

# **Intervención Cognitivo Conductual en un Caso de un Adolescente con Trastorno Depresivo**

## **Mayor**

Ana Karina Arrieta Arrieta  
Universidad del Sinú – seccional Cartagena

### **Resumen**

El presente estudio se refiere a la intervención realizada a un paciente de 15 años, de origen venezolano, con trastorno depresivo mayor reflejado en tendencias suicidas asociadas a problemas familiares, abuso sexual, acoso escolar y consumo de sustancias psicoactivas. Se trabajó bajo la terapia cognitiva conductual para intervenir los problemas emocionales y psicológicos que pueden estar ocurriendo en el adolescente.

Se hizo una recolección inicial de información que buscó recoger, evaluar e indagar la información pertinente, además se pretendía establecer empatía terapéutica con el paciente. Se aplican cuestionarios y pruebas para analizar el estado emocional del paciente. Partiendo de los resultados obtenidos de los diferentes cuestionarios se logró conocer a mayor profundidad la problemática del paciente brindando un amplio diagnóstico. Se observa depresión, pesimismo y actitudes negativas hacia el futuro, con un nivel leve de ansiedad, bajo autoestima y bajo nivel de relación social.

Los problemas que presenta el paciente se desarrollan a partir de cambios significativos que tuvo desde el ausentismo de los padres, lo cual le produjo un estado de vulnerabilidad psicológico y que a su vez ha generado alteraciones significativas en la vida del paciente frente a los contextos ambientales y sociales.

Teniendo en cuenta la aplicación de la terapia cognitivo conductual, y el apoyo emocional que se le brindó al adolescente mediante el proceso de intervención, se evidenciaron cambios significativos en el que el paciente, intenta corregir pensamientos distorsionados por pensamientos más adaptativos y positivos, en recuperar seguridad y autoconfianza, se logró

**Información autores**

[a] Estudiante de Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente. Correo electrónico: [anakarrieta@hotmail.com](mailto:anakarrieta@hotmail.com).

evidenciar la motivación en fortalecer relaciones interpersonales, cabe resaltar que el proceso terapéutico debe continuar día a día enriqueciendo las habilidades aprendidas y desarrollando nuevas que le permitan obtener una mejor calidad de vida. Con la limitación de no poder culminar el proceso, no se logró realizar la evaluación del postest.

**Palabras clave:** Suicidio, abuso sexual, familia, terapia cognitiva conductual, trastorno depresivo mayor.

### **Abstract**

The present study focuses on the intervention carried out on a 15-year-old patient from Venezuela who has a major depressive disorder, manifested through suicidal tendencies associated with family problems, sexual abuse, bullying, and substance abuse. Cognitive-behavioral therapy (CBT) was employed to address the emotional and psychological issues that the adolescent may be experiencing.

An initial collection of information was conducted to gather, evaluate, and explore relevant data, with the aim of establishing therapeutic empathy with the patient. Questionnaires and tests were administered to analyze the patient's emotional state. Based on the results obtained from the different questionnaires, a deeper understanding of the patient's issues was achieved, leading to a comprehensive diagnosis. The patient exhibited depression, pessimism, negative attitudes towards the future, mild anxiety, low self-esteem, and a limited level of social interaction.

The patient's problems stemmed from significant changes that occurred due to parental absence, resulting in a state of psychological vulnerability and significant disruptions in the patient's life within environmental and social contexts.

Considering the application of cognitive-behavioral therapy and the emotional support provided to the adolescent throughout the intervention process, significant changes were observed. The patient began to challenge distorted thoughts and develop more adaptive and positive thinking patterns, regain security and self-confidence, and demonstrate motivation to strengthen interpersonal relationships. It is important to note that the therapeutic process needs to continue on a daily basis, enriching the learned skills and developing new ones to improve the

patient's quality of life. Due to the limitation of not being able to complete the process, a post-test evaluation was not conducted.

**Keywords:** Suicide, sexual abuse, family, cognitive behavioral therapy, major depressive disorder.

## **Introducción**

El trastorno depresivo mayor (TDM), con unas estimaciones de prevalencia a lo largo de la vida del 6,2% en adolescentes y de hasta 19% en adultos, es una de las enfermedades mentales más frecuentes, costosas y discapacitantes a nivel mundial. Por lo general inicia a edad temprana y, en la mayoría de las personas, la depresión aparece por primera vez en la adolescencia (McIntyre et al., 2020).

Existe una íntima y ampliamente reconocida conexión entre el TDM y el espectro de conductas suicidas. El TDM es el diagnóstico más comúnmente asociado con suicidios consumados, estimándose que se encuentra presente en aproximadamente un 20% a un 35% de los casos de muertes por suicidio. Además, se estima que entre un 35% y un 80% de las personas que reciben atención médica debido a intentos de suicidio también presentan depresión. Se calcula que al menos el 27% de los pacientes diagnosticados con TDM ha experimentado al menos un intento de suicidio en algún momento de su vida (Gaviria et al., 2009).

Por otra parte, el suicidio, es el acto de causar deliberadamente la propia muerte, que involucra varias etapas de un continuo llamado comportamiento suicida: ideación, planificación, intento y suicidio consumado (Salvo & Melipillán, 2008). El suicidio es un problema de salud pública mundial con una alta carga económica, social y psicológica para los individuos, las familias, las comunidades y la sociedad en su conjunto (OMS, 2021).

Cada año, se suicidan cerca de 700.000 personas con problemas depresivos y por cada suicidio consumado hay muchas tentativas de suicidio, por lo que el intento es un factor de riesgo determinante para acto consumado. Según la Organización Mundial de la Salud, esta forma de muerte, en 2019, fue la cuarta a nivel mundial entre individuos jóvenes de 15 – 29 años, con una mayor prevalencia en países con ingresos medianos y bajos (OMS, 2021).

En Latinoamérica, el panorama es similar, según el informe de la Organización Panamericana de la Salud (2014), la tasa promedio de suicidios es de 9.8 por cada 100.000 habitantes. Guyana, Uruguay y Chile son los países que presentan mayores tasas de suicidio, seguido de Cuba y el Salvador (OPS, 2021).

En Colombia, el año 2021, según reportes de Medicina Legal cerró con 2.595 casos de suicidios y en el periodo enero – julio del año 2022 se presentaron al menos 1.564 suicidios en todo el territorio nacional, es decir, 75 casos más en el mismo periodo del año anterior. Dichas cifras ponen en alerta a cada uno de los profesionales de la salud mental, al sector privado y público para que a través de estrategias de prevención se reduzca exponencialmente esta serie de eventos (Corporación Universitaria UNITEC, 2022).

Tras observar el panorama mundial y nacional, se hace necesario ahondar en el tema con la finalidad de explicar la etiología de este fenómeno, por lo que distintas investigaciones han buscado dar respuesta y algunas concluyen que es consecuencia de interacciones entre factores biológicos, genéticos, sociales, culturales y ambientales (Caycedo et al., 2010; Prada et al., 2014), destacando el abuso sexual y el maltrato familiar como factores de riesgo para el TDM, y como se reporta en la literatura, la consecuencia más peligrosas del TDM es el suicidio. Los pacientes que sufren depresión tienen cuatro veces más riesgo de suicidio que la población general; riesgo que se incrementa hasta 20 veces en los pacientes con las formas más severas de la enfermedad (Calvo-Gómez & Jaramillo-González, 2015). Por otra parte, como se describe y destaca en el trabajo “*consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil*” la ideación e intento suicida son consecuencias a largo plazo del abuso sexual asociado a esto a cuadros depresivos producto de la vulneración física y emocional del individuo (Cortés et al., 2011). En sustento a lo anterior, Eisenberg (2007) encontró que estudiantes de bachillerato que habían sido víctimas de abuso sexual infantil presentaban mayor riesgo de conducta suicida. En suma, en una revisión de la literatura realizada por Cabra et al (2010), en diferentes bases de datos sobre los factores de riesgo para la conducta suicida, encontraron que el abuso sexual se relaciona con el suicidio en adolescentes, y que en general habían presentado cuadros depresivos severos.

Para este estudio, el abuso sexual se entiende como todo acceso/acto/estimulación sexual que una persona con suficiente experiencia ejerce contra un niño, niña o adolescente que se encuentra en desventaja frente a su agresor (Pérez et al., 2017), tal como se reporta en el presente

estudio, donde tal acto tuvo efectos que negativos sobre el paciente, y pudo, junto a la ausencia familiar, problemas de acoso escolar, acentuar el trastorno depresivo mayor del paciente induciéndolo a la negatividad hacia la propia vida.

También, es necesario señalar, que el suicidio y la conducta suicida son fenómenos complejos y se sabe que una serie de factores individuales, poblacionales y ambientales aumentan el riesgo de suicidio (Turecki & Brent, 2016). La relación padre-adolescente es uno de los múltiples factores que pueden influir y es bastante difícil utilizarla como una "variable" medible, así como cuantificar su impacto en el riesgo de suicidio en los adolescentes. Sin embargo, existen trabajos de investigación donde se destaca la importancia de los factores parentales que influyen en la salud mental y el riesgo de suicidio en los adolescentes, así como el estado de vulnerabilidad de los niños al no convivir su infancia con sus progenitores (Shidhaye, 2021).

La Terapia Cognitiva- Conductual (TCC) es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas, la depresión y otros trastornos emocionales. Este modelo está conformado por un grupo de intervenciones que se ponen en práctica luego de una exhaustiva evaluación de las características biopsicosociales del paciente, y que tiene en cuenta el visto bueno, compromiso y colaboración de este y sus allegados (Puerta & Padilla, 2011). En el estudio de los autores mencionados, se destacan las diferentes herramientas utilizadas por la TCC en el tratamiento de la depresión. Además, se reconoce la aparición de nuevas técnicas que se están incorporando a este enfoque y que tienen el potencial de mejorar positivamente la recuperación de los pacientes, así como prevenir recaídas.

Por lo anterior, el objetivo de este trabajo fue mediante la aplicación de un tratamiento cognitivo conductual, reducir la sintomatología depresiva de un adolescente con problemas familiares, emocionales y de drogas con antecedentes de intento de suicidio, abuso sexual y acoso en el tiempo que estuvo en la escuela.

## **Descripción del Caso**

### **Identificación del Paciente**

Paciente adolescente de 15 años, sexo masculino, procedente del país de Venezuela, con 3 años de residencia en la ciudad de Cartagena, de estrato social bajo, es el segundo de cuatro hermanos, cursó hasta el grado tercero de primaria en el país de Venezuela en una institución pública con bajo rendimiento escolar, posteriormente reprueba los grados (quinto y sexto) en una escuela pública en Cartagena, adolescente no continua sus estudios desde el segundo periodo del año 2022, cursaba el grado sexto. Se registran antecedentes de abuso sexual en dos ocasiones y bullying en la escuela. Respecto a su familia convive con sus padres y sus hermanos en un barrio de escasos recursos de la ciudad de Cartagena.

### **Motivo de Consulta**

Ingresa paciente a la unidad de salud mental por intento de suicidio. Durante la primera sesión al interrogar al paciente sobre el motivo de consulta él responde “Solo busco acabar con mi vida” manifiesta su falta de voluntad e interés en las cosas, además de sentirse triste, y solo.

### **Historia del Problema**

Paciente con ausentismo parental en sus primeros diez años de vida, adolescente vivió con su abuela materna desde los 24 meses hasta los 10 años, durante esta época fue víctima de abuso sexual a los ocho años por parte de un primo de 13 años, mantuvo silencio por miedo. A los 14 años, fue de nuevo víctima de abuso sexual por un adulto desconocido, situación que ocurre en la calle en un lugar solitario, mientras su padre y madre trabajaban, esta vez informó a sus padres y se denunció. Paciente refiere que sus padres le recalcan que el episodio de abuso fue su responsabilidad porque él no debía estar fuera de casa, situación que genera culpabilidad en el adolescente causando sentimientos de tristeza y desesperanza.

En cuanto a su vida académica inicio sus estudios a los 6 años, no tuvo problemas de aprendizaje y se adaptó bien al ambiente escolar, sin embargo, debido a la intimidación de dos compañeros que le causaron daños físicos y psicológicos (acoso escolar), hace aproximadamente un año perdió el interés en asistir a la escuela, mantuvo un bajó su rendimiento académico y complicó sus relaciones sociales. Además, no tuvo ayuda por parte del docente pues manifestó la situación en varias ocasiones, no tomaron las medidas necesarias para intervenir. En la familia,

tampoco encontró apoyo pues solo le decían que debía estudiar pese al miedo que sentía en asistir a la escuela, abandona la escuela en el segundo periodo del año 2022, cursaba el grado sexto, refirió haberlo hecho por desmotivación, acoso escolar, bajo rendimiento académico. Su proceso académico concluyó con la reprobación del grado quinto y después el sexto, actualmente su nivel educativo es educación básica primaria.

En el área socio afectiva presenta dificultades para establecer relaciones adecuadas con otros, a partir del manejo y la comprensión de contenidos sociales asociados con sentimientos, intereses, motivaciones y necesidades personales, se caracteriza por ser tímido, precavido y reservado.

Actualmente el núcleo familiar del adolescente se encuentra conformado por sus padres y sus hermanos, conformando así una familia nuclear. La relación con sus padres es ambivalente, refiere algunas veces ser distante y conflictiva, afirma que ellos no entienden sus problemas, el padre pasa la mayoría de su tiempo trabajando y no ha participado activamente en la crianza del paciente, su madre también ha sido mayoritariamente ausente, según lo reportado por el paciente, sus interacciones con él giran principalmente en torno a reproches sobre el hecho de que se ha retirado de la escuela y no tiene un proyecto específico de vida, cabe resaltar que a raíz de la situación actual que hay en el ambiente familiar ha reducido significativamente la fortaleza de la red de apoyo del adolescente. Esto a razón del abandono que sufrió la mayor parte de su infancia. No se crió con sus hermanos, sin embargo, tiene buenas relaciones con ellos, especialmente con su hermana de trece años, con quien se siente en confianza.

A sus 14 años el menor fue llevado al centro de rehabilitación mental en tres ocasiones; la primera hospitalización fue en marzo del 2022 por consumo de alcohol, cannabis, benzodiazepinas, estuvo consumiendo durante un mes y medio, refiere haberlo hecho para no recordar el daño infligido por el abusador, suceso acompañado con autolesiones, actualmente se encuentra en abstinencia desde el mes de agosto del 2022. La segunda hospitalización fue debido a varios intentos autolíticos cortantes en agosto del mismo año, situación que se dio por tener una fuerte discusión con su padre, donde este le dice que debe ir a la escuela, ocasionando discusiones, y agresiones tanto físicas como verbales por parte de ambos. Al intentar hablar de la situación se observa sensación de irritabilidad. A raíz de esta situación y de su historial de vida, el paciente manifiesta un comportamiento evitativo, no querer seguir viviendo. En el presente año a

finales del mes de febrero el paciente manifiesta a su hermana de trece años en varias ocasiones sentirse muy triste y solo, situación que lo llevo a tomar la decisión de ingerir 15.000 mg de acetaminofén e intento de cutting, luego, sale de casa queriendo lanzarse de un puente, situación que ocurre mientras sus padres trabajaban, las personas cercanas que se encontraban en el lugar de los hechos alertan a la policía, e informan a los padres y deciden llevar al adolescente al centro de rehabilitación mental.

En cuanto al historial de factores predisponentes que se han generado alrededor del desarrollo de la vida del menor, está presentando alteración en el estado de ánimo por parte de las problemáticas que se han venido presentando en la familia, manifestando sentimientos de tristeza, desesperanza y soledad.

## **Formulación Clínica**

### ***Análisis y descripción de las conductas problema***

#### **Problema No.1: Alteración del estado de ánimo: tipo depresógeno**

El paciente presenta alteración en el estado de ánimo desde hace un año aproximadamente caracterizado por la presencia de tristeza excesiva, desmotivación, desesperanza, irritabilidad, dificultad para concentrarse y pérdida de interés. Se ha determinado que el paciente tiene un pobre control de impulsos y regulación emocional, un umbral bajo para la frustración y baja autoestima y autoconcepto de sí mismo, lo que le impide tener adecuadas relaciones interpersonales. Presenta perturbaciones del sueño caracterizado por insomnio, hallándose como factor mantenedor del estado anímico del paciente el evento del abuso sexual. Pasa la mayor parte del tiempo ensimismado creando un estado de vulnerabilidad teniendo conductas suicidas lo cual toma como escape la evitación del pasado y los problemas que lo atormenta en su presente.

#### **Problema No.2: Problemas en la relación intrafamiliar y de relaciones sociales**

Paciente presenta problemas familiares, teniendo comunicación conflictiva con la madre y el padre, discusiones repetitivas y en ocasiones maltrato físico y verbal, por lo que refiere en ocasiones oponerse a las normas en el hogar. La relación con los padres es distante por lo cual se evidencia carencia afectiva en el ambiente familiar. Poca interacción social desde la infancia, con

temor a interactuar socialmente, personalidad introvertida y tímida, la mayor parte del tiempo se encierra en sí mismo alejándose de toda actividad de interacción social.

### **Problema No.3: Consumo de sustancias psicoactivas**

Adolescente inicia el consumo sustancias psicoactivas, desde hace aproximadamente un año consumo de (spa), cannabis y benzodicepinas. Refiere haberlo hecho para olvidar el daño que le ocasionaba el abusador, se encuentra en abstinencia desde el mes de agosto del 2022, suceso que fue acompañado de autolesiones, refiere haber vivido ese momento estresante y caótico del que quería escapar.

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

#### **Obtenidos**

Se comenzó con una evaluación inicial, donde se buscó recoger, evaluar e indagar la información pertinente: se logró como primera medida socializar y firmar el consentimiento informado con el adolescente, posteriormente se procedió a los datos de identificación, motivo de consulta, se evaluó historia personal, familiar, socio afectiva académica y sexual para así indagar aspectos influyentes en cada área y logrando establecer con el paciente empatía terapéutica, todo esto mediante la aplicación de la entrevista semiestructurada.

Tras la información recopilada, surge la necesidad de aplicar diferentes pruebas que arrojaron hallazgos valiosos para determinar un diagnóstico acertado, por consiguiente, se reflejan los resultados de cada uno de los instrumentos aplicados.

Se le aplica inventario de depresión infantil (CDI) (Kovacs, 1992) en el que se obtuvo una puntuación de 33, con la que se detectó una mayor presencia de síntomas depresivos marcados, síntomas que se ha venido observando en el paciente como por ejemplo en algunas frases similares de tristeza, desmotivación, soledad, desdicha, pesimismo, lo que lleva al adolescente a manifestar alteración en su estado de ánimo, con presencia de mal humor e irritabilidad, llorando o enfadándose con facilidad.

En la escala de desesperanza de Beck (BHS) (Beck et al., 1974), se obtuvo una puntuación de 13, lo que indica un alto grado de desesperanza en el adolescente, se logra evidenciar expectativas negativas hacia el futuro teniendo un alto riesgo de cometer suicidio.

Inventario de ansiedad de Beck (BAI) (Beck et al., 1988) puntuación de 20, indicando que el paciente presenta un nivel leve de ansiedad.

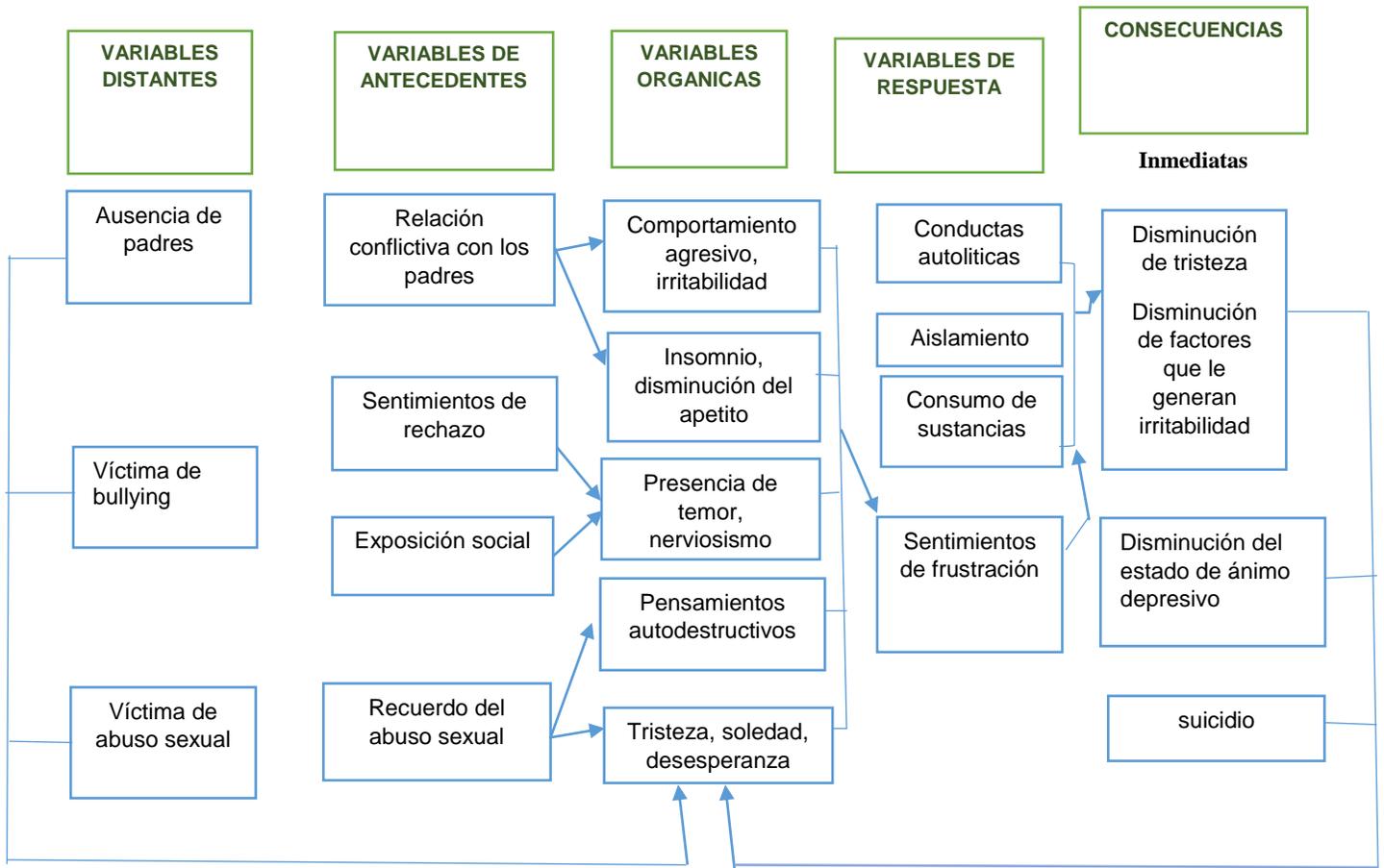
El cuestionario de auto esquema (CIE) dio como resultado 75, lo que indica desviación tanto en el auto concepto como autoimagen y autoestima, indica parcialmente un auto esquema predominantemente negativo, se logra evidenciar aspectos negativos de sí mismo, se observa una representación mental negativa demostrando insatisfacción de cualidades tanto internas como externas evidenciando desequilibrio en su autoimagen y autoestima.

Finalmente, con la escala de habilidades sociales (Goldstein) (Goldstein & McGinnis, 1997) se obtuvo una puntuación de 69, lo que permite ubicar al paciente dentro de la categoría bajo nivel en relación con los diferentes niveles de habilidades sociales que puede él experimentar.

### **Análisis Funcional Molar o Formulación Clínica**

Los problemas que presenta el paciente se desarrollaron a partir de cambios significativos que tuvo desde el ausentismo de los padres, lo que le produjo un estado de vulnerabilidad psicológica y que a su vez ha generado alteraciones significativas en la vida del paciente frente a los contextos ambientales y sociales, teniendo en cuenta la recolección de información, se puede anotar como hipótesis preliminar alteraciones psicológicas significativas como alteraciones en el estado de ánimo conllevado a un estado depresivo y deterioro a nivel comportamental situación que han sido difícil de manejar en el ámbito familiar.

Grafica 1 Analisis funcional



El paciente ha experimentado múltiples vivencias que están relacionadas con su problemática actual. En su niñez, experimentó la ausencia de sus padres y fue vulnerado en sus derechos por ellos. Actualmente, el adolescente tiene una relación conflictiva con sus padres, lo que puede deberse a las inadecuadas pautas de crianza que recibió durante su desarrollo. Estas experiencias han llevado al paciente a no enfrentar situaciones desagradables, lo que se manifiesta en su estado de ánimo a través de irritabilidad.

Además, el paciente ha sido víctima de acoso escolar y abuso sexual, lo que ha generado sentimientos de rechazo, temor, pensamientos autodestructivos, tristeza, soledad y desesperanza. Estos sentimientos han llevado al paciente a consumir sustancias psicoactivas, aislarse y tener conductas autolíticas, lo que le produce una disminución momentánea de la tristeza e irritabilidad y de su estado de ánimo depresivo lo que podría llevarlo al suicidio.

## **Objetivos Terapéuticos**

- Disminuir la alteración del estado de ánimo, aumentando el autocontrol y valía personal.
- Regular los impulsos y emociones desagradables logrando que el adolescente tolere la frustración frente a situaciones que le generen malestar.
- Modificar el estilo de vida de consumo de sustancias psicoactivas
- Disminuir los problemas de interacción social (asociado a relaciones con los demás).
- Fortalecer los lazos de apego con los padres para crear una base de protección y seguridad.
- Prevención de recaídas. Establecer relaciones armoniosas con su núcleo familiar.

## **Selección del Tratamiento Adecuado**

De acuerdo a las problemáticas del paciente, se estructura un tratamiento cognitivo conductual, donde inicialmente se decide empezar un proceso de intervención enfocado en la disminución de la alteración del estado de ánimo, pensamientos negativos que presenta y sus sentimientos de soledad y desesperanza, además de ganar nuevas habilidades de afrontamiento, se espera que, manejando los aspectos cognitivos y comportamentales del paciente, sea posible disminuir sus pensamientos de muerte, eliminar las conductas autolesivas ya que es letal en la integridad física y emocional del adolescente. y prevenir la reincidencia en consumo de sustancias psicoactivas.

Se utilizó la intervención cognitivo conductual, la cual es el tratamiento sobre la desadaptación en áreas físicas, conductual, emocional, cognitiva, además es de naturaleza educativa y se proporciona en un tiempo más corto en comparación de otras intervenciones terapéuticas, la terapia cognitivo conductual tiene como finalidad que “se flexibilicen los modos patológicos del procesamiento de la información ya que no padecemos por las situaciones en sí, si no por las interpretaciones rígidas que de ellas hacemos” (Bunge, et al, 2009, pg. 10 en (Corcuera Mejia & Iglesias Osorio, 2017)). La intervención cognitiva conductual permite trabajar en el aquí y el ahora y contribuye a mejorar las percepciones sobre los problemas, ésta permite que se cambien los pensamientos y las conductas de las personas.

Hay que resaltar, que la Terapia Cognitiva es una terapia breve, estructurada que compromete la colaboración activa del paciente y el terapeuta en alcanzar metas definidas. Está orientada hacia la resolución de los síntomas, el procesamiento depresivo de la información y los problemas cotidianos (Figueroa, 2002).

## Aplicación del Tratamiento

**Tabla 1.** Objetivos, técnicas e indicadores del tratamiento aplicado al paciente.

Objetivos generales	Objetivos específicos	Técnicas	Sesión	Indicadores clínicos
Disminuir la alteración del estado de ánimo.	Transformar las creencias negativas del paciente.	Reestructuración Cognitiva.	2,3	Que el paciente logre reducir sus creencias desadaptativas y transformarlas en interpretaciones más adecuadas en un 90%
	Modificar el pensamiento a ser más adaptativo.	Detención de pensamiento	2	El paciente logre identificar sus procesos cognitivos desajustados por pensamientos adaptativos en un 95%
	Estabilizar el estado de ánimo del paciente	Técnica de Activación de conductual	4,5	Que el paciente realice actividades recreativas, deportes o placenteras cuando presente estado de ánimo bajo, en un total de 5 de 10 situaciones posibles.  Que el paciente ejerza estas actividades cuando se encuentre en un bajo estado anímico
			4,5	Que el paciente logre mejorar su estado de ánimo en 85%
	Identificar las creencias del paciente que provocan malestar afectivo.	Técnica de dialogo socrático	4	Que el paciente logre evaluar el contenido de sus cogniciones en las situaciones que reporta como los mayores estresores.
Modificar el estilo de vida de consumo de sustancias psicoactivas	Controlar y disminuir niveles de estrés por consumo.	Técnica de respiración abdominal y relajación progresiva	4	Favorecer en el paciente logre manejar y gestionar estados emocionales negativos en un 85%  Que el paciente logre reducir la activación fisiológica y hacer más accesible la consecución de los objetivos de índole cognitiva.
Disminuir el problema de interacción social (asociado a las relaciones	Mejorar la interacción social con sus pares del paciente.	Técnica de exposición (la interacción social y habilidades	7	Que el paciente se aproxime a 4 interacciones sociales que le provocan malestar con estrategias para hacerlo y así mejorar en un 90%.

con los demás)	Fortalecer los vínculos afectivos familiares y así mejorar su relación.	comunicativa, y afectivas)		
Prevención de recaídas	Mejorar las capacidades del paciente para lidiar con conflictos intrafamiliares.	Psicoeducación	8	Inclusión de la familia en un proceso formativo para entender las situaciones de abuso que el paciente ha enfrentado y contribuir a su bienestar.  Orientar al paciente en la recaída de consumo de sustancias psicoactivas y consumo de spa. Educar al paciente sobre los factores más salientes para su caso en específico.

Se realizaron ocho sesiones de manera semanal, por la duración decretada en el lugar de prácticas, siendo entonces el desarrollo de las sesiones establecidas de la siguiente manera:

### ***Sesión 1***

Se inició la intervención con la técnica reestructuración cognitiva donde se procedió a enseñar al paciente la relación entre pensamiento-emoción-conducta, para que el adolescente logre identificar los procesos cognitivos desajustados sustituyéndolos por pensamientos alternativos más adaptativos, en este caso en particular, la técnica se enfoca en corregir creencias irracionales, produciendo así cambios en las emociones y la conducta del paciente. Se le entrega como tarea al paciente un autoregistro donde debía anotar situación, pensamiento, error de pensamiento cometido, emoción y pensamiento alternativo a dicho error.

### ***Sesión 2***

En esta sesión continuamos con la técnica de reestructuración cognitiva, donde se procede la revisión de dicha tarea y la discusión de aquellos pensamientos y creencias irracionales, para ello formulaba preguntas como por ejemplo ¿que evidencia y pruebas hay de ese pensamiento? ¿en qué ocasiones el pensamiento ha demostrado no ser cierto? ¿qué ventajas tiene mi modo de pensar? ¿me ayuda a solucionar mis problemas y a sentirme mejor pensar así?, de este modo el proceso de reestructuración seguía con la búsqueda de pensamientos alternativos más adaptativos que lo condujeran finalmente a reevaluar el pensamiento.

### ***Sesión 3***

En la técnica detención del pensamiento el procedimiento consiste en identificar los pensamientos negativos o estresantes; a través de un juego lúdico llamado el "viaje de pensamientos" con el que se logró que el paciente identificara sus pensamientos negativos, refutando así en el proceso terapéutico, se entrenó al paciente en la detención de pensamientos propiamente dicho, al decir la palabra stop o para, se logró guiarlo a la incorporación de pensamientos alternativos positivos para así lograr aumentar el autocontrol y valía personal. Por ejemplo, cuando el adolescente decía pensamientos como "Nadie me quiere", se buscaba reemplazarlos por pensamientos más realistas como "Tal vez no conozco a muchas personas todavía, pero hay muchas oportunidades para conocer gente nueva". Estos cambios en el pensamiento permitieron al paciente tener una visión más positiva de sí mismo y de su futuro.

#### ***Sesión 4***

En la activación conductual se busca modificar o activar la conducta del paciente para así repercutirla positivamente en su estado anímico. Se indaga al paciente sobre, cuáles son las actividades que normalmente lo hacen sentir bien y cuales son aquellas que en este momento no está realizando; se establece un plan de acción para que con pequeños pasos el paciente logre recuperar estas actividades, como por ejemplo; al involucrarse en las actividades y en las intervenciones grupales dadas en la institución que asiste últimamente, ya que él permanecía en su habitación al no querer relacionarse con los demás, de esta manera el paciente puede aumentar su confianza, ampliar su red social y experimentar un sentido de propósito y logro.

#### ***Sesión 5***

Se usa el diálogo socrático para ayudar al paciente a explorar los pensamientos y creencias subyacentes que están detrás de su consumo de sustancias, autolesiones, ideación suicida y depresión. Se formulaban preguntas como: "¿Cuáles son algunas de las razones por las que consumiste sustancias?" "¿Qué pasa por tu mente cuando sientes la necesidad de autolesionarte?" "¿Qué pensamientos tienes cuando piensas en el suicidio?". Al hacer estas preguntas, fue posible a identificar los factores cognitivos y emocionales que contribuyen a los problemas presentados por el paciente.

#### ***Sesión 6***

En esta sesión se aplica la técnica de respiración abdominal y relajación progresiva se le indica al paciente a respirar de un modo diafragmático, esta técnica mostro resultados moderados generando sensación de cansancio. Se exploró la técnica de relajación facilitando música de relajación, se le indica al paciente con un tono de voz suave que vaya tensionando poco a poco los músculos de su cuerpo a medida que vaya recibiendo las indicaciones, tratando de apretar con fuerza los músculos que se vayan nombrando de forma que note la tensión, pero sin hacerse daño, luego a la señal soltar la tensión de forma inmediata, con el fin de ayudar al paciente a aumentar un estado de relajación y bienestar emocional.

### ***Sesión 7***

La terapia de exposición social se basó en la exposición del paciente ante el estímulo temido para ayudarlo a enfrentar sus miedos en situaciones sociales. En primer lugar, se dialogó con el paciente situaciones sociales específicas que le resultaban difíciles o incómodas, y luego elaboró una lista gradual de tareas de exposición para él.

Se procede a la tarea en hacer contacto visual con una persona con la que no había tratado en la institución y sonreírle, por lo cual se le pidió al paciente que iniciara una breve conversación con uno de sus compañeros que no conociera muy bien.

Durante la terapia de exposición, se le proporcionó al paciente apoyo y orientación, fomentando la experimentación y el aprendizaje a partir de la experiencia, también fueron utilizadas técnicas de relajación y respiración para ayudar al paciente a manejar la ansiedad y temor asociados con estas situaciones sociales.

### ***Sesión 8***

Se le brinda psicoeducación sobre el consumo de sustancias psicoactivas, se da la explicación al paciente, cómo funcionan las drogas que solía consumir, cuál es el efecto a corto y largo plazo de su consumo, y cómo actúan los procesos relacionados con la adicción, al finalizar se le hace entrega un folleto donde está toda la información brindada. Adicionalmente se orienta al paciente sobre los cambios y las secuelas que se producen a nivel cognitivo, fisiológico y motor tras haber sido víctima de una experiencia traumática tanto de abuso sexual como de acoso

escolar, destacando así el papel del aprendizaje emocional en el desarrollo del problema y en este sentido, las necesidades socioafectivas que se desarrollan desde esos acontecimientos.

Cabe resaltar que el paciente se mostró receptivo y comprometido frente a cada una de las sesiones realizadas participando activamente en cada sesión.

No fue posible integrar a los padres del adolescente en este proceso de psicoeducación, es importante que la familia pueda contribuir en un proceso formativo para entender las situaciones de abuso que el paciente ha enfrentado y contribuir a su bienestar.

### **Resultados del Tratamiento**

Con las técnicas empleadas se tuvo en cuenta la problemática del paciente con el objetivo de disminuir y contrarrestar aspectos como la alteración del estado de ánimo y conductas suicidas, mejorar la interacción social e identificación de creencias que provoquen malestar afectivo.

Mediante la reestructuración cognitiva se procedió a identificar y desafiar las creencias negativas y distorsionadas que mantenía sobre sí mismo y su vida. Dado que el paciente tenía una historia de abuso sexual y acoso escolar, y había desarrollado una imagen negativa de sí mismo como resultado. Se exploró, cómo estas experiencias habían afectado la percepción del paciente sobre sí mismo y el mundo. Un cambio significativo que tuvo el paciente fue en la búsqueda de pensamientos alternativos más adaptativos que lo condujeran finalmente a reevaluar sus pensamientos de manera que pudiera reconocer y desafiar pensamientos negativos.

Por su parte, la activación conductual fue útil ayudar al paciente a involucrarse en actividades que disfruta y que es probable que mejore su estado de ánimo y lo ayuden a conectarse con otras personas. Para el caso específico del paciente, un avance significativo fue en identificar que tiene una inclinación por el deporte, el paciente expresó un interés por la música y por tomar caminatas, las cuales fue impulsado a hacer cuando se sintiera con bajo estado de ánimo.

En cuanto al dialogo Socrático se buscó explorar los pensamientos y creencias subyacentes que están detrás de su consumo de sustancias, autolesiones, ideación suicida y depresión. Con lo que se logró identificar los factores cognitivos y emocionales que contribuyen a los problemas presentados por el paciente.

Así mismo, en la terapia de exposición social para ayudarlo a enfrentar sus miedos en situaciones sociales. Se dialogó en situaciones sociales específicas con cierto grado de dificultad e incomodidad. Sin embargo, es importante resaltar el interés y motivación que tuvo el paciente en participar activamente en las diferentes actividades dadas en la institución, puesto que esto le ayudaría a fortalecer las relaciones interpersonales y experimentar un sentido de propósito y logro.

Finalmente, como estrategia enfocada directamente en la prevención de recaídas en los comportamientos de consumo, fue importante implementar un proceso de educación sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Se incluyó un plan de seguridad para manejar cualquier pensamiento o impulso suicida al educar al paciente sobre sus condiciones, gracias a la intervención, fue posible ayudarlo a desarrollar una mayor comprensión de sus experiencias y capacitarlo para tomar un papel activo en su propia recuperación.

Un punto por mejorar del proceso fue la falta de integración familiar al proceso de recuperación y mejoramiento.

La consolidación final de estos resultados no fue posible debido a la imposibilidad de aplicar las pruebas y cuestionarios postratamiento, debido al traslado de hospital del paciente. Sin embargo, se dejan las bases de un trabajo sólido, que de trabajarse de manera continua puede generar los cambios pertinentes para una mejora emocional del paciente.

### **Discusión**

Se presentó el caso de un adolescente con TDM, tendencias suicidas, consumo de psicoactivos asociados a problemas familiares por ausencia de los padres, abuso sexual y acoso escolar. Factores desencadenantes de depresión, miedos, dificultad para entablar relaciones interpersonales, y problemas de autoestima. En este punto es importante señalar que la ausencia de padres puede ser un factor predisponente para el desarrollo de trastornos mentales y desarrollar mayor estrés, así como la ideación suicida producto de la depresión generada por los problemas que han agobiado su vida (Fu et al., 2017). Y esto es debido a que las contribuciones del padre al desarrollo de los niños y las niñas van más allá del aporte económico al hogar; según Bradley y Corwyn (2004), los padres proveen protección, seguridad, soporte emocional al hogar y estimulación cognitiva; de igual manera, confieren mayor satisfacción de las necesidades

psicológicas y el sentimiento de bienestar emocional (Bradley & Corwyn, 2004; Rendón-Quintero & Rodríguez-Gómez, 2021). La presencia del padre en el hogar puede crear un contexto interpersonal de confianza y de amor que contribuye al desarrollo adecuado emocional del ser humano y a su posterior ajuste psicológico (Rodríguez Ruíz et al., 2019). Lo cual está acorde con el paciente, quien vivió su infancia sin la presencia de un padre que lo guiara y cuidara en todo momento.

Por otra parte, el paciente presentó tendencias suicidas, que pueden estar asociadas al antecedente de abuso sexual, este, en la literatura, se ha identificado como una de las mejores predictores del intento suicida; para el Instituto Nacional de Salud (2016) y el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Forensis, 2014) en Colombia las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia, pero los hombres son quienes mayor número de suicidios consumados reportan (Pérez Prada et al., 2017). En el anterior trabajo, también se evidenció que la mayoría de los participantes que sufrieron abuso sexual con penetración han tenido tendencias suicidas, que se relaciona de manera similar con la situación del paciente presentado en el caso de estudio.

En cuanto al tratamiento, los que han demostrado ser más eficaces en esta temática, son los que utilizan terapia de conducta y terapia cognitivo conductual, basado en sesiones individuales (Echeburúa, 2015). Como se mencionó anteriormente, algunas de las técnicas empleadas como reestructuración cognitiva, activación conductual, identificación de pensamientos desadaptativos, entre otras, como menciona (Salvador Chu, 2021) en su revisión sistemática, han resultado ser efectivas tanto en la reducción de pensamientos como tentativas suicidas.

Es evidente cómo la activación conductual genera resultados positivos posteriormente a su implementación, debido al contacto con reforzadores positivos. Existen evidencias de que la activación conductual es un tratamiento especialmente efectivo en depresión y otras problemáticas, el cual cuenta con evidencia empírica, por lo que demuestra que es un tratamiento eficaz en términos de coste-beneficio (Perez, 2007). En este trabajo, para causa externa no se alcanzó a corroborar el efecto de la terapia, pero en el trabajo realizado se alcanzó a observar indicios de cambio el pensamiento y actuar del paciente.

Como mencionan Froján-Parga y Calero-Elvira (2011), la reestructuración cognitiva se puede considerar un proceso de moldeamiento verbal, en el cual el psicólogo castiga y refuerza aquellas verbalizaciones emitidas por la paciente que se alejan de los objetivos terapéuticos. Se ha podido llegar a comprobar que la reestructuración cognitiva puede entenderse en base a principios de condicionamiento operante (Pardo, 2019). Se impulsó el cambio de pensamiento, por ejemplo, cuando el paciente tenía pensamientos como "Nadie me quiere", se buscaba reemplazarlos por pensamientos más realistas como "Tal vez no conozco a muchas personas todavía, pero hay muchas oportunidades para conocer gente nueva"

Como ya se mencionó, el suicidio supone un problema en la adolescencia. Como lo indican, frecuentemente, las conductas suicidas en adolescentes pasan desapercibidas por la familia y profesionales de la salud, por lo que sería primordial hacer necesaria la prevención del suicidio en los adolescentes, principalmente mediante la observación y prestando atención a todas aquellas señales de comportamiento suicidas entre la juventud. A este punto, la intervención psicoeducativa es de gran importancia para mostrar las consecuencias de las acciones tomadas sin la plena conciencia.

Fiablemente, en cuanto a la activación conductual se ha estudiado mayormente en depresión, pero existen evidencias de estudios de caso de ansiedad, personalidad límite, estrés postraumático donde se demuestra la eficacia de la activación conductual (Perez, 2007). Sin embargo, existe una relación estrecha entre el suicidio con problemas de depresión, la mayoría de las personas que se suicidan previamente han sido diagnosticadas de depresión y aquellas que presentan ideación suicida, prácticamente la mitad parecen estar deprimidas (de la Torre, 2013).

El anterior análisis, permite entender que el trabajo inicial realizado al paciente llevaba un direccionamiento adecuado cuya finalidad era la recuperación y salida de la sintomatología depresiva del paciente, desafortunadamente no se concluyó la implementación ni la revaloración de la intervención para percibir los cambios claros y directo en el paciente. Además, no se contó con la familia, lo cual también se toma con limitación del trabajo.

### **Referencias**

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. Guilford Press.

- 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. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
- Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2004). "Family Process" Investments That Matter for Child Well-Being. En *Family Investments in Children's Potential*. Psychology Press.
- Calvo-Gómez, J. M., & Jaramillo-González, L. E. (2015). Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 471-482. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.46424>
- Caycedo, A., Arenas, M. L., Benítez, M., Cavanzo, P., Leal, G., & Guzmán, Y. R. (2010). Psycho-Social and Family Characteristics Related to Attempted Suicide in an Adolescent Population in Bogotá-2009. *Persona y Bioética*, 14(2), 205-213. <https://doi.org/10.5294/pebi.2010.14.2.8>
- Corcuera Mejia, E., & Iglesias Osorio, N. (2017). Intervención Cognitiva Conductual En El Abordaje Terapéutico En La Depresión Como Factor De Riesgo En El Suicidio De Adolescentes. *Repositotio UCP*.
- Corporación Universitaria UNITEC. (2022, septiembre 14). El suicidio en Colombia: Un panorama prioritario para los profesionales de la salud mental en el país. <https://www.unitec.edu.co/noticias/el-suicidio-en-colombia-un-panorama-prioritario-para-los-profesionales-de-la-salud-mental>
- Cortés Arboleda, M. R. C., Cantón-Cortés, D., & Cantón Duarte, J. (2011). Consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil: papel de la naturaleza y continuidad del abuso y del ambiente familiar. *Psicología Conductual*, 19(1), 41-56.
- De la Torre, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Centro de Psicología Aplicada. Universidad Autónoma de Madrid.
- Eisenberg, M. E., Ackard, D. M., & Resnick, M. D. (2007). Protective factors and suicide risk in adolescents with a history of sexual abuse. *The Journal of Pediatrics*, 151(5), 482-487. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2007.04.033>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Figuroa, G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 46-62. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272002000500004>
- Froján-Parga, M., & Calero-Elvira, A. (2011). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento. *Behavioral Psychology*, 19(3), 659-682.
- Fu, M., Xue, Y., Zhou, W., & Yuan, T.-F. (2017). Parental absence predicts suicide ideation through emotional disorders. *PLOS ONE*, 12(12), e0188823. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188823>

- Gaviria, A. A., Morales, A. G., Acosta, C. P., Valencia, J. G., & Jaramillo, C. L. (2009). Factores asociados a letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 446-463.
- Goldstein, A. P., & McGinnis, E. (1997). *Skillstreaming the Adolescent: New Strategies and Perspectives for Teaching Prosocial Skills*. Research Press.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2014). Forensis, datos para la vida. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/1656998/Forensis+Interactivo+2014.24-JULpdf.pdf/9085ad79d2a9-4c0d-a17b-f845ab96534b>
- Instituto Nacional de Salud. (2016). Protocolo de vigilancia en salud pública, intento de suicidio. Colombia.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. TEA Ediciones S.A.  
<https://web.teaediciones.com/CDI--Inventario-De-Depresion-Infantil.aspx>
- McIntyre, R. S., Rong, C., Subramaniapillai, M., & Lee, Y. (2020). *Trastorno depresivo mayor*. Elsevier Health Sciences.
- OMS. (2021). Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- OPS. (2021). Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2010-2014. Pan American Health Organization. <https://doi.org/10.37774/9789275323304>
- Pardo, R. (2019). El debate en reestructuración cognitiva: análisis de los mecanismos terapéuticos de cambio clínico. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Perez, A. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28(2).
- Pérez Prada, M. P., Martínez Baquero, L. C., Vianchá Pinzón, M. A., & Avendaño Prieto, B. L. (2017). Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá – Colombia. *Diversitas*, 13(1), 91.  
<https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0001.07>
- Prada, M. P. P., Pinzón, M. A. V., Baquero, L. C. M., & Bautista, I. C. S. (2014). El Maltrato Familiar Y Su Relación Con La Ideación Suicida En Adolescentes Escolarizados De Instituciones Públicas Y Privadas De Las Ciudades De Tunja, Duitama Y Sogamoso. *Psicogente*, 17(31), 80-92.
- Puerta Polo, J., & Padilla Diaz, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.
- Rendón-Quintero, E., & Rodríguez-Gómez, R. (2021). Ausencia paterna en la infancia: Vivencias en personas con enfermedad mental. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 19(2), 1-25. <https://doi.org/10.11600/rllcsnj.19.2.4453>
- Rodríguez Ruíz, M. M., Carrasco, M. Á., & Holgado-Tello, F. P. (2019). Father involvement and children's psychological adjustment: Maternal and paternal acceptance as mediators. *Journal of Family Studies*, 25(2), 151-169.  
<https://doi.org/10.1080/13229400.2016.1211549>

Salvador Chu, D. (2021). Eficacia de la intervención cognitivo conductual en la disminución de la tendencia suicida en estudiantes. Una revisión sistemática. Repositorio Institucional - UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/78818>

Salvo G, L., & Melipillán A, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 46(2), 115-123. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272008000200005>

Shidhaye, R. (2021). Parenting and adolescent suicidal behavior. *EClinicalMedicine*, 32, 100728. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100728>

Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)