

Intervención Cognitivo – Conductual En Trastorno Depresivo Moderado En Adolescente (estudio de caso)

Luz Mabell Piedrahita Gonzalez
Universidad del Sinú – seccional Cartagena

Resumen

En este estudio de caso se realizó un análisis detallado de un caso de trastorno depresivo mayor moderado, para realizar el proceso de evaluación y diagnóstico, se llevó a cabo un procedimiento de observación directa con la paciente, incluyendo también una entrevista no estructurada a esta y a la madre. En el proceso de diagnóstico se aplicaron pruebas como el CDI (inventario de depresión infantil), IBT (cuestionario de ideas irracionales) y BAI (inventario de ansiedad) estas se aplicaron con base en las hipótesis preliminares planteadas. Al obtener los resultados de la aplicación de las pruebas anteriormente expuestas, encontramos que la paciente presenta un cuadro depresivo moderado, problemas consecuentes a los altercados intrafamiliares, también se estudió por medio de una prueba la ansiedad, este nos arrojó que no se presentan cuadros ansiosos con base en las situaciones en las cuales la paciente se encuentra inmersa.

Palabras clave: Estudio de caso, depresión, altercados intrafamiliares, ansiedad, ideas irracionales

Abstract

In this case study a detailed analysis of a case of moderate major depressive disorder was carried out, to perform the evaluation and diagnostic process, was carried out a direct

observation procedure with the patient, also including an unstructured interview with the patient and the mother. In the diagnostic process, scales such as the CDI (childhood depression inventory), IBT (irrational ideas questionnaire) and BAI (anxiety inventory) were applied based on the preliminary hypotheses. When we obtained the results of the application of the above scales, it was found through the scales result that the patient presents a moderate depressive picture, problems resulting from intrafamilial altercations, anxiety was also studied by means of a test, which showed that there are no anxious pictures based on the situations in which the patient is immersed.

Key words: Case study, depression, intrafamilial altercations, anxiety, irrational ideas

Introducción

La depresión es un trastorno comúnmente recurrente el cual causa una alteración del ánimo de tipo depresivo en el cual prevalece la tristeza frecuentemente acompañada de ansiedad, en este pueden presentarse otro tipo de síntomas en los que encajan la sensación de vacío, la disminución de la comunicación, el desinterés por la actividad que antes realizaban, así como alteraciones en el apetito y en el sueño las cuales se ven comúnmente en los casos de depresión. Todos estos síntomas pueden ir entrelazados con sentimientos de culpa, así como ideas y pensamientos suicidas lo cual puede conllevar a intentos de suicidios recurrentes (Alonso, 2009).

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años. A escala mundial, aproximadamente

280 millones de personas tienen depresión. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave. Puede causar gran sufrimiento a la persona afectada y alterar sus actividades laborales, escolares y familiares. Hay tratamientos eficaces para la depresión dependiendo la intensidad y tipología de los episodios depresivos a lo largo del tiempo, los proveedores de atención de salud pueden ofrecer tratamientos psicológicos, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal (OMS, 2021)

Según Álvarez et al. (2009) la adolescencia es una etapa de transición que supone importantes transformaciones a nivel biológico, cognitivo y social, las cuales aparecen en mayor proporción comparándolas con las que se suscitan en otros periodos de edad. Para el adolescente los cambios físicos, así como en las relaciones que establece con su grupo de referencia y amigos, implican un proceso de transformación en el concepto de sí mismo, que lo llevará a adquirir nuevas ideas, valores y prácticas y por lo tanto a construir una identidad propia.

Dentro del contexto familiar la adolescencia también resulta crítica, en tanto que exige reajustes en el sistema de crianza infantil. La construcción de la personalidad de los jóvenes está relacionada con los modelos parentales de educación (Gonzalez Forteza & Andrade, 1995).

Ahora bien, dentro de las principales técnicas con las que se ha abordado el diagnóstico de depresión tenemos que según Bados & Garcia (2010) la reestructuración

cognitiva es una de las técnicas con más abordaje en las terapia cognitivo – conductual, se ha mostrado como uno de los procedimientos más eficaces para el tratamiento en los trastornos de ansiedad y depresión en el cual se identifican y cuestionan los pensamientos desadaptativos para así sustituirlos por pensamientos apropiados y así reducir o eliminar el malestar provocado (pág. 2).

Por otra parte, Abramson, Metalsky, & Alloy (1997) a través de la teoría de desesperanza de la depresión establece que las personas que poseen estilos inferenciales negativos (vulnerabilidad cognitiva) son más propensas a desarrollar síntomas depresivos (más específicamente los síntomas del subtipo "depresión por desesperanza') cuando experimentan sucesos vitales negativos que las personas que no poseen dichos estilos.

En este estudio de caso vemos la relación que existe entre la depresión y la dinámica familiar y como esta abarca en gran medida las situaciones en las que se presentan conflictos internos de la paciente, el objetivo principal de este artículo es encontrar la relación que existe entre la dinámica familiar y la sintomatología depresiva en los adolescentes.

Descripción del Caso

Identificación del paciente

VM paciente de 14 años, cursa octavo grado de secundaria en un colegio en la ciudad de Cartagena. Su desarrollo ha sido normal en todas sus áreas; en relación con su formación académica VM ha tenido un desarrollo funcional adaptativo, asiste a terapias con psicología desde sus 8 años, su núcleo familiar está conformado por su madre, padre, abuela y su hermano de 6 años, los padres se encuentran separados, su padre hace parte de la base naval y su madre es ama de casa, los cuales cuentan con un nivel socioeconómico y educativo

medio alto; viven en la ciudad de Cartagena. VM tiene buenas relaciones sociales y su grupo de amigos en la escuela, según lo expresado por la madre VM es una niña “consentida, poco tolerante y manipuladora “sus intereses radican en el baile y el dibujo.

La paciente quien asiste a psicología desde los 8 años fue diagnosticada anteriormente con cuadro depresivo moderado, el cual han influido en su salud mental en las diferentes facetas de su vida ya que estos síntomas conllevaron a la paciente a tener conductas autolesivas en varias ocasiones, así como el deterioro en la dinámica familiar con su madre y padre, con los cuales no lleva una buena convivencia, la madre tiene un estilo de crianza muy permisivo puesto que esta le daba todo lo que VM quería y accedía a sus manipulaciones, el padre es una persona autoritaria y por esta razón la paciente no tiene muy buena relación con él. Los padres de la paciente relatan que VM pasaba días sin querer comer, siempre estaba irritada y de mal genio, dejó de asistir a sus clases de danza porque decía que ya no sabía hacer las cosas y era una inútil, estaba empezando a manipular a los padres y si estos no hacían las cosas se molestaba. Con base en las conductas autolesivas y los demás síntomas descritos anteriormente la paciente esta fue internada en un centro psiquiátrico de la ciudad.

Motivo de consulta

Con base en la situación presentada por VM, se solicitó por parte de la psicóloga de la adolescente internarla para realizar la intervención a lo que la madre refiere “mi hija es manipuladora, en situaciones se autolesiona y ha llegado a atentar contra su vida”; por otra parte, VM refiere que “No puedo controlar mis crisis, estoy en depresión”

Historia del problema

Paciente de 14 años, con antecedentes de cuadro depresivo, refiere que la primera situación en la cual la paciente se autolesionó ocurrió a sus 8 años, el día de su cumpleaños #8 la paciente expresa “recordé pequeñas cosas sobre el abuso”. Posterior al recuerdo de este hecho la paciente se dirige hacia el baño de su casa, cierra su puerta y los pensamientos intrusivos de hacerse daño abarcaron su cabeza, la paciente empieza a arañarse las piernas, arrancarse las pestañas y el cabello, conductas que escondió de sus padres colocándose ropa que cubriera el daño causado en su cuerpo. Al indagar sobre esta conducta la paciente refiere “esto lo hice porque el dolor me hacía olvidar los problemas”. Un segundo suceso tuvo lugar a sus 13 años cuando la paciente en un momento de rabia y frustración porque no encontraba su objeto autolesivo que tenía escondido tomó las tijeras y se cortó su cabello, en este caso los padres estaban presentes ante dicha situación, su angustia y asombro por lo que acaban de presenciar los lleva a entrar en regaños hacia ella a lo que ella les respondió “me estoy cortando solo el cabello o prefieren que me siga cortando las piernas y los brazos”. Al presenciar la situación los padres tomaron acción, llevaron a la paciente a la psicóloga y esta pidió que fuese internada inmediatamente a sus 13 años.

Recientemente la paciente fue dada de alta de la clínica a sus 14 años donde se encontraba después de haber estado 4 meses internada, paciente relata que tres días después llegando de la escuela, su madre le presto el celular para hacer actividades escolares la paciente empezó a chatear con sus amigos y al llegar su madre esta se dio cuenta y la regañó y empezó a realizarle muchas preguntas, en este momento la paciente se encierra en su cuarto y atenta contra su vida cortándose en sus brazos, la madre al darse cuenta de esto la lleva inmediatamente al hospital más cercano y pidieron el reingreso de la paciente a la clínica.

Formulación clínica

Análisis y descripción de las conductas problema

Problema No.1: alteración del estado de ánimo de tipo depresivo e ideación suicida

Esta alteración del estado de ánimo presentada por la paciente se caracteriza por rabia y tristeza frente a las situaciones que enfrenta, estas conductas depresivas e ideaciones suicidas tienden a mantenerse debido a los estilos de crianza de la paciente, así como el hecho de un presunto abuso sexual el cual fue desestimado después de una serie de evaluaciones realizadas pero que se presenta como mantenedor de las conductas debido a la influencia que los pensamientos distorsionados tienen frente a las conductas desadaptativas de la paciente, las cuales como canal de respuesta llevan a que la paciente presente sentimientos de tristeza, fuertes reacciones fisiológicas, frustración lo cual la conlleva a cometer conductas autolesivas.

Problema No. 2: problemas en la relación intrafamiliar

La paciente hace parte de un núcleo familiar conformado por madre, padre, abuela y hermano menor, sus padres están separados. La persona con la que convive diariamente es su madre y es la persona que está inmersa en los altercados que tienen en la dinámica familiar, los cuales detonan las conductas de la paciente, en el núcleo familiar existe una forma de manipulación por parte de la paciente para conseguir lo que quiere, en el momento que ella lo quiere, lo que tiene una relación directa con el estilo de crianza de su madre el cual es parcialmente permisivo al contrario con el del padre que es un estilo de crianza autoritario, razón por la cual no existe una relación amena entre ambos. Con su hermano menor y su

abuela los cuales conviven en el mismo hogar con ella tiene una relación amorosa, en casa no comparte mucho tiempo en familia y prefiere estar con sus amigos.

Selección y aplicación de las técnicas y/o instrumentos de evaluación y resultados obtenidos

En este estudio se realizaron Varias técnicas para recolección de información, se utilizó la entrevista no estructurada a los padres y a la paciente para la recolección de información, pruebas psicométricas y la observación a la paciente. la entrevista no estructurada se realizó para recabar información sobre problemas puntuales mencionados por la paciente para así fabricar la historia clínica, se realizó la aplicación de los instrumentos como lo fue la prueba de depresión infantil (CDI) (Kovacs M. , 2004) evalúa dos escalas: Disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y Autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.) Consta de 27 ítems, cada uno de estos ítems enunciado en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente, el contenido de los ítems cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil. Este inventario posee un coeficiente de confiabilidad de 0.86. Un segundo cuestionario fue aplicado a la paciente, se trata del Cuestionario de ideas irracionales (IBT) (Jones, 1980) el cual consta de 46 ítems con cuatro opciones de respuesta: 1= No estoy de acuerdo, 2= Desacuerdo moderado, 3= Acuerdo moderado y 4= Estoy totalmente de acuerdo. Las ideas irracionales que se incluyen en este instrumento son: Necesidad de Aprobación por parte de los demás, Altas auto expectativas, Culpabilización, Control emocional, Evitación de problemas, Dependencia, Indefensión ante el cambio y Perfeccionismo. Por último, se utilizó el inventario de ansiedad (BAI) (Beck & Steer, 1988) este se ha diseñado específicamente

para medir “la ansiedad clínica”, el estado de “ansiedad prolongada” que en un entorno clínico es una evaluación muy relevante. Es una escala que mide de manera auto informada el grado de ansiedad. Está especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada, de acuerdo con los criterios sintomáticos que se describen en el DSM-III-R para su diagnóstico.

A partir de la observación, las entrevistas realizadas y las pruebas y cuestionarios aplicados a la paciente las cuales evalúan cada una de las problemáticas abordadas en el análisis funcional.

Test de depresión infantil (CDI) el resultado obtenido de este fue: Un puntaje de 31 en las 27 preguntas de las que se encuentra conformado la prueba. El cual refiere que se encuentra en la indicativa de 10 o más, lo cual puntúa que la paciente presenta un cuadro depresivo moderado.

El resultado de inventario de ansiedad (BAI) Obtenido fue: 17 puntos de 21 preguntas de las que se encuentra conformado el inventario, donde el rango obtenido por la paciente va desde 0 – 21 el cual estima una ansiedad muy baja.

Tabla 1

Puntuación superior	Puntuación Media	Puntuación Inferior
Cuidar a otros	Autoexigencia	Necesidad de aprobación
Reacción a la frustración		Territorialidad
Irresponsabilidad emocional		Necesidad de control
Evitación de problemas		Ansiedad por preocupación
Influencia del pasado		Dependencia
		Perfeccionismo

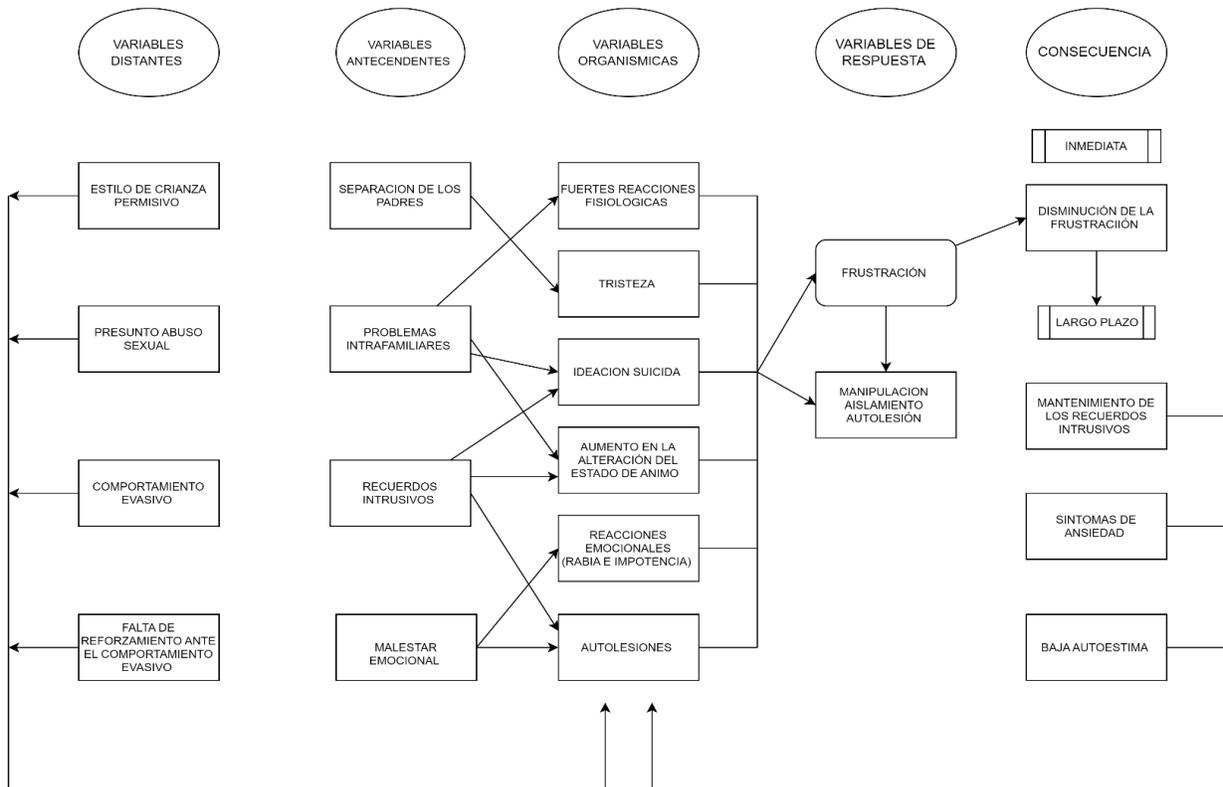
Resultados Cuestionario Ideas Irracionales

Análisis funcional molar o formulación clínica

Teniendo en cuenta la información recolectada se da a conocer la hipótesis de un presunto cuadro depresivo moderado el cual se estudió por medio de la prueba de depresión de infantil, con base en la observación realizada a la paciente se le realizó el inventario de ansiedad de BAI con base en los comportamientos presentados por la paciente en el momento de las terapias realizadas dentro de la clínica, la paciente se irrita con facilidad y no es capaz de realizar una actividad varias veces en busca de un resultado, en base a esto la paciente ha presentado nerviosismo y temblores, lo que nos lleva a la aplicación del inventario para validar si se trata de ansiedad.

Figura 1

Formulación Clínica



A partir del análisis anteriormente presentado en el diagrama podemos identificar como conductas mantenedoras los estilos de crianza permisivos, los comportamientos evasivos, el presunto abuso sexual y la falta de reforzamiento ante el comportamiento manipulativo, en relación con estos los aspectos detonantes de las conductas en los que se ven reflejados la separación de los padres, los altercados familiares, recuerdos intrusivos y malestar emocional.

Según McCarthy (2005) la familia es un factor importante que puede influir en el desarrollo de sintomatología depresiva en los adolescentes; es frecuente que crezcan en una familia donde alguno de los padres puede padecer problemas mentales, como la depresión. indican que hay en los padres tres características que pueden influir para que los hijos adolescentes desarrollen o no depresión: las patologías presentes, sus estilos cognitivos y el clima emocional que establecen con estos (pág. 14)

Este tipo de variables dan paso a que las conductas problemas se presenten y en consecuencia a esto se presentan una serie de respuestas fisiológicas, emocionales y conductuales, las cuales están relacionadas directamente con las variables detonantes de las conductas, en las cuales podemos destacar: con base en las respuestas conductuales que se obtienen con base en la presentación de situaciones que son objeto de intervención como lo son los recuerdos intrusivos que llevan a VM a cometer las conductas autolesivas, los altercados familiares llevan a la paciente tener fuertes reacciones fisiológicas así como a presentar frustración frente a las situaciones problema, el malestar emocional que conlleva a la paciente a cometer las conductas autolesivas y presentar reacciones emocionales como la rabia e impotencia, todas estas variables tienen gran importancia en cuanto a las relación que se presentan entre las conductas y las situaciones problema de la paciente. Es decir, los

altercados familiares, el aumento en la alteración del estado de ánimo, las conductas presentadas de manipulación, autolesión y aislamiento nos llevan a una respuesta de frustración que es la que causan un malestar significativo en la paciente, lo que conlleva a una consecuencia inmediata una disminución de la frustración que a largo plazo puede conllevar a tener síntoma de ansiedad, mantenimiento de los recuerdos intrusivos y una baja autoestima.

Objetivos terapéuticos

Los objetivos formulados en este estudio de caso se realizaron con base a los resultados arrojados por la entrevista no estructurada y la aplicación de las pruebas, los objetivos son la disminución de la alteración de ánimo, extinción de las conductas autolesivas y la disminución de los altercados familiares.

Selección del tratamiento adecuado

Tabla 2

Plan de Tratamiento

Objetivo Generales	Objetivos Específicos	Técnicas	Sesión	Indicadores Clínicos
Disminuir la alteración de ánimo del paciente	Extinguir la conducta de autolesión	Reestructuración cognitiva	1 y 2	Que la paciente aprenda a identificar y cambiar los pensamientos que le causan malestar.
	Controlar los impulsos (frustración)	Técnica de respiración profunda	3	Que la paciente sepa manejar la frustración con las diferentes técnicas aprendidas.

	Eliminar los pensamientos distorsionados	Reestructuración cognitiva	4 y 5	Que la paciente reduzca los pensamientos distorsionados hasta un 30% o menos.
	Estabilizar el estado de ánimo del paciente	Activación conductual	6 y 7	Que el paciente realice las actividades de su interés en situaciones que presenten estados de ánimo bajos en las situaciones que se le presenten.
Disminuir los altercados familiares	Mejorar la tolerancia en situaciones estresantes	Técnica de relajación de Jacobson	8	Que el paciente aplique técnicas de minimización del estrés en situaciones en las que se presente un alto grado de estrés.
	Mejorar la interacción social en el contexto familia	Entrenamiento en habilidades sociales (comunicación asertiva)	9 y 10	Que la paciente tenga una mejor interacción en el contexto familiar cuando en este se le presenten conflictos.
Prevenir recaídas	Brindar herramientas para situaciones estresantes que se puedan presentar	Técnicas aprendidas	11	Que el paciente aplique las técnicas aprendidas en el transcurso de la intervención en situaciones en las que sea necesario.

El primer objetivo por trabajar es la disminución de la alteración del estado de ánimo de la paciente en el cual se trabajará como primera instancia en extinguir la conducta de autolesión por medio de la reestructuración cognitiva, esta se trabajará de manera inmediata ya que es una de las conductas que generan más impacto, observar una reducción de esta conducta puede ayudar al paciente a mejorar significativamente en áreas familiares, sociales, etc.

Según Caballo (2010) se refiere a la necesidad que puede haber de modificar creencias, cogniciones o actitudes que están presentes a la hora de realizar el

entrenamiento y que intervienen de una manera negativa. Se suelen emplear técnicas cognitivas tales como entrenamiento auto instruccional, cambio de creencias, etc. También hay que señalar que al adquirir la conducta competente socialmente puede darse de forma natural la reestructuración cognitiva necesaria (pág. 300).

El segundo objetivo que se trabajará el control de impulsos y el manejo de la frustración para esto se trabajaran la técnica de respiración profunda con la técnica de respiración diafragmática, siguiente a esto se trabajará la reestructuración cognitiva con base en la eliminación de los pensamientos distorsionados. Con el objetivo de disminuir las alteraciones del estado de ánimo se buscará estabilizarlo por medio de la activación conductual tanto la depresión como cualquiera de las afecciones o trastornos relacionados con ella han sido un gran campo de investigación desde el punto de vista del tratamiento psicológico. A lo largo de la historia de la psicología, los investigadores han luchado por elaborar una terapia eficaz, que alivie los síntomas de esta en el menor tiempo posible.

Uno de estos tratamientos de reciente actuación es la Activación Conductual es una de las alternativas más utilizadas en el tratamiento de la depresión, ya que es un tratamiento estructurado, eficaz y bien establecido, está dirigido al incremento, de manera estructurada, de las conductas manifiestas que pueden acceder a contingencias medioambientales reforzantes y subsecuentemente mejorar el estado de ánimo y la calidad de vida (Bianchi & Henao, 2015)

Aplicación del tratamiento

El plan de tratamiento a describir se refiere a las técnicas que se le habrían efectuado la paciente en caso de que se hubiese realizado la aplicación de dicho tratamiento, el cual no

se pudo aplicar debido a las políticas específicas del lugar donde se realizó el estudio de caso, ya que en las políticas que el centro psiquiátrico maneja el tiempo del tratamiento de los pacientes no está reglamentariamente estipulado por lo cual pueden dar de alta en el momento que precisen que la vida del paciente ya no está en riesgo. Por este motivo a continuación, se realizará la descripción del tratamiento que se habría efectuado con el paciente.

Sesión 1; Objetivo: Realizar reunión con padres y paciente donde se explique y conceptualice la depresión y características asociadas a esta, explicar resultados de las pruebas aplicados anteriormente.

Desarrollo: En esta sesión se realizará una sesión con los padres en la cual se le explique los resultados arrojados por las pruebas y cuestionarios aplicados a la paciente en la fase de evaluación en el cual nos arrojó un diagnóstico de depresión mayor, moderado.

Se realizará una conceptualización de que es la depresión, las características que esta presenta, como podemos tratarla y así socializar el plan de tratamiento establecido a la paciente y los padres en el cual se le da la explicación de cada uno de los puntos a trabajar, por que hacerlo y como se abarcará.

Sesión 2; Objetivo: Reestructuración cognitiva por medio de la actividad del cuestionario socrático

Desarrollo: Para iniciar esta sesión se le explicará a la paciente que es la reestructuración cognitiva, que se busca con esta técnica y como se aplicará en la sesión, se trabajará la reestructuración cognitiva por medio del cuestionario socrático el cual consiste en evaluar el pensamiento del pensamiento por medio de pregunta exploratorias como lo son: ¿Es realista este pensamiento? ¿Estoy basando mis pensamientos en hechos o en

sentimientos? ¿Existe alguna evidencia que apoye esta idea? ¿Podría estar malinterpretando una posible evidencia?

Sesión 3; Objetivo: En esta sesión se trabajará el control de impulsos por medio del Entrenamiento en respiración diafragmática

Desarrollo: Para iniciar esta sesión se le dará la bienvenida a la paciente y se entablará una conversación amena para iniciar así con el entrenamiento en respiración diafragmática, primero explicándole al paciente las herramientas que se iban a aprender y en las situaciones que estas se podían implementar. Iniciamos con la explicación de que es la respiración diafragmática, como se realizaba, que se buscaba con esta técnica de respiración. siguiente a esto iniciamos con el entrenamiento en este caso usando un muñeco el cual colocamos en su estómago para que la paciente se concentre en su respiración de manera más consciente. Logrado el entrenamiento con la paciente, se le dejó como tarea practicarla y si quería enseñarlo a sus padres o compañeros.

Sesión 4; Objetivo: Identificación y confrontación de pensamientos negativos e irracionales por medio de la técnica de reestructuración cognitiva. Revisión de la actividad de la sesión pasada.

Desarrollo: para iniciar esta sesión se colocarán en práctica la técnica aprendida la sesión pasada en busca de retroalimentar dicha herramienta. En esta segunda parte se realizará una psicoeducación sobre el modelo cognitivo que sustenta la técnica de reestructuración cognitiva usando ejemplos de la vida diaria. Siguiendo a esto para una mejor identificación de las distorsiones cognitivas o pensamientos negativos se le explicará a la paciente lo que es un registro de pensamientos, como este se debe utilizar y el objetivo de la

actividad en la cual se busca que la paciente pueda identificar las distorsiones cognitivas que antes pasaban desapercibidas, plantee la situación que le causa malestar, el pensamiento automático que esta presenta, la emoción, la conducta y en muchos de los casos incluyendo este los pensamientos alternativos.

Sesión 5; Objetivo: En esta sesion se realizará la revision de la tarea establecida.

Desarrollo: En esta sesión se realizará la revisión de las situaciones que la paciente establecio en cada uno de los apartados, se hablará y conversara en base a los pensamientos y emociones que esta presentó en las diferentes situaciones y se trabaja puntualmente en los pensamientos alternativos que la paciente expresó en el registro.

Sesión 6; Objtivo: En esta sesion se trabajará la activacion conductual por medio de la tecnica de reforzamientos positivo.

Desarrollo: Esta sesion está dirigida a madre y la paciente puesto que con ella es que convive y realizamos lo que llamamos un contrato de contingencia en el cual en base a las situaciones y conductas que la paciente presenta se establecen dichas conductas que deben realizarse en el contrato como lo son: Si ella expresa de manera clara como le va en sus clases por lo menos tres veces a la semana. Si esta no realiza ningun tipo de conductas autolesivas durante la semana. En situaciones que le cause frutracion implementar la estrategia de respiracion aprendida. Establecidas las conductas que se trabajaran y se reforzaran si se cumplen, el contrato queda establecido que la paciente recibira su recompensa por parte de la madre la cual llevará el resgistro de estas conductas y que el contrato se cumpla.

Sesión 7; Objetivo: trabajar por medio de manejo de pensamientos negativos.

Desarrollo: Se inicio la sesion entablado una conversacion amena con la paciente realizando seguimiento sobre el contrato de contingencia que se habia iniciado a instaurar. Siguiete a esto se realizará una actividad denominada manejo de pensamiento la cual tiene como objetivo que la paciente sea capaz de detectar e identificarlos, se busca identificar estos pensamientos negativos basandonos en la informacion ya reunida de la paciente. Se realizan los siguientes interrogantes con el fin de analizar las consecuencias de los pensamientos negativos. ¿Cuándo sucede? ¿Qué lo facilita? ¿Qué consecuencias tiene? ¿Cuál es la funcion del pensamiento en dicha situacion?. Siguiete a esto trabajamos en la busqueda de pensamientos alternativos a los pensamientos que establecimos al principio.

Sesión 8; Objetivo: trabajar en base a las situaciones estresantes por medio de la técnica de relajación de Jacobson

Desarrollo: Se inicia la sesión realizando la técnica de respiración diafragmática aprendida en las sesiones anteriores, siguiete a esto se realiza la explicación de la técnica de relajación de Jacobson. Se le explica a la paciente detalladamente lo que se realiza en esta técnica y se inicia en la práctica pasando por cada uno de los músculos. Como tarea en esta sesión es practica la técnica y para una mejor retroalimentación tratar de enseñarla a la madre.

Sesión 9; Objetivo: Trabajar en el entrenamiento en habilidades sociales puntualmente la comunicación asertiva.

Desarrollo: Se realiza por medio de la técnica del role playing en la cual se realiza la representación de situaciones familiares en las cuales la paciente tiene más aficción, se inició con el role playing en estas situaciones de falta de comunicación con la madre en situaciones concretas y como la paciente proyecta una respuesta diferente de su madre y como esta responde ante esto. Se realizan situaciones que le causen bajo nivel de frustración y si se puede aumentar la intensidad de las situaciones se realiza dependiendo el malestar que le causen a la paciente. En esta sesión se efectúa realizar una o dos situaciones de la dinámica familiar.

Sesión 10; Objetivo: Realizar el seguimiento de la técnica role playing en situaciones de la dinámica familiar.

Desarrollo: En esta sesión se realizará el seguimiento de la técnica por medio de las situaciones de la dinámica familiar, se realiza de nuevo las situaciones antes presentadas y esto nos indica si podemos incrementar el nivel de intensidad en las próximas situaciones.

Sesión 11; Objetivo: Trabajar en técnicas aprendidas para prevención de recaídas

Desarrollo: En esta sesión se realizará un recuento de las técnicas de respiración, de relajación, los pensamientos alternativos que hemos aprendido en el transcurso de las sesiones con el fin de que la paciente en caso de estar en situaciones que le generen frustración pueda implementarlas en búsqueda de que las conductas puedan ser frenadas en el momento preciso para esta sesión también se cita a la madre para que esta conozca a fondo las técnicas trabajadas y sirva de apoyo si se efectúa alguna situación o conducta.

Resultados del tratamiento

Los resultados que se esperan obtener con base en el tratamiento que se propone anteriormente por medio de la intervención de las diferentes técnicas es la disminución de las alteraciones del estado de ánimo del paciente por debajo de manera significativa como la frustración en diferentes situaciones, conductas e ideas suicidas. Por otra parte, también se espera la disminución de los altercados familiares de manera progresiva en las situaciones en las que se presenten.

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo dar una vista a la depresión y a la relación que esta tiene con los conflictos familiares en adolescentes, se pudo realizar un hallazgo en el cual podemos evidenciar que la dinámica familiar, los estilos de crianza y los altercados que aquí se presentan son un ente primordial en el trastorno depresivo que pueden presentar los adolescentes. Lo presentado en este artículo, así como en las investigaciones de literatura realizadas nos indican que el clima familiar, la relación entre padres e hijos y la dinámica que se maneja en familia están relacionados con la sintomatología depresiva en los adolescentes.

Según Alonso (2009) En el desarrollo social los cambios en los comportamientos de los adolescentes no sólo afectan a las relaciones con sus compañeros, también afectan a las relaciones con sus padres. De hecho, es el periodo de desequilibrio social con mayores problemas en las relaciones padre-hijo, influencia máxima de la presión de los compañeros y problemas de la conducta y depresión. El adolescente empieza a cuestionar los antiguos valores, los viejos papeles, las viejas ideas de la identidad.

A través de las investigaciones realizadas podemos abarcar problemáticas que abarcan los adolescente como lo es identificar las probables causas y así tener bases contundentes para planificar y accionar planes de preventivos los cuales pueden estar encaminados a las problemáticas actuales fortaleciendo las habilidades sociales y autoestima de los adolescentes en todos los ámbitos en los que estos se pueden desenvolver, así como buscas programas preventivos para los adolescentes que presentan sintomatología depresiva pero no tienen una red de apoyo que les permita mejorar las condiciones de vida o recibir el tratamiento adecuado.

Referencias

- Abramson, Metalsky, & Alloy. (1 de Septiembre de 1997). Teoria de la desesperanza *Revista de Psicopatologia y Psicologia Clinica*.
<https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3845>
- Alonso, A. (2009). *La depresion en adolescentes. La salud mental de los jovenes en España*. Vol 85.
- Álvarez, M., Ramírez, B., & Silva, A. (2 de Junio de 2009).La relacion entre depresión y conflictos familiares en adolescentes *Redalyc*. (n. J. Psychology, Ed.)
<https://www.redalyc.org/pdf/560/56012878005.pdf>
- Bados, A., & Garcia, E. (15 de Abril de 2010). Reestructuración cognitiva. *Universidad de Barcelona*.
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuración.pdf>
- Beck, A., & Steer, R. (1988). Inventario de ansiedad. *Consejo general de colegios oficiales de psicologos*.
<https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf>
- Bianchi, J., & Henao, A. (12 de Mayo de 2015). Activación conductual y depresión: conceptualización, evidencias y aplicaciones en iberoamerica. *Scielo*. O
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082015000200002&script=sci_arttext&tlng=en

- Caballo, V. (2010). Reestructuración Cognitiva . En M. Á. Ruiz, M. I. Díaz, & A. Villalobos, *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (pág. 300). UNED.
- Gonzalez Forteza, C., & Andrade, P. (1995). La relación de sus hijos con sus progenitores t sus recursos de apoyo. *Salud Mental*.
http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/575/575
- Jones, M. (1980). Cuestionario de ideas irracionales. *Slideshare*.
https://es.slideshare.net/ORBIQ/understanding-artificial-intelligence-major-concepts-for-enterprise-applications-129852142?next_slideshow=129852142
- Kovacs, M. (2004). Test de depresión infantil. *Scribs*.
<https://es.scribd.com/document/268761574/Test-de-Depresion-Infantil-Cdi-Kovacs>
- McCarthy, S. (2005). Sintomatología depresiva y estilos parentales. *Redalyc.org*.
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29213108.pdf>
- OMS. (13 de Septiembre de 2021). Depresión: sintomatología y tratamiento. *Organización Mundial De La Salud*. Obtenido de Organización Mundial De La Salud:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Rovina, I. (4 de DICIEMBRE de 2017). Activación conductual: una de las terapias más eficaces para la depresión. *PSICOLOGIA Y MENTE*.
<https://psicologiaymente.com/clinica/activacion-conductual>