

## **Estudio de Caso Clínico de una Adolescente, Bajo la Terapia Cognitivo Conductual**

Ana María Durango Galvis

Universidad del Sinú, seccional Cartagena

### **Resumen**

En el presente estudio de caso se da a conocer el proceso de evaluación y el plan de tratamiento, diseñado para el trabajo de intervención psicológica en una paciente de quince (15) años de edad, con alteración del estado de ánimo “tipo depresogénico”, episodios de ansiedad, y problema de interacción social asociado a relaciones con los demás, llevado a cabo en nueve sesiones, bajo el modelo cognitivo – conductual, utilizando las técnicas de reestructuración cognitiva, respiración diafragmática, control de activación, exposición, y psicoeducación, con el objetivo de mejorar el cuadro clínico de alteraciones psicológicas que viene presentando la paciente; para la evaluación del caso, se realizó una entrevista semiestructurada, y se aplicaron las pruebas (Inventario de ansiedad (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988) (Trad. Ballester, 1992), y el inventario de depresión infantil (CDI), pre-test, las cuales permitieron conocer a fondo la estructura de los problemas, logrando a través de los resultados identificar aspectos que brindaron un panorama amplio para el debido tratamiento, con el cual se logró disminuir el estado de ánimo de la paciente, modificando las ideas irracionales que tenía sobre sí misma, los pensamientos autodestructivos y adquirir habilidades de afrontamientos; logrando así los objetivos terapéuticos planteados. Respecto a las habilidades de afrontamiento, la paciente mejoró en la implementación de estrategias como la reevaluación positiva, la evitación cognitiva y emocional.

### **Palabras clave**

Estudio de caso, terapia cognitivo conductual, alteraciones del estado de ánimo, ansiedad, problemas de interacción social, adolescente.

### **Abstract**

In the present case study, the evaluation process and the treatment plan are disclosed, designed for the work of psychological intervention in a fifteen (15) year-old patient, with altered mood “depressogenic type”, anxiety episodes, and social interaction problem associated with relationships with others, carried out in nine sessions, under the cognitive-behavioral model, using the techniques of cognitive restructuring, diaphragmatic breathing, activation control, exposure, and psychoeducation , with the aim of improving the clinical picture of psychological alterations that the patient has been presenting; for the evaluation of the case, a semi-structured interview was carried out, and the following tests (Anxiety Inventory (BAI) (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988) (Trans. Ballester, 1992), and the childhood depression inventory ( CDI), pre-test, which allowed us to know in depth the structure of the problems, managing through the results to identify aspects that provided a broad overview for the proper treatment, with which it was possible to reduce the state of the patient's mood, modifying the irrational ideas she had about herself, the self-defeating thoughts and acquiring coping skills; thus achieving the objectives proposed therapies. Regarding coping skills, the patient improved in the implementation of strategies such as positive reappraisal, cognitive and emotional avoidance.

### **Keywords**

Case study, cognitive behavioral therapy, mood disturbances, anxiety, social interaction problems, adolescent.

Los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América latina y el Caribe (OPS) y representan una elevada carga de la enfermedad en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad; dentro de este grupo de enfermedades, la depresión se ha convertido en un diagnóstico frecuente en los servicios de atención primaria en salud y según datos de la OMS, se encuentra entre los primeros cinco trastornos que generan mayor discapacidad de largo plazo y dependencia, afectando en el mundo a unos 121 millones de personas. De esta cifra menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. Por lo que, actualmente, los trastornos depresivos han sido un tema de suma importancia, debido al grado de afectación del sujeto, alterando la funcionabilidad en el nivel personal, familiar, ocupacional, académico y social.

Por otro lado, la misma Organización Mundial de la Salud (OMS), indica una prevalencia de los trastornos de ansiedad de 12% en la población mundial; esta misma organización establece que los trastornos de ansiedad son de inicio temprano con una media de 15 años y alcanzan la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años de edad; a su vez, informan que las personas que padecen estos trastornos tardan en buscar y recibir ayuda profesional situación que dificulta la remisión de los síntomas.

Así pues, las alteraciones del estado de ánimo (tipo depresogénico) y los trastornos de ansiedad, al igual que los demás trastornos mentales inciden negativamente en la calidad de vida de quienes los padecen; por lo que el objetivo principal de este estudio, se centrará en la identificación, autocontrol y cambio de los pensamientos negativos de la paciente, utilizando técnicas cognitivas conductuales, las cuales se han venido consolidando como el tratamiento de

mayor efectividad para abordar las conductas problemas presentadas en la paciente, con la finalidad de modificar las creencias y actitudes negativas que acompañan a dichos trastornos.

## **Estudio de Caso Clínico de una Adolescente, Bajo la Terapia Cognitivo Conductual**

### **Descripción del Caso**

#### **Identificación de la paciente**

Nombre: Por protección de la paciente se le asigna el seudónimo: MJPP

Edad: 15 años

Sexo: Femenino.

Lugar de nacimiento: Cartagena - Bolívar

Nivel De Escolaridad: Estudiante de secundaria 7º grado.

#### **Motivo De Consulta**

“La paciente acude a consulta manifestando necesitar ayuda psicológica. Inicialmente expresa que desde que se fue su padre, no quiere asistir al colegio, no quiere hacer nada, no quiere comer, se levanta aburrida, irritable, estresada y con un sentimiento de soledad y culpabilidad por haber perdido a su padre”. También refiere que se le dificulta controlar sus “emociones”, describiendo conductas auto – agresivas”.

#### **Historia del problema**

La paciente manifiesta que el problema de estrés y ansiedad comenzó poco después de la separación de sus padres, evento en el cual empezó a sufrir por la falta de su figura paterna.

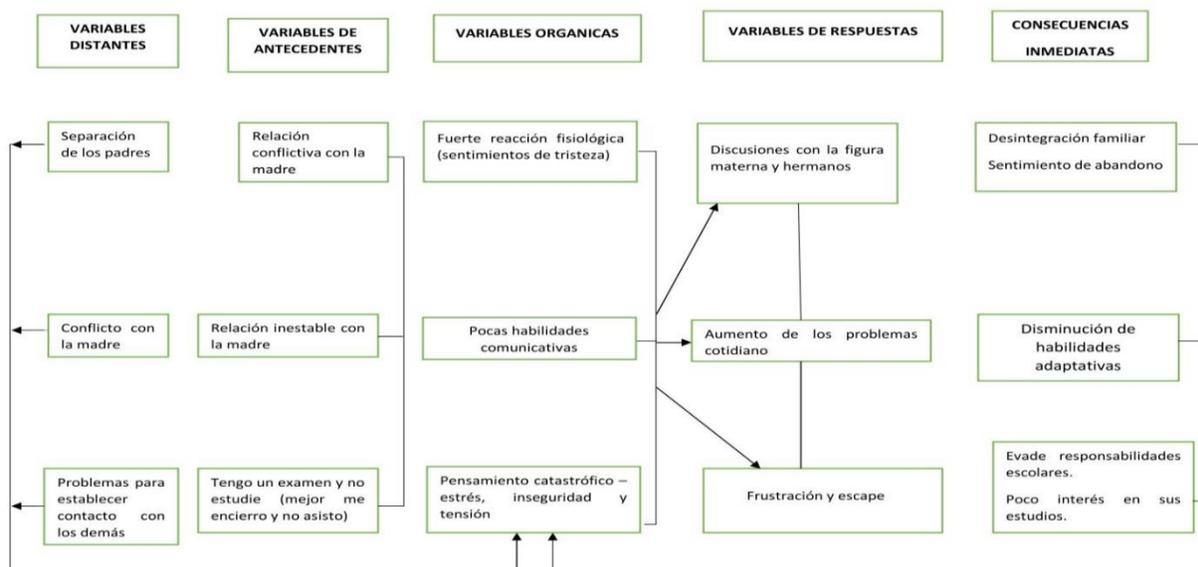
En su entorno familiar, desde hace cinco años comenzó a experimentar episodios de angustia, ataques de pánico, temor a enfrentarse al mundo, pensando que se iba a morir, empezó por no querer salir sola, a desmotivarse, a incumplir sus deberes académicos, haciendo que su buen rendimiento disminuyera.

En la actualidad, manifiesta tener dificultades para relacionarse con sus semejantes, por lo que casi no tiene amigos, la mayoría del tiempo pasa sola, los pocos amigos que tiene son los que conserva desde su niñez, ya que le cuesta relacionarse con los demás, por lo que prefiere aislarse y evitar a las personas.

Desde los diez (10) años, mantiene un estado de ánimo deprimido, con ideas y pensamientos distorsionados sobre sí misma, y el mundo, minusvalía y estrategias compensatorias como evitación, además se puede identificar entre los procesos la tolerancia a la incertidumbre e insensibilidad a las mismas, dadas por constantes temores y preocupaciones de afrontamientos; esto a raíz de la separación de sus padres y posterior abandono.

### Formulación clínica

Luego del estudio y análisis del caso, se identificaron varias variables que incidieron en el desarrollo de las alteraciones psicológicas de MJPP, las cuales se muestran en el siguiente esquema.



Lo anterior, es el conjunto de hipótesis o variantes que operan como causa, detonadores o factores que mantienen los problemas de alteración psicológicas de la paciente MJPP.,

identificándose como variable detonante, la separación de los padres, conflicto con la madre y problemas para establecer contacto con los demás. Como variable que opera como desencadenante de síntomas, se identificó, la relación inestable que mantiene con la madre, las cuales se presentan como variables orgánicas mediadoras de respuesta a través de fuertes reacciones fisiológicas (sentimientos de tristezas), la cual exacerbaban síntomas de estados depresivos y ansiedad. Por consiguiente, y debido al aumento de los problemas psicológicos que esto generaba en la paciente, se establece como prioridad iniciar con técnica de reestructuración cognitiva como parte inicial de la identificación de pensamientos negativos y posteriormente pensamientos alternativos como método de habilidades de afrontamientos cognitivos; por su parte la estructura del plan de tratamiento trabajara seguidamente con técnica de activación conductual que buscará estabilizar el estado de ánimo de la paciente.

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

#### ***Problema No. 1: Alteración del estado de ánimo “tipo depresogénico”***

Se caracteriza por la presencia de la pérdida de disfrute por algunas actividades que antes eran entretenidas y placenteras para MJPP; aumento en la frecuencia del llanto, especialmente asociado a recuerdos vividos junto a su padre, presencia de irritabilidad, pérdida de estrategias de afrontamiento en el desarrollo de la ansiedad ante las evaluaciones académica.

Interés hacia los demás, leve sensación de cansancio e ideación suicida (en un par de ocasiones). Estos síntomas se encuentran también asociados a la relación conflictiva que la paciente tiene con su madre, y a su desempeño académico; la frecuencia e intensidad de aparición dependen de las variables mencionadas anteriormente.

En la paciente, se identifica poco control de impulsos y poca regulación de emociones – baja tolerancia a las frustraciones, pocas estrategias para resolver los problemas, poca autoestima

y autoconcepto de sí misma, llevándola a no tener adecuadas relaciones interpersonales, se la pasa la mayor parte de su tiempo aislada, lo cual genera una vulnerabilidad afectiva y familiar, estado afectivo deprimido con ideas y pensamientos distorsionados sobre el mundo y sobre los demás, minusvalía estrategias compensatorias de evitación.

### ***Problema No. 2: Episodios de ansiedad***

Teniendo en cuenta la información recogida para este caso, se evidencia episodios de ansiedad, asociado a estrés significativos, los cuales se presentan en forma recurrente, cada vez que tiene exámenes en la escuela, a pesar de su buen rendimiento académico.

La paciente, manifiesta que la mayoría de estos síntomas se han presentado desde la separación de sus padres, con un aumento progresivo en su intensidad en los últimos cuatro años, el cual se acompaña de un alto grado de activación fisiológica: taquicardia, dolores de cabeza, pérdida de apetito, y problemas de salud atribuidos a la ansiedad.

### ***Problema No. 3: Problema de interacción social asociado a relaciones con los demás***

Se analiza a partir de las manifestaciones constantes de aislamiento de la paciente, donde no quiere hablar con nadie, y evita contacto alguno con los demás, evidenciando falta de habilidades sociales que le permitan comunicarse adecuadamente y tener relaciones satisfactorias con sus semejantes.

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

Con el fin de determinar las técnicas más apropiadas se tuvo en cuenta la problemática de la paciente y las técnicas previamente utilizadas en estos mismos diagnósticos, para ello se emplearon técnicas que cumplieran con las necesidades y el perfil de MJPP, a fin de disminuir y contrarrestar aspectos como los niveles de ansiedad, las reiteradas ideas irracionales, y las escasas estrategias de afrontamiento, haciéndose necesario realizar la intervención a lo largo de

nueve (09) sesiones, en las que se utilizaron los siguientes instrumentos, (observación directa, entrevista semiestructurada y orientaciones basadas en el DSM-V.), con el objetivo de realizar el análisis, donde se tuvo en cuenta el desarrollo personal, familiar, académico, y psicoafectivo de la paciente, acompañado de orientaciones y pruebas psicométricas, (Inventario de ansiedad (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988) (Trad. Ballester, 1992), y el Inventario de Depresión Infantil (CDI), las cuales permitieron conocer a fondo la estructura de la problemática de la paciente, logrando a través de los resultados identificar aspectos que brindan tener un panorama amplio para el debido tratamiento; siendo así que como resultado de la prueba (Inventario de ansiedad (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988) (Trad. Ballester, 1992), en la primera fase pre-test, obtuvo una puntuación de 25 puntos, que da como resultado sintomatología de ansiedad moderada en la paciente, y en la prueba (Children's Depression Inventory) o inventario de depresión infantil se obtuvo en la primera fase pre-test, una puntuación de 26 puntos, dando como resultado presencia de síntomas depresivos mínima y moderada en la paciente.

### **Análisis funcional molar o formulación clínica**

**Tabla 1**

*P1- Alteración del estado de ánimo: Tipo depresogénico*

<i>SITUACIÓN</i>	<i>RESPUESTA</i>	<i>CONSECUENCIA</i>
<i>Tengo un examen y no he estudiado.</i>	<i>Fisiológica:</i> Pérdida de apetito, insomnio y estrés	<i>Inmediato: Evade el afrontamiento de emociones negativas, disminución de síntomas ansiosos, por evitación (Refuerzo negativo).</i>
<i>Voy a perder el parcial.</i>	<i>Cognitiva:</i> Soy bruta por eso me está yendo muy mal en la escuela”, “no seré capaz de ganar el año”.	
	<i>Afectiva-Emocional: Rabia, tristeza</i>	

Cuando discuto con mi mamá y mis hermanos	<p><b>Motora:</b> No entra a las demás clases ese día y va a su casa a llorar.</p> <p><b>Fisiológica:</b> taquicardia, disnea, sudoración, pérdida del apetito.</p> <p><b>Cognitiva:</b> “no voy hacerle nada” “estoy aburrida” “quiero irme de esta casa” “me quiero largar” “nadie me quiere”</p> <p><b>Afectiva-Emocional:</b> rabia, tristeza y rencor.</p> <p><b>Motora:</b> no come, y se encierra en su cuarto a llorar.</p>	<p><b>A corto plazo:</b> Aumento de síntomas depresivos.</p> <p>Evade la situación problema (Refuerzo negativo)</p>
---	---	---

**Tabla 2**

*P2. Episodio de Ansiedad*

<b>SITUACIÓN</b>	<b>RESPUESTA</b>	<b>CONSECUENCIA</b>
Cuando me acuerdo de mi papá	<p><b>Fisiológica:</b> Aumento del ritmo cardiaco, pérdida del apetito, dificultades para dormir, sudoración, dolor de cabeza</p> <p><b>Cognitiva:</b> Si solo pudiera cambiar el pasado, mi papa estuviera aquí, todo fuera diferente.</p> <p><b>Afectiva-Emocional:</b> Frustración, rabia, ansiedad.</p> <p><b>Motora:</b> me encierro en el cuarto y lloro hasta dormirme”.</p>	<p><b>Inmediato:</b> Evade el afrontamiento de emociones negativas, disminución de síntomas ansiosos, <b>por evitación (Refuerzo negativo)</b>.</p> <p><b>A corto plazo:</b> Aumento de síntomas depresivos.</p>

---

	<b>Fisiológica:</b> <i>Se le acelera el pulso y la respiración, y empieza a temblar muerta del pánico.</i>	<b>Inmediato:</b> <i>Evade el afrontamiento de emociones negativas, disminución de síntomas ansiosos.</i>
<i>Siente que no tiene a alguien que la proteja cuando tenga que salir</i>	<b>Cognitiva:</b> <i>Piensa que se va a morir.</i>	<b>Evitación -</b> <i>(Refuerzo negativo).</i>
	<b>Afectiva-Emocional:</b> <i>Tristeza, ansiedad, ira, melancolía, desesperanza.</i>	<b>A corto plazo:</b> <i>Aumento de síntomas depresivos, mantenimiento, mal control metabólico.</i>
	<b>Motora:</b> <i>Se va a estar sola en su cuarto, y termina llorando.</i>	

---

**Tabla 3**

*P3. Problema de Interacción Social, asociado a relaciones con los demás*

---

<i>SITUACIÓN</i>	<i>RESPUESTA</i>	<i>CONSECUENCIA</i>
------------------	------------------	---------------------

---

<i>Pienso que nadie me entiende.</i>	<b><i>Fisiológica:</i></b> - <i>Pierdo el apetito.</i>	<i>Escape del afrontamiento de la relación Interpersonal, disminución síntomas de ansiedad.</i>
	<b><i>Cognitiva:</i></b> <i>Todo fuera diferente si mi papá estuviera conmigo.</i>	<i>Escape - (Refuerzo negativo).</i>
	<b><i>Afectiva-Emocional:</i></b> <i>Siente mucha tristeza.</i>	<b><i>A corto plazo:</i></b> <i>Aumento de síntomas depresivos.</i>
	<b><i>Motora:</i></b> <i>La paciente se aísla.</i>	<i>Evita las interacciones sociales, no le gusta tener contacto con sus compañeros de clase.</i>

---

### **Hipótesis preliminares**

Los problemas que presenta la paciente se desarrollaron a partir de cambios significativos que tuvo desde la separación de sus padres, el cual le produjo un estado de vulnerabilidad psicológico, frente a sus diferentes contextos sociales, generando alteraciones significativas en la vida de la adolescente.

Teniendo en cuenta la recolección de la información, hasta este momento se puede anotar como hipótesis preliminar, un cuadro clínico de alteraciones psicológicas, en el cual la paciente viene desarrollando un deterioro significativo de sus comportamientos, acarreándole un estado depresivo (llantos, aislamiento e irritabilidad); situaciones que ha generado preocupación dentro de su núcleo familiar, más cuando les ha sido difícil el manejo de la situación.

### **Objetivos terapéuticos**

El objetivo general y los objetivos específicos de la intervención terapéutica que se consensuaron con la paciente fueron los siguientes:

#### **Objetivo general**

Mejorar el control emocional, así como reducir la emocionalidad negativa corrigiendo ciertas estrategias de afrontamiento desadaptativas, permitiendo una mejor interpretación de la situación que ayude a disminuir la sintomatología de la paciente, a fin de que pueda recuperar la funcionalidad en sus diferentes niveles.

### **Objetivos específicos**

Disminuir el estado de ánimo de la paciente, modificando creencias irracionales, pensamientos autodestructivos y de minusvalía, logrando así el incremento de actividades placenteras a través de técnicas de reestructuración cognitiva y activación conductual.

Disminuir activación fisiológica (Aumento del ritmo cardiaco, pérdida del apetito, dificultades para dormir, sudoración, dolor de cabeza) y reducir los niveles de estrés a través de entrenamiento en relajación muscular progresiva.

Desarrollar habilidades sociales para disminuir problemas de interacción social. (asociado a relaciones con los demás).

Prevenir recaídas, brindándole herramientas que le permitan identificar las situaciones, pensamientos y/o emociones que puedan llevar a la paciente a presentar recaídas y cómo afrontarlas adecuadamente.

### **Selección del tratamiento adecuado**

Con el objetivo de disminuir y contrarrestar los niveles de ansiedad, las reiteradas ideas irracionales, y las escasas estrategias de afrontamiento de la paciente, se seleccionó la terapia cognitivo conductual al tener mayor evidencia científica y eficacia en el tratamiento psicológico, así como en el mantenimiento de resultados. Por lo anterior, la selección del tratamiento consta de nueve (09) sesiones, en las que se utilizaron las siguientes técnicas:

**Psico-educación.** Esta se realiza con el objetivo de que MJPP y su madre., comprendan qué es la alteración del estado de ánimo tipo depresogénico, la ansiedad y los problemas de interacción social, sus síntomas y las maneras de manifestarse, así como el esquema de funcionamiento de las mismas; a fin de que puedan distinguirlas y conocer sus formas de abordaje.

**Entrenamiento en respiración abdominal y relajación muscular progresiva de Jacobson (1938),** el objetivo de esta técnica es aumentar el control de las situaciones estresantes y mantener un estado general relajado y de bienestar en la paciente.

**Detención de pensamiento:** el objetivo de esta técnica es reducir el estrés y ansiedad que tenga la paciente, “su utilización se da, ante todo síndrome que implique la elaboración de pensamiento desagradables inadecuados y persistentes” (Davis, Mackay, y Eshelman, 1985), el procedimiento consiste en un primer paso identificar los pensamientos negativos o estresantes. El segundo paso es el entrenamiento de detención del pensamiento propiamente dicho, existen varios métodos como gritar la palabra “stop”. Por último, el tercer paso es la sustitución de los pensamientos distorsionantes por otros más adecuados y positivos. (Lozano, Rubio & Pérez 1999).

**Reestructuración cognitiva.** Con esta técnica se busca cambiar el pensamiento negativo de la paciente, enseñándole la relación entre pensamiento-emoción -conducta, para que logre identificar los procesos cognitivos desajustados, sustituyéndolos por pensamientos alternativos más adaptativos. (A. Beck), En este caso en particular, las técnicas se enfocan en corregir creencias irracionales, produciéndose así cambios en las emociones y la conducta de la paciente. (citado en Graña Gómez & Muñoz Rivas, 2007, p. 179).

**Entrenamientos de habilidades de afrontamiento:** Con esta técnica se busca capacitar a la paciente en el manejo de situaciones difíciles que puedan generarle estado de estrés y ansiedad. El entrenamiento en estrategias de afrontamiento se compone de técnicas cognitivas de control emocional y conductuales. Entre otras está la estrategia de solución de problemas, la cual consiste en ver la situación como un problema a resolver, analizar requisitos necesarios, dividir la situación estresante en unidades más pequeñas, y solucionar el problema con un plan de acción. “La forma en que la persona afronte la situación depende, principalmente, de los recursos de las cuales disponga para enfrentar las distintas demandas de la vida”. (Folkman, 1986, p. 140), a fin de lograr el bienestar personal y una mejor calidad de vida, tanto a nivel personal como social.

**Técnica de exposición:** Con esta técnica se busca enfrentar a la paciente con el contexto o pensamiento temido, teniendo en cuenta que la exposición interrumpe la cadena de comportamientos de evitación y permite hacer frente a los síntomas psicofisiológicos y cognitivos de la ansiedad, (Darwin y Mc Breaty -1969).

### **Aplicación del tratamiento.**

El tratamiento inició en su primera sesión, con el proceso de psicoeducación a la paciente y a la madre, con la cual se buscó crear consciencia del problema, a través de la explicación del análisis funcional, la importancia del tratamiento y la metodología de trabajo.

En la sesión 2; se trabajó la técnica de reestructuración cognitiva, para que la paciente aprendiera la relación entre pensamiento-emoción -conducta, con el objetivo de que lograra a identificar los procesos cognitivos desajustados, sustituyéndolos por pensamientos alternativos más adaptativos, por lo que se da una explicación breve del significado de estos, aportando ideas y haciendo referencia a los pensamientos que puede manejar en determinado momento, luego se

procedió con la aplicación de la prueba inventario de ansiedad (BAI) – (BECK, EPSTEIN, BROWN Y STEER, 1988) (TRAD. BALLESTER, 1992), la cual permitió conocer a fondo la problemática de la paciente, logrando a través de los resultados pre-test, identificar aspectos que brindaron tener un panorama amplio para el debido tratamiento. En esta sesión, se le pide a la paciente escribir los pensamientos que haya identificado luego de la explicación, por lo que se le solicita llevar un registro, en el cual registre sus pensamientos, emociones y experiencias, para detectar los pensamientos que le generen ansiedad.

En la sesión tres (3), se trabajó la técnica de activación conductual, con el fin de estabilizar el estado de ánimo de la paciente, mediante el incremento de actividades placenteras, donde se le enseñó la importancia de desarrollar acciones reforzantes que permitan evitar los pensamientos negativos. Algunos ejemplos son: ejercicios físicos (que nos ayuda a estar en forma y a cuidarnos), actividades artísticas (que nos ayuda a desarrollar nuestra creatividad), escribir y relajar nuestros pensamientos (retomando el registro de pensamientos).

En la sesión 4; se trabajó con la técnica de activación conductual y se aplicó el inventario de depresión infantil (CDI). Con esta prueba se pretendió evaluar los síntomas depresivos de la paciente, en la primera fase pre-test.

Sesión 5. Se realizó entrenamiento en respiración abdominal y relajación muscular progresiva de Jacobson (1938), con el objetivo de reducir la activación fisiológica y hacer más accesible la consecución de los objetivos de índole cognitiva. Mediante la relajación se le enseñó a la paciente a centrar su atención en las sensaciones de tensión y distensión de los cuatro grupos musculares, comenzando por las manos y acabando por los pies, con el fin de alcanzar una desactivación fisiológica. Dicha técnica resultó útil y beneficiosa a la paciente.

Sesión 6 y 7. Se aplicó la técnica de detención de pensamiento, con el objetivo de detener los pensamientos negativos, que generan malestar emocional en la paciente, sustituyéndolos por otros mejores y más adaptativos, a fin de reducir el estrés y ansiedad de la paciente.

Sesión 8. Entrenamientos de habilidades de afrontamiento. el entrenamiento en estrategias de afrontamiento se compone de técnicas cognitivas de control emocional y conductuales. Entre otras está la estrategia de solución de problemas, la cual consiste en ver la situación como un problema a resolver, analizar requisitos necesarios, dividir la situación estresante en unidades más pequeñas, y solucionar el problema con un plan de acción.

Con esta técnica se busca que la paciente aprenda a manejar las dificultades que le puedan generar estrés en su diario vivir.

Sesión 9. Técnica de exposición, la exposición interrumpe la cadena de comportamientos de evitación y permite hacer frente a los síntomas psicofisiológicos y cognitivos de la ansiedad, Se basa en la exposición de la paciente al estímulo temido.

Con esta técnica se busca que la paciente pueda crear un ambiente seguro en el que pueda reducir la ansiedad, disminuir la evitación de situaciones temidas y mejorar su calidad de vida.

## **Resultados**

En el proceso de intervención psicológico con MJPP, se realizó una evaluación de la efectividad del tratamiento a través de la aplicación de pruebas antes y después de la intervención, se les llamó fase pre-test, y fase post-test. A continuación, se exponen los resultados obtenidos en estas dos fases en las pruebas aplicadas.

Inventario de Ansiedad (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). esta prueba se pretendió identificar sintomatología ansiosa de la paciente, en la primera fase pre-test, obtuvo

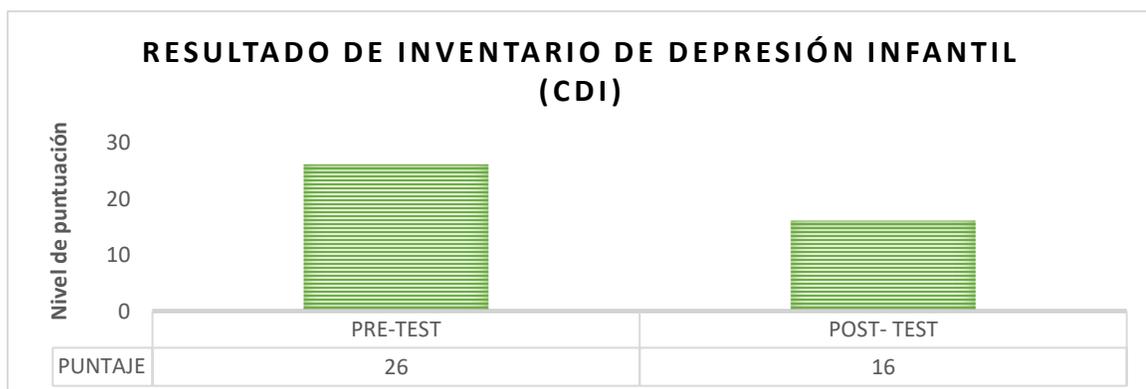
una puntuación de 25 puntos, es decir teniendo en cuenta los parámetros de la prueba se da como resultado sintomatología de ansiedad moderada. En cambio, en la fase post-test finalizando el proceso de intervención obtuvo 12 puntos, lo que indica una sintomatología de ansiedad leve, que señala notablemente una disminución de 13 puntos. (Ver gráfica).

**Gráfica 1**



Inventario CDI (Children's Depression Inventory) o inventario de depresión infantil. Con esta prueba se pretendió evaluar los síntomas depresivos de la paciente, en la primera fase pre-test, obtuvo una puntuación de 26 puntos, es decir teniendo en cuenta los parámetros de la prueba se da como resultado presencia de síntomas depresivos mínima y moderada en la paciente. En cambio, en la fase post-test finalizando el proceso de intervención obtuvo 16 puntos, con una disminución de 10 puntos, lo que indica que no hay presencia de síntomas depresivos. Dentro de los límites normales, lo que señala notablemente una mejoría. (ver gráfica).

**Gráfica 2**



Como se puede observar en las gráficas 2 y 3, la paciente MJPP, logró aliviar significativamente sus síntomas depresivos y de ansiedad.

### **Discusión**

En el presente estudio de caso se pudo evidenciar cómo, tras nueve sesiones de tratamiento, la paciente MJPP, ha ido adquiriendo progresivamente las habilidades precisas para poder enfrentarse con éxito y con el menor nivel de malestar a las situaciones temidas, logrando la adquisición de habilidades de autocontrol de la activación fisiológica e instaurando conductas de afrontamiento activo a todo tipo de situaciones anteriormente fóbicas, lo cual permitió a la paciente, reducir significativamente sus síntomas depresivos, aprendió formas más aceptables de expresar sus emociones y satisfacer sus necesidades, ganando control sobre sus emociones y conductas impulsivas, evaluando y replanteando la forma en como procesaba la información, primer elemento fundamental en el proceso terapéutico, lo cual constata la eficacia del tratamiento especificado en la triada cognitiva de Aaron T Beck. (1976), modelo cognitivo-conductual, procedimiento considerado como tratamiento mejor establecido para tratar con efectividad las alteraciones del estado de ánimo (Griffiths J, 2000), y los trastornos de ansiedad (Sánchez, Alcázar y Olivares. 1999), (Méndez, 2002).

Ahora bien, atendiendo a los criterios diagnósticos del DSM- V, (American Psychiatric Association, 2013), para el trastorno de ansiedad y alteraciones del estado de ánimo, tipo depresogénico, el resultado del tratamiento fue exitoso dado que dichos criterios dejaron de cumplirse al término de la intervención. El tratamiento ha obtenido también resultados positivos tomando como criterio las puntuaciones en las pruebas Inventario de Ansiedad (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988), e Inventario CDI (Children's Depression Inventory), las cuales

permitieron a través de los resultados pre-test, lograr descubrir el contenido distorsionado de sus pensamientos y realizar reestructuración cognitiva en sus principales distorsiones, además de fortalecer estrategias de afrontamiento y autocontrol, identificar aspectos que brindaron tener un panorama amplio para el debido tratamiento, en el que la paciente logró aliviar gradualmente sus síntomas, permitiéndole eliminar las conductas de evitación y escape, siendo estos resultados consistentes con otros estudios de caso en los que se aplicaron técnicas de Reestructuración cognitiva, Exposición (Ballester, 2004; Botella y Ballester, 1991), y Detención de pensamiento (Davis, Mackay, y Eshelman, 1985) y (Lozano, Rubio & Pérez, 1999), como base fundamental para modificar pensamientos y por ende emociones y conductas como lo afirma (Beck 1979 citado en Becoña y otros, 2011).

En cuanto a las limitaciones que plantea el presente estudio, el tiempo fue un factor limitante en la intervención, aunque se llevó a cabo la totalidad de las intervenciones planteada en el plan de tratamiento, por cuestión de tiempo, organización del sitio de práctica, y disposición de los familiares de la paciente, no se pudo realizar más sesiones, en la que se le siguiera reforzando las habilidades de afrontamiento adquiridas en el proceso, a fin de evitar futuras recaídas.

No obstante, lo anterior permite concluir, que se pudo comprender analizar, explicar y describir el caso desde el modelo de la terapia cognitiva conductual, lo cual permitió la profundización y comprensión de los trastornos, la formulación completa, y plantear un tratamiento acorde a las evidencias utilizadas para el caso; afirmando que se cumplió con el objetivo general y específico, en el hecho de que los pensamientos y creencias irracionales de la paciente, se han ido sustituyendo poco a poco, por otras más adaptativas. Además, ha ganado control sobre sus emociones y conductas impulsivas, ha disminuido los conflictos con la madre y

hermanos. En cuanto a sus pensamientos y creencias subyacentes, se ha ido logrando poco a poco, sustituir algunas de éstas por otras más adaptativas, aprendió formas más aceptables de expresar sus emociones y satisfacer sus necesidades.

### Referencias

- Álvaro, J., Garrido, A., & Scheweiger, I. (2010). *Causas sociales de la depresión: Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión*. Revista internacional de sociología RIS.
- Alzuri, M., Hernández N. y Calzada, Y. (2017). *Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento*. Revista Finlay. 7(3), 152-154.
- American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*.
- Beck, A., Rush, A J., Shaw, B. & Emery, G. (1979) (versión 19). *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Desclée de Brower, S.A.
- Caballo, V.E, Salazar, I.C., y Carrobbles, J.A. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Pirámide.
- <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/541>.
- Meichembaum, D. (1977). *Manual de inoculación de estrés*. Editorial Martínez Roca.
- Monjas, M. I. (1996). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social para niños y niñas en edad escolar (PEHIS)*. ED. CEPE.
- Olivares, J., piqueras, J., y Alcázar, A (2006), *Tratamiento cognitivo conductual de una adolescente con trastorno de ansiedad generalizada*. Terapia psicológica.
- Resnic, P. (2007). *Modelos conceptuales del trastorno de ansiedad generalizada: más allá de los criterios diagnósticos*. Revista Argentina de clínica psicológica, 18, 61-67.