonces crees que ¿Estas basando este pensamiento en hechos o en sentimientos?

B: La verdad creo que en sentimientos porque mi papá me repite esas frases muy seguido y creo que es verdad por tanto que me lo dice.

A: Entiendo que pienses así, sin embargo, crees que ¿está en blanco y negro este pensamiento, cuando la realidad es más complicada?

B: Creo que sí, porque siento que exagero las cosas o que veo solo las cosas de una manera dejando de lado lo demás.

A: Excelente, es un muy buen paso esto me que comentas, crees que ¿estás malinterpretando la evidencia o haciendo suposiciones? ¿por qué?

B: Creo que estoy malinterpretando las cosas, porque en cierta parte mi papá puede decir muchas cosas malas de mi pero las demás personas no. Y puede que mi papá lo diga porque está cansado de su trabajo y conmigo se desahoga.

A: Excelente punto de vista, siguiendo con lo que me dijiste ¿podrían otras personas tener diferentes interpretaciones de esta situación? ¿Cuáles?

B: Si, justo lo que dije antes, creo que hay gente que no piensa igual que mi papá. Como

mi mama y mi hermanito, y me gustaría que muy pronto yo misma.

A: puedo ver un progreso en ti, coméntame ¿Estás analizando toda la evidencia o solamente aquella que te da la razón respecto a la idea de culpabilidad?

B: siendo sincera, solo lo que me da la razón. Porque no he querido ver más allá de las cosas. Como lo de la pregunta anterior, que si hay gente que piensa contrario a mi papá.

A: Efectivamente, siguiendo con ese pensamiento tú crees ¿ese pensamiento ser una exageración de lo que es verdad?

B: Si, totalmente. Creo que, si es una exageración, esto lo veo por las preguntas anteriores.

A: ¿Estás pensando esto por costumbre o los hechos lo respaldan?

B: Creo que por costumbre de pensar lo mismo y lo mismo día a día. Aunque si hay ciertos hechos, pero creo que igual es la costumbre de que mi papa me diga lo mismo pero algún hecho en sí no creo.

A: ¿Te transmitió alguien este pensamiento / creencia? ¿Es una fuente confiable?

B: Me lo transmitió mi amiga, porque ella me contaba que pasaba la misma situación que yo y por eso ella quiere huir como yo. Ahora hablando de esto contigo me doy cuenta de que no es una fuente confiable.

A: ¿Es tu pensamiento un escenario probable o es el peor escenario?

B: Recordando todas mis respuestas anteriores, me doy cuenta de que me estoy imaginando lo peor. O sea, me pongo en el peor escenario.

Resultado: Las cosas alrededor no son mi culpa, son cosas que suceden. Yo no puedo tener control de los demás como lo que piensen de mí. Pero yo sí tengo control de mí misma, mis actitudes y como respondo a los demás. Además, creo que hay gente que, si me quiere, y me ve bien, me ve como en verdad yo soy. Creo que este pensamiento de culpa lo he llevado tanto conmigo que lo he visto super normal, que no sabía que me estaba haciendo daño hasta ahora.

Durante la presente sesión se ha observado a una paciente que se muestra colaborativa y con una atención enfocada. La paciente ha expresado que uno de los aspectos destacados de esta sesión es la percepción de que sus pensamientos carecen de un fundamento sólido, al tiempo que manifiesta su emoción ante la perspectiva de la próxima sesión.

- **Sesión 6:**

Se da inicio a la presente sesión con una indagación sobre el registro diario de la paciente en cuanto a la utilización de técnicas aprendidas. Se observa que la técnica del “sándwich” fue aplicada con frecuencia durante las tardes en interacciones con compañeras del centro de acogida. Además, se registra la respiración diafragmática en tres días de la semana, lo que representa una disminución respecto a la semana anterior. La técnica de Detención del pensamiento fue empleada en tres ocasiones, según lo referido por la paciente, durante situaciones de exposiciones grupales en el colegio, y al recordar un día especial como el Día de la Madre, en el cual paso fuera de casa, distinto al contexto de sus compañeros de colegio.

Después, se explica el concepto de gratitud mediante una infografía propia basada en la información de Emmons & McCullough (2003), que menciona que es una emoción innata en el ser humano. Tras la explicación, se da inicio al ejercicio de gratitud el cual tiene como objetivo de fomentar una actitud positiva y reducir los síntomas depresivos, por lo que se le pregunta a la paciente: “¿con qué y con quienes estas agradecida?”, se evidencia que le resulta difícil identificar elementos por los cuales sentir gratitud, por lo que se le ofrece orientación sobre los aspectos que suelen generar este sentimiento, utilizando material de apoyo proporcionado por Therapist Aid (2018). La paciente elabora una carta expresando su gratitud, en la que destaca en primer lugar su aprecio por la vida misma, seguido de reconocimientos hacia personas significativas en su entorno como la persona que prepara la comida en el centro de acogida, su tía y su familia.

Continuando con la sesión, se procede a explicar la técnica conocida como Autoinstrucciones Positivas (San Martín, 2018), la cual consiste en el empleo de un lenguaje

interno positivo para dirigirse a uno mismo y enfrentar situaciones difíciles que puedan generar malestar. Se pone énfasis en identificar las frases habituales de culpa, exageración, conductas autolíticas e ignorar aspectos positivos, con el objetivo de transformar estos pensamientos negativos en positivos.

La paciente reconoce que estos pensamientos aun le generan cierto malestar y manifiesta su interés en modificarlos. Para ello, se utiliza un método didáctico que implica escribir el pensamiento negativo, diferenciado de color negro, en una cara de una paleta de madera y el pensamiento racional y adecuado, diferencia de color azul, en la otra cara de la paleta de madera. En primer lugar, se escribieron frases negativas frecuentes en la paciente de color negro, después se le pidió que ella misma modifique este pensamiento dando una frase racional, como, por ejemplo:

- Pensamientos negativos recurrente (color negro): “todo me sale mal”
- Pensamiento modificado (color azul): “revísalo de nuevo, y respondo ¿en verdad me salió mal?”
- Las paletas se devolvieron a la paciente para poder usarla en su día a día.

La paciente demostró una rápida comprensión y aplicación de esta técnica, lo que se reflejó inmediatamente cuando se le pregunto sobre los aspectos destacables de la sesión. Las actividades planificadas para esta sesión se llevaron a cabo según lo establecido, mostrando una participación y comprometida por parte de la paciente.

- **Sesión 7:**

Al dar comienzo al desarrollo de esta sesión, se inquiera, como es habitual, sobre el uso de las técnicas y actividades previamente aprendidas, observándose que la técnica del “sándwich” y las Autoinstrucciones a través de las paletas han sido empleadas con mayor frecuencia por la paciente.

En esta ocasión, se introduce la actividad denominada “La carta del perdón”, la cual constituye una herramienta terapéutica destinada a escribir una carta dirigida a la persona que nos ha causado daño. A través de esta carta, se expresan los sentimientos, emociones

y pensamientos relacionados con la situación que nos ha herido. Es importante destacar que la finalidad de esta carta no radica en enviarla realmente a la persona, sino en utilizarla como medio de deliberación emocional y sanación personal (SJ, 2023). La paciente manifestó su deseo de pedir perdón en primer lugar a sí misma, seguido de su familia por cualquier daño causado y a su entorno. Se redactará la carta en una hoja, durante unos diez minutos, para luego leerla en sesión. Esto trajo a ella sentimientos de tristeza que se los observa en un llanto leve, sin embargo, minutos después logra recuperar una estabilidad emocional gracias a la respiración diafragmática autodirigida.

Posteriormente se interroga a la paciente acerca de su percepción del significado de una familia, a lo que responde *“es cuando dos personas se casan y tienen hijos”* negando la existencia de otros factores que puedan definir a una familia. Basándose en Cabrera (2012) y su taller impartido en “Save the Children” se define el concepto de familia utilizando un lenguaje adecuado para niños desde los 5 años hasta adolescente de 17 años, lo cual ocupa aproximadamente diez minutos. Gracias a esta información se llevó a cabo una correcta explicación sobre esta temática, presentando imágenes para que la paciente diferencie entre una familia armoniosa y una familia conflictiva o distante, solicitándole que identifique las características principales de cada una sabiendo manifestar que una “familia buena” es cuando la familia se preocupa los unos por los otros, cuando pasan juntos” y la “familia mala es cuando cada quien está por su lado, no se preocupan entre ellos y se gritan a cada rato”. Al finalizar la sesión, se lleva a cabo una revisión de los temas abordados, centrándose en el perdón hacia uno mismo y hacia los demás.

La paciente captó y aplicó rápidamente lo aprendido, lo cual se lo evidencio al preguntar sobre los puntos sobresalientes de la sesión. Las actividades previstas para esta sesión se llevaron a cabo según lo planeado y sin relevancias.

- **Sesión 8:**

En esta sesión se dio continuidad a la exploración del concepto de familia, utilizando material didáctico como la fotografía del taller familiar “Save the Children” de Cabrera (2012), que ilustra los roles que cada miembro de la familia debe desempeñar. Gracias a la

explicación proporcionada en la sesión anterior y a la discusión en la misma, se pudo llegar a la conclusión de que la familia se define como “un conjunto de personas que comparten normas y creencias que contribuyen al bienestar de la estructura familiar destacando la importancia de la comunicación y la flexibilidad en crecimiento familiar”

Para continuar explorando este tema, se llevó a cabo una actividad lúdica denominada “el árbol de las relaciones familiares”. Esta actividad consistió en dibujar un árbol, con la paciente identificada como el tronco, y a los familiares más cercanos representados como frutos próximos al tronco, mientras que aquellos más distantes simbolizaban a los familiares que la paciente percibía como menos cercanos (McGoldrick et al., 2008).

Al finalizar la sesión se solicitó a la paciente recopilar las actividades de sesiones anteriores, para revisar su progreso y recordar los temas aprendidos hasta ahora. Esta medida busca tanto evaluar el proceso de la paciente como reforzar la retención de la información y la integración de los conceptos trabajados en terapia. La paciente demostró una rápida comprensión y aplicación de esta técnica, lo que se reflejó inmediatamente cuando se le preguntó sobre los aspectos destacables de la sesión. Las actividades planificadas para esta sesión se llevaron a cabo según lo establecido, mostrando una participación y comprometida por parte de la paciente.

- **Sesión 9:**

Al iniciar esta sesión se indagó sobre su semana y como las técnicas psicológicas han ayudado en su vida cotidiana, sabiendo mencionar que “he visto mi vida más centrada, ya no me dejo llevar como antes por la emoción”, además menciona que dentro de las practicas más utilizadas por la paciente es la técnica del sándwich y el cuestionamiento de pensamientos a través del Diálogo Socrático.

Después de la retroalimentación, se exploraron las metas de la paciente a corto y largo plazo, al tiempo que se le explicaba la importancia de establecer un plan de vida en la adolescencia, el cual se basa en el modelo de Horna (2005). Este modelo consta de 5

preguntas que buscan orientar los planes de un adolescente: “¿Quién soy?”, “mis redes de apoyo son:”, “¿Qué metas quiero lograr y como las lograré?”, “¿Cuáles son mis dificultades?”

y “¿Qué puedo hacer para superarlas?”, a través de este enfoque estructurado propone una planificación de la vida personal, basado en el autoconocimiento y la definición de objetivos claros y alcanzables como menciona la autora “un plan de vida efectivo debe incluir una evaluación constante y la capacidad de adaptación a los cambios” (p.123).

Durante la sesión, la paciente presentó dificultades para responder la pregunta “¿Quién soy?”, por lo que se le preguntó cómo las personas cercanas a ella la perciben, respondiendo que la gente la percibe como alguien alegre, risueña, colaboradora y soñadora. Al reflexionar, la paciente reconoció estas características en sí misma. Luego, identificó sus redes de apoyo como sus hermanos y su madre. Respecto a la pregunta “¿Qué metas quiero lograr y como las lograré?” Mencionó que quiere llegar a ser militar y mejorar como hija y para lograrlo debe mantener sus valores y ser constante. Finalmente, se revisaron las actividades realizadas, ordenándolas según su utilidad a percepción de la paciente. Destacando que la técnica del sándwich era la más realizada, seguida de la respiración diafragmática, las auto instrucciones positivas (con paletas) y la técnica de detención del pensamiento (con cartulinas).

Finalmente se explicó que las actividades retomarían en la siguiente sesión para resolver cualquier duda que pueda surgir. La paciente demostró una rápida comprensión y aplicación de esta técnica, lo que se reflejó inmediatamente cuando se le pregunto sobre los aspectos destacables de la sesión. En esta sesión se dio el desarrollo del retest, con la aplicación de tres reactivos psicológicos.

Las actividades planificadas para esta sesión se llevaron a cabo según lo establecido, mostrando una participación y comprometida por parte de la paciente.

- **Sesión 10:**

La sesión comenzó con una exploración de las dificultades que la paciente identifica

en su plan de vida, mencionando que el dinero, las peleas familiares y la resistencia al cambio por parte de su familia podrían representar obstáculos. Buscaron soluciones objetivas para cada dificultad, y la paciente respondió proponiendo que pudiera ahorrar o cuidar a sus primos para recibir algo de dinero como cuando vivía en su anterior ciudad. Respecto a las dinámicas familiares, expresó que sería ideal que su familia asistiera a terapia familiar, reconociendo los resultados positivos que podrían obtener al buscar ayuda profesional como ella lo percibe en sí misma. Luego se solicitó a la paciente explicar las técnicas y actividades discutidas en la sesión anterior, observándose un dominio adecuado en su explicación por lo que no era necesario proporcionar una psicoeducación adicional. Sin embargo, se brindó retroalimentación sobre los contextos apropiados para utilizar cada técnica ya enseñada.

Finalmente se explicaron los resultados del retest, los cuales fueron favorables. Para que la paciente observe los cambios, se presentaron a través de gráficos en Word.

Capítulo tres

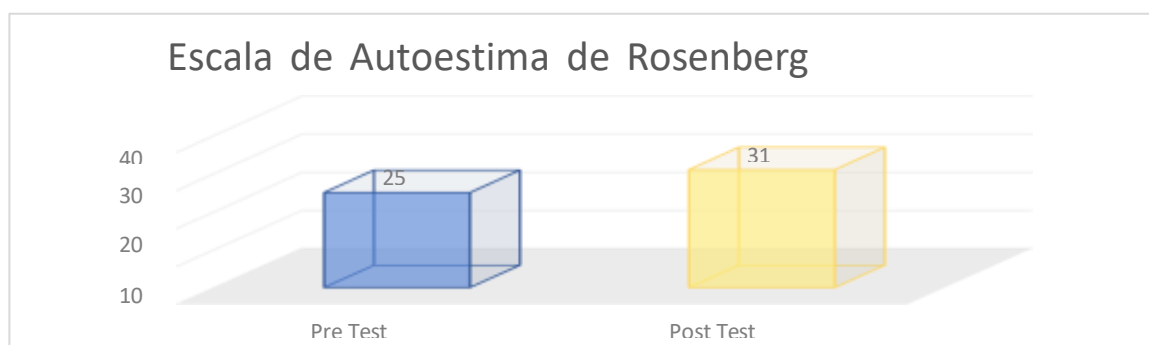
Resultados

3.1 Análisis de resultados cuantitativos

Para el análisis cuantitativo se realizó un retest en la paciente, teniendo en cuenta la aplicación de reactivos psicológicos en las primeras sesiones terapéuticas con el fin de tener una perspectiva de la sintomatología con la que ingresa la paciente, posteriormente en la novena sesión se aplicaron reactivos psicológicos para comparar los resultados y conocer si existe la mejora en la paciente después del proceso terapéutico. La estrategia test-retest consiste en la aplicación de un mismo instrumento al sujeto en dos momentos diferentes y luego comparar los resultados, con el objetivo de monitorear el progreso del paciente, pues cualquier cambio significativo en los resultados entre las dos administraciones puede reflejar un verdadero cambio en el estado del paciente investigado, ya sea una mejora o un empeoramiento (Nunnally, 1994). Este se establece en función de los fines del instrumento o la investigación (Muñiz, 1996). Para la aplicación del test-retest en la novena sesión a la paciente se determinaron tres reactivos psicológicos importantes, siendo: Inventario de Depresión de Beck, Escala de Autoestima de Rosenberg y Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, debido a la sintomatología y diagnóstico presentada por la paciente con el fin de registrar los resultados después del tratamiento, cuyos resultados se exponen en las siguientes tablas.

Figura 2

Puntuaciones pre y post tratamiento de Escala de Autoestima de Rosenberg.

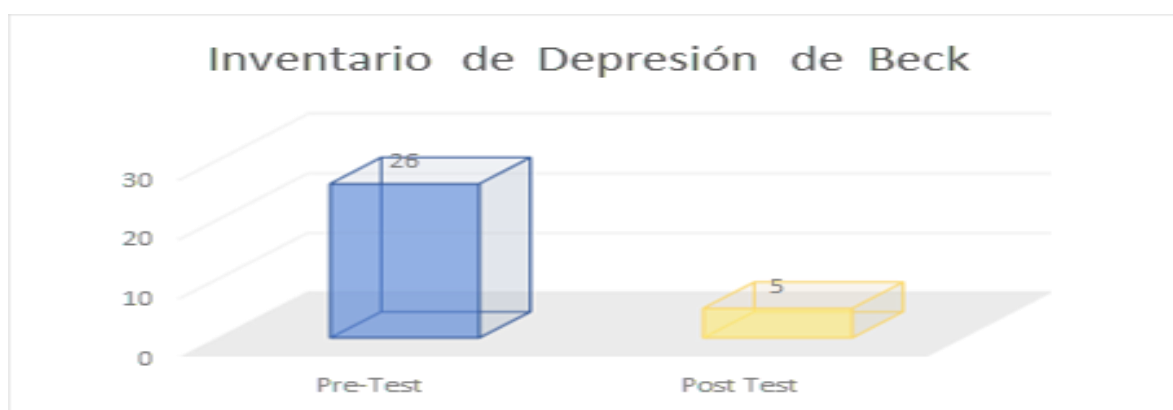


En la (Figura 2) se observa un aumento en la puntuación de 25, refiriendo a una

autoestima baja, a 31 puntos, refiriendo a una autoestima normal, después del tratamiento. Esto sugiere una mejora significativa en la autoestima de la paciente. En resumen, se presenta en el Pre-Test una paciente con sintomatología y conductas como baja energía, sentimientos de soledad, baja autoestima, insomnio, tristeza, pensamientos de culpabilidad y posteriormente, en el Post Test se evidencia que esta sintomatología y conducta, gracias a las intervenciones realizadas han sido efectivas en mejorar la autovaloración y la confianza personal de la paciente.

Figura 3

Puntuaciones pre y post tratamiento de Inventario de Depresión de Beck.



En la (Figura 3) se muestran las puntuaciones pre y post tratamiento al utilizar el Inventario de Depresión de Beck, con una puntuación de pretratamiento de 26 puntos, en lo que sugiere un nivel elevado de síntomas depresivo que incluían en la paciente sintomatología depresiva como baja energía, sentimientos de soledad, baja autoestima, insomnio, tristeza, pensamientos de culpabilidad. Después, se observa una puntuación post tratamiento de cinco puntos, evidenciando una notable reducción de síntomas. Esto destaca la eficacia de las intervenciones aplicadas y su impacto positivo en la salud mental de la paciente.

3.2 Análisis de resultados cualitativos

Para el análisis cualitativo se realizó un recuento en la paciente de las primeras sesiones terapéuticas recolectadas mediante observación para registrar síntomas y

conductas de la paciente en el proceso terapéutico realizado.

Tabla 8

Resultados cualitativos de la paciente posterior a la intervención psicológica

Síntomas y conductas iniciales	Progreso			Resultado
	Se mantuvo	Cambio parcial	Se extinguió	
Error del pensamiento: Pensamientos de culpa e inutilidad			X	Se logró disminuir los sentimientos de culpa, como la creencia de peleas entre los padres por su mal rendimiento y el pensar que no puede lograr nada propuesto.
Error del pensamiento: Exagerar las cosas		X		Se logro una leve disminución del pensamiento dirigido a que sus compañeros la molestan debido a ser nueva en la institución. Sabiendo identificar un correcto pensamiento y cómo reaccionar ante ellos gracias a técnicas y actividades.
				de l pensamiento dirigido a que sus compañeros la molestan solo a ella por ser nueva. Sabiendo diferenciar en cada sesión a id
Error del pensamiento:			X	Este pensamiento se logró disminuir en su totalidad, el pensamiento consistía en la huida del hogar de acogida en donde

Ignorar lo bueno		ahora reside para volver a su hogar, por ello se le cuestionó las situaciones que viviría en cada lugar.
Llanto fácil	X	El llanto fácil estaba ligado en su mayoría al error del pensamiento de culpa e ignorar lo bueno respecto a su ámbito familiar, a consecuencia de haber modificado estos pensamientos el llanto fácil de igual manera disminuyó.
Sueño perturbado	X	Se logró una disminución, sin embargo, no fue total. Esto a consecuencia de las compañeras recién ingresadas que causan molestia en el hogar de acogida.
Disminución de la autoestima	X	En las primeras entrevistas se evidenció gracias a los reactivos psicológicos y al dialogo de la paciente una disminución de la autoestima. A medida del desarrollo de las sesiones se evidenció una mejora en su autoestima.

La (Tabla 8) síntesis de la evolución e intervención psicológica de la paciente, para detallar el proceso y sus resultados. Como conclusiones, la paciente logró internalizar y confrontar pensamientos negativos, adoptando una perspectiva más realista y optimista.

También adquirió habilidades para gestionar emociones adversas, lo que se tradujo en una reducción notable del llanto y una mejora en la calidad del sueño. Además, experimentó un fortalecimiento de su autoimagen, incrementando la confianza de sus propias capacidades, y finalmente, pudo mitigar las ideas autocríticas.

Discusión

El fenómeno del episodio depresivo recurrente en adolescentes emerge como una preocupación de índole mental que afecta significativamente su desarrollo emocional, social y académico de los individuos afectados. La literatura corrobora que los adolescentes que experimentan episodios leves de depresión poseen un riesgo elevado de transitar hacia trastornos más severos en el futuro si no son objeto de intervenciones tempranas y efectivas (Beesley & Sharp, 2019). Esta aseveración se respalda con la investigación de Lewinsohn et al., (2021), cuyos hallazgos, basados en una muestra de 1508 estudiantes, indican que la duración de estos episodios oscila entre 2 y 520 semanas. Aunque su duración en adolescentes tiende a ser breve, el riesgo de recurrencia es significativo. Es crucial resaltar que las conductas suicidas actúan como mediadores cruciales tanto en la duración como en la recurrencia de estos episodios.

La evaluación del Trastorno Depresivo Recurrente en adolescentes considera tanto aspectos clínicos como contextuales. La sintomatología depresiva en adolescentes se caracteriza por tristeza, pérdida de interés, cambios en el apetito o peso, insomnio o hipersomnía, agitación, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos de muerte o suicidio (APA, 2020). En la entrevista clínica inicial se estableció una relación de confianza que proporcionó una visión detallada de los síntomas, antecedentes personales y familiares, y el impacto funcional de la depresión. Estas entrevistas se realizaron en un ambiente terapéutico adecuado. Se utilizaron cuestionarios y escalas estandarizadas, como el Inventario para la Depresión de Beck (BDI), la Escala de Autoestima de Rosenberg y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para cuantificar la severidad de los síntomas y monitorear cambios a lo largo del tiempo.

El BDI, desarrollado por Aaron T. Beck en 1961, es una herramienta ampliamente utilizada para medir la gravedad de la depresión (Beck et al., 1996). Un metaanálisis de Wang

y Gorenstein (2013) encontró que el BDI correlaciona mejor con los síntomas subjetivos de la depresión comparado con la HAM-D, una escala más centrada en síntomas somáticos (Hamilton, 1960). Tras aplicar el BDI en la paciente, se confirmó la presencia de sintomatología depresiva.

La escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), desarrollada por Morris Rosenberg en 1965, es ampliamente usada para evaluar la autoestima, un factor de riesgo significativo para la depresión (Orth et al., 2008). Tras su aplicación, se confirmó una baja autoestima en la paciente. La RSES se compara favorablemente con otras medidas de autoestima debido a su simplicidad, brevedad y fiabilidad como por ejemplo la Escala de Autoestima de Coopersmith (CSE). Por ello tras la aplicación en la paciente se pudo evidenciar una baja autoestima y un puntaje alto en el Inventario para la Depresión de Beck, corroborando lo anteriormente descrito.

El inventario de Ansiedad de Beck (BAI) se utilizó para descartar trastornos de ansiedad, comunes en la comorbilidad con la depresión. Investigaciones han demostrado que la comorbilidad entre la ansiedad y la depresión es común y que la presencia de ansiedad puede agravar los síntomas depresivos, complicando el curso y tratamiento del trastorno depresivo (Mineka et al., 1998). Al aplicarlo en la paciente se evidenció una ansiedad leve por lo que se descartó la presencia de un trastorno de ansiedad.

En el caso estudiado, se realizó una diferenciación de tres diagnósticos presuntivos, por lo que a base de la sintomatología de la paciente se concluyó como diagnóstico definitivo un Trastorno Depresivo Recurrente lo que llevó a la creación de un proceso terapéutico basado en enfoques aprobados para la disminución de los síntomas que incluían la tristeza, insomnio, sentimientos de inutilidad y culpa excesiva, dificultad para tomar decisiones y baja autoestima. Los objetivos de la intervención se centran en la reducción de la sintomatología depresiva, así como la psicoeducación sobre los roles familiares. Estos objetivos se complementan con técnicas de actividades psicológicas adaptadas al paciente. Esto facilita la construcción de un plan de tratamiento adaptado a las necesidades individuales del paciente, reconociendo que cada caso es único (Nezu et al., 2006).

Además, conociendo que cada paciente tiene su particularidad se ha implementado elementos lúdicos los cuales mostraron ser especialmente beneficiosos para el bienestar integral de la paciente como también facilitó un ambiente terapéutico más relajado y accesible. Un estudio de Stallard (2019) investigó la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) que incorpora actividades lúdicas en el tratamiento de la depresión en adolescentes, cuyos resultados mostraron que los adolescentes que participaron en sesiones con actividades que incluían cartulinas, dibujos y juegos informativos tuvieron una reducción más significativa en los síntomas depresivos en comparación con aquellos que recibieron TCC tradicional.

La terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es uno de los enfoques más investigados y respaldados para tratar la depresión recurrente en adolescentes. La TCC propone que los pensamientos negativos, las emociones y los comportamientos contribuyen al desarrollo y mantenimientos de la depresión. En el contexto de la paciente, que proviene de un entorno con factores que han mantenido y exacerbado la sintomatología, se observa que la falta de herramientas adecuadas ha resultado en un trastorno depresivo recurrente. Tras el tratamiento se evidenció un notable cambio, dado que la TCC ha demostrado ser eficaz en la reducción de síntomas residuales y en la prevención de recaídas en la depresión (Brent et al., 2020). En este caso se observó como la adolescente pudo identificar y desafiar sus pensamientos negativos automatizados, reemplazándolos por pensamientos más realistas y positivos.

Numerosos estudios corroboran que la mayoría de los adolescentes sometidos a intervenciones de TCC presentan mejoras notables en sus estados de ánimo depresivos, experimentando un alivio rápido (Kendall & Peterman, 2019) (Kennard et al., 2019). Desde su concepción hasta la actualidad, la TCC ha mantenido una evaluación positiva, tal como lo evidencia la investigación de (Méndez et al., 2021) cuyo objetivo fue analizar las terapias efectivas para la población adolescente y adulta con depresión, identificando la TCC y la Terapia Interpersonal como las más destacables. En el caso de la adolescente se pudo visualizar sus patrones de pensamiento negativos y trabajar de manera más efectiva en su

reestructuración cognitiva. Corroborando el estudio Jones et al. (2017) los adolescentes informaron que las sesiones eran más interesantes y menos monótonas, lo que aumentó su disposición a participar activamente en la terapia.

Estudios confirman que la TCC reduce significativamente los síntomas depresivos y previene recaídas (Weersing et al., 2018). La Terapia Interpersonal (TIP) y la Terapia Basada en la Atención Plena (MBCT) también son efectivas en este tipo de trastorno depresivos ya que se enfocan en mejorar las relaciones y buscan una conciencia plena en los pensamientos y emociones, respectivamente (Mufson et al., 2020; Raes et al., 2019). Sin embargo, la TCC al incluir la combinación de lo cognitivo y lo conductual ha mostrado mejores resultados como Clarke et al. (2018). En este sentido, la implementación de sesiones lúdicas utilizando plataformas digitales, así como actividades que incluían material didáctico como cartulinas, notas adhesivas, marcadores, paletas de madera, fotografías y diapositivas; con el fin de

mejorar los resultados terapéuticos. La integración de técnicas de manera personalizada y lúdica informativos mejoró la adherencia al tratamiento y la satisfacción del paciente.

Las técnicas utilizadas incluyeron reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y exposición gradual a situaciones temidas. Estas herramientas, tales como técnicas de relajación, resolución de problemas a través de dialogo socrático y la Técnica del Sándwich, le permitieron regular mejor la sintomatología, responder de manera más efectiva ante situaciones desafiantes y disminuir la intensidad y frecuencia de sus episodios depresivos.

Es importante destacar la participación de los padres y otros miembros de la familia en el proceso terapéutico, ya que contribuye a mejorar la motivación y el ambiente terapéutico, aspectos fundamentales para el éxito de la intervención. Sin embargo, en el caso presente por situaciones de que los padres vivían en otra provincia y falta de acceso de internet no se pudo realizar una entrevista, aun así, se dio espacio para un dialogo terapéutico sobre la familia y su dinámica.

Referente al centro de acogida, cuya función es proporcionar atención profesional a menores de edad en situaciones de desprotección o alto riesgo, el departamento de psicología implementa evaluaciones como parte fundamental del proceso terapéutico. Estas evaluaciones, basadas en el modelo cognitivo-conductual, permiten una comprensión más profunda del individuo y contribuyen a la formulación y estructuración del caso tratado (Trull & Phares, 2003. p.11).

El presente trabajo presenta algunas limitaciones que deben considerarse, entre ellas la disponibilidad de la paciente debido a reuniones obligatorias con la Junta Cantonal, días festivos, falta de luz por problemas en el país y las actividades agendadas que interferían con la puntualidad en la llegada a las sesiones. Estas limitaciones afectaron la constancia de las sesiones terapéuticas y, en ocasiones, las actividades quedaron inconclusas, lo que hizo que en la siguiente sesión se debería completar la anterior, reduciendo el tiempo disponible para nuevas intervenciones. No obstante, a pesar de estas limitaciones, el uso de técnicas cognitivo-conductuales ha producido resultados positivos.

La experiencia adquirida durante la práctica clínica en esta especialización fue sumamente enriquecedora tanto a nivel personal como profesional. Esta oportunidad permitió aplicar los conocimientos teóricos y las habilidades fundamentales necesarias para la práctica clínica, tales como la administración de pruebas psicológicas, la realización de entrevistas y observaciones, planificación y estructuración de sesiones, así como el seguimiento de protocolos de trabajo.

El presente estudio puede estimular nuevas investigaciones dentro de la universidad, promoviendo la exploración de intervenciones innovadoras y el desarrollo de proyectos de investigación que se centren en la salud mental de los adolescentes y tratamientos basados en la evidencia. Las instituciones comunitarias y los centros de salud mental pueden adoptar las técnicas y enfoques sugeridos por el estudio, mejorando la calidad y la eficacia de los tratamientos ofrecidos a adolescentes con trastorno depresivo recurrente. Futuros estudios pueden profundizar en los mecanismos específicos a través de los cuales la integración de actividades lúdicas en la TCC mejora los resultados

terapéuticos. Esto puede incluir investigaciones sobre cambios neurobiológicos, cognitivos y emocionales que ocurren durante la terapia considerando variables individuales como la edad, el género, el tipo de depresión y la presencia de comorbilidades, para maximizar la efectividad de las intervenciones. Además, es esencial investigar los efectos a largo plazo de la TCC con elementos lúdicos para determinar su sostenibilidad y eficacia en la prevención de recaídas. Esta experiencia también estimuló mi interés en la investigación y la búsqueda de información relacionada con las problemáticas de la salud mental, lo que me brindó una comprensión más profunda y me permitió desarrollar intervenciones más efectivas para trabajar con personas que enfrentan desafíos similares.

Conclusiones

Se ha llegado a la conclusión de que el vínculo familiar desempeña un papel fundamental en el establecimiento de relaciones saludables.

Se concluye que la Terapia Cognitivo Conductual es eficaz para la disminución de sintomatología depresiva en adolescentes como se evidencia en el caso presentado.

Se concluye que la inclusión de estrategias psicoeducativas dentro del contexto terapéutico de la TCC para adolescentes con episodios depresivos recurrentes muestra un potencial significativo para mejorar la comprensión de la enfermedad, fortalecer la motivación para el cambio y fomentar la participación activa en el proceso de tratamiento.

Se concluye que las técnicas utilizadas en el caso presente jugaron un papel importante en el proceso terapéutico dando como resultado modificaciones de pensamiento, facilitar la comprensión y manejo del trastorno.

Se concluye que la reducción de la sintomatología depresiva se dio a lo largo de las sesiones, sugiriendo que los cambios inducidos por la intervención tienen el potencial de ser sostenibles a largo plazo si se continua con el apoyo y seguimiento adecuado.

Finalmente se observó una mejora significativa en la autoestima y una reducción en los síntomas depresivos, lo que subraya la efectividad de la TCC y la importancia de la intervención oportuna.

Recomendaciones

Se recomienda al paciente y su familia, no abandonar el proceso de acompañamiento en psicología, y así continuar instaurando y reforzando la dinámica familiar, los hábitos de vida saludable, exploración en conjunto habilidades y destrezas sociales. Esto ayudará a explorar conjuntamente habilidades y destrezas sociales, instaurando y reforzando una dinámica familiar saludable para el beneficio de todos los miembros.

Se recomienda que la paciente continúe con la aplicación de las técnicas y actividades psicológicas aprendidas. Esto con ayuda de las tutoras de centro de acogida donde reside, esto para evitar recaídas y a consolidar los avances logrados.

Se recomienda mantener a la paciente involucrada en actividades educativas y recreativas para proporcionar una estructura y sentido de propósito, lo cual es esencial para su bienestar emocional y psicológico.

Se sugiere promover programas de apoyo familiar que fomenten la comunicación abierta, el entendimiento mutuo y la resolución constructiva de conflictos, con el objetivo de fortalecer los lazos familiares y promover relaciones más saludables entre sus miembros.

Se recomienda realizar evaluaciones periódicas mediante reactivos psicológicos para monitorear el progreso y ajustar intervenciones según sea necesario.

Referencias

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychiatric Association. (2020). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Báez Gómez, L. C., & Chain Flórez, L. J. (2013). Relación transferencial en psicología y psicoanálisis. Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Battistich, V., Solomon, D., Watson, M., & Schaps, E. (1997). Caring school communities. *Educational Psychologist*, 32(3), 137-151.
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 115-160). Academic Press
- Beck, A. Rush, A. Shaw, B. & Emery, G. (2019). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A. T., Beck, R. W., & Jolly, J. B. (2001). *Beck Youth Inventories™*. Pearson
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, C. (2019). *Cognitive therapy for emotional disorders*. New York: Behavioral Publications.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Beesley, D., & Sharp, C. (2019). Recurrent depressive disorder in adolescence: A

- systematic review and meta-analysis of treatment efficacy. *Journal of Adolescent Health*, 65(6), 766-776. Doi: 10.1016/j.jadoh.2019.08.002
- Betancurt, P. K. (2023, June 25). Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) | PDF Gratuito. *Ayuda Psicológica en Línea*. <https://ayuda-psicologica-en-linea.com/psicologia-pdf/inventario-ansiedad-beck-bai/>
- Birmaher, B., & Brent, D. (2017). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1503-1526. doi: 10.1097/chi.0b013e318145ae1c
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. En J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (p. 115-160). Academic Press.
- Bridge, J. A., Iyengar, S., Salary, C. B., Barbe, R. P., Birmaher, B., & Pincus, H. A. (2021). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: A meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*, 297(15), 1683-1696.
- Brown, G. W., & Harris, T. (2018). *The social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. Free Press.
- Capurro N, Daniel, & Rada G, Gabriel. (2007). The diagnostic process. *Revista médica de Chile*, 135(4), 534-538. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000400018>
- Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., & Seeley, J. (2018). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58(12), 1127-1134.
- Coopersmith, S. (1981). *The antecedents of self-esteem*. W. H. Freeman.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Andersson, G. (2021). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and*

Clinical Psychology, 79(4), 521-533.

Davanzo, Hernán. (2000). Estudio clínico inicial: (Segunda entrevista). *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 38 (1), 51-55. [https://dx.doi.org/10.4067/S0717-](https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272000000100008)

92272000000100008

Díaz-Loving, R., & Rivera Aragón, S. (2002). *Evaluación de la personalidad y el comportamiento: Inventarios psicológicos*. Editorial Trillas

Del Campo Yecora, M., & Maeso, J. a. T. (2021). *Entrevista psicológica: ¿Cómo realizar la primera sesión?* Instituto Salamanca. <https://institutosalamanca.com/blog/entrevista-psicologica-como-realizar-la-primera-sesion/>

Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Conger, K. J., & Conger, R. D. (2007). A three-wave longitudinal study of self-esteem, depression, and romantic competence in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(6), 853-861.

Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377-389. ("Counting Blessings Versus Burdens: An Experimental Investigation) <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.377>

Instituto Nacional de Estadística y Censos de Ecuador. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-ensanut/>

European Union Statistics on Income and Living Conditions. (2019). *pola*. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics

Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., ...

- & Whiteford, H. A. (2014). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS medicine*, 10(11), e1001547
- Fennell, M. J. (1997). Low self-esteem: A cognitive perspective. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25(1), 1-26.
- González-Arratia, N. I. (2013). *Inventario de Frases Revisado (IFR): Un instrumento de evaluación de la personalidad en el contexto mexicano*. *Revista Mexicana de Psicología*, 30(2), 119-131.
- Hammen, C. (2019). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319.
- Haney, P., & Durlak, J. A. (1998). Changing self-esteem in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(4), 423-433.
- Jones, S. M., Clarke, G. N., & Weersing, V. R. (2018). Comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive therapy for the treatment of depressed adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(3), 252-264.
- Kendall, P. C., & Peterman, J. S. (2015). CBT for Adolescents with Anxiety: Mature Yet Still Developing. *the American Journal of Psychiatry*, 172(6), 519–530. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14081061>
- Kendall, P. C., Martinsen, K. D., & Neumer, S. P. (2017). Cognitive behavioral therapy for anxious and depressed youth: Emotional disorders in children and adolescents. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 197-221.
- Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., & Pedersen, N. L. (2019). A Swedish national twin study of lifetime major depression. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 109-114.
- Kazdin, A. E. (2018). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (3rd ed.). Guilford Press.
- Kessler, R. C., & Ustun, T. B. (Eds.). (2019). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic

- Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 93 - 121.
- Kennard, BD, Clarke, GN, Weersing, VR, Asarnow, JR, Shamseddeen, W., Porta, G., Berk, M., Hughes, JL, Spirito, A., Emslie, GJ, Keller, MB, Wagner, KD y Brent, DA (2019). Componentes eficaces de la terapia cognitivo-conductual TORDIA para la depresión adolescente: hallazgos preliminares. *Revista de Consultoria Psicología Clínica*, 77 (6), 1033–1041
- Kovacs, M. (2003). *Children's Depression Inventory (CDI)*. Multi-Health Systems Inc.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Sage Publications
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2021). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. Guilford Press.
- Marsh, H. W. (1990). A multidimensional, hierarchical model of self-concept: Theoretical and empirical justification. *Educational Psychology Review*, 2(2), 77-172.
- McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 223-245.
- Méndez, J., Sánchez-Hernández, Ó., Garber, J., Espada, J. P., & Orgilés, M. (2021). Psychological Treatments for Depression in Adolescents: more than three decades later. *International Journal of Environmental Research and Public Health/International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4600. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094600>
- Millon, T. (2006). *Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI) Manual*. NCS Pearson.
- MSP. (2020). *El Ministerio de Salud Pública ejerce la rectoría del Sistema Nacional de Salud a fin de garantizar el derecho a la salud del pueblo ecuatoriano*. Ministerio De Salud Pública. <https://www.salud.gob.ec/>

- Muñiz, José (1996). *Psicometría*, Madrid, España, Editorial Universitaria.
- Nestler, E. J., Barrot, M., DiLeone, R. J., Eisch, A. J., Gold, S. J., & Monteggia, L. M. (2019). Neurobiology of depression. *Neuron*, 34(1), 13-25.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory (3rd ed.)*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Lewinsohn, P., Clarke, G., Seeley, J. y Rohde, P. (1994). Depresión mayor en adolescentes de la comunidad: edad de inicio, duración del episodio y tiempo hasta la recurrencia. *Revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente*, 33 6, 809-18. <https://doi.org/10.1097/00004583-199407000-00006>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Depression and other common mental disorders: *Global health estimates*.
- Orth, U., Robins, R. W., & Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(3), 695-708.
- Orth, U., Robins, R. W., & Meier, L. L. (2009). Disentangling the effects of low self-esteem and stressful events on depression: Findings from three longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(2), 307-321.
- Oyola, J. F. L., Zarzuela, E. M. R., & San Gregorio, M. Á. P. (1999). "Eficacia de la técnica de detención del pensamiento en diferentes trastornos psicopatológicos. *Psicología Conductual*, 7(3), 471-499.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods (3rd ed.)*. Sage Publications
- Pan American Health Organization. (2018). *Health in the Americas+. Retrieved from <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2018>
- Pérez-Acosta et al., (2007). ALBERT ELLIS (1913-2007): pionero en los modelos mediacionales de intervención. *Psicología Conductual*, Vol. 16, Nº 2, 2008, pp. 341.

- Philip C. Kendall. (2020, October 20). *Cognitive Therapy with Children and Adolescents: Third Edition: A Casebook for Clinical Practice*. Guilford Press.
<https://www.guilford.com/books/Cognitive-Therapy-with-Children-and-Adolescents/Philip-Kendall/9781462528233>
- Piacente, T. (2009). Instrumentos de evaluación psicológica no tipificados, Observación, entrevista.
https://www.psico.unlp.edu.ar/externas/evaluacionpsicologica/material2012/mat_didac_sis
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2019). "Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365. doi:10.1111/jcpp.12381
- Raes, F., Griffith, J. W., Van der Gucht, K., & Williams, J. M. G. (2019). School-based prevention and reduction of depression in adolescents: A cluster-randomized controlled trial of a mindfulness group program. *Mindfulness*, 5, 477-486.
- Reich, W. (2000). Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(1), 59-66.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press
- Ruhe, H. G., Mocking, R. J. T., Figueroa, C. A., Seeverens, P. W. J., Ikani, N., Tyborowska, A., Browning, M., Vrijisen, J. N., Harmer, C. J., & Schene, A. H. (2019). Emotional Biases and recurrence in major depressive disorder. Results of 2.5 years Follow-Up of Drug-Free cohort vulnerable for recurrence. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00145>
- Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (2017). *Clinical interviewing* (6th ed.).
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2019). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552-1562. doi: 10.1176/appi.ajp.157.10.1552

"Suárez-Colorado, Yuly, Palacio-Sañudo, Jorge, Caballero-Domínguez, Carmen Cecilia, & Pineda-Roa, Carlos Alejandro. (2019). "Adaptación, validez de constructo y confiabilidad de la escala de riesgo suicida Plutchik en adolescentes colombianos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 51 (3), 145-152. <https://doi.org/10.14349/rlp.2019.v51.n3.1>

Therapist Aid. (2018, April 4). *Strengths-Based therapy*.
Therapist Aid. <https://www.therapistaid.com/therapy-guide/strengths-based-therapy>

Victoria, D. B. (2016). *Evaluación psicológica*. Universidad a Distancia De Madrid.
<https://udimundus.udima.es/handle/20.500.12226/694>

Worthington, E. L., & Scherer, M. (2004). Forgiveness is an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: Theory, review, and hypotheses. *Psychology & Health*, 19(3), 385-405.
<https://doi.org/10.1080/0887044042000196674>

Psicología, 51 (3), 145-152. <https://doi.org/10.14349/rlp.2019.v51.n3.1>

Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2021). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379(9820), 1056-1067. doi:10.1016/S0140-6736(11)60871-4

Therapist Aid. (2018, April 4). *Strengths-Based therapy*.
Therapist Aid. <https://www.therapistaid.com/therapy-guide/strengths-based-therapy>

Victoria, D. B. (2016). *Evaluación psicológica*. Universidad a Distancia De Madrid.
<https://udimundus.udima.es/handle/20.500.12226/694>

Worthington, E. L., & Scherer, M. (2004). Forgiveness is an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: Theory, review, and hypotheses, *Health*, 19(3), 385-405.