

# **Intervención Cognitivo Conductual en un Caso de una Adolescente con Comorbilidad de Trastorno Mixto Ansioso Depresivo y Trastorno de la Conducta no Especificado.**

Ana Milena Ramos Orozco

Universidad del Sinú, seccional Cartagena.

## **Resumen**

El presente estudio se refiere a la intervención en el caso de una adolescente de 16 años de edad con comorbilidad de trastorno mixto ansioso depresivo y trastorno de la conducta no especificada, el objetivo es analizar los efectos de la aplicación de un tratamiento cognitivo conductual dirigido a reducir la sintomatología ansiosa, depresiva y las conductas disruptivas. La evaluación se realizó mediante el inventario de depresión infantil CDI, Inventario de Ansiedad (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988) y escala de desesperanza de Beck. El tratamiento utilizado combina técnicas cognitivas conductuales donde se incluyó psicoeducación, entrenamiento de relajación guiada, autorregulación emocional, autocontrol de rehm, restructuración cognitiva, desensibilización sistemática y exposición con prevención de respuestas, con esta intervención como se logra evidenciar en la evaluación pretest y posttest, se consiguió el objetivo principal propuesto, que era la reducción de la sintomatología presentada en la paciente. Se discute las implicaciones de los resultados del estudio, que apoyan la eficacia de la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de trastorno mixto ansioso depresivo y trastorno de la conducta no especificado en adolescentes.

***Palabras clave:*** adolescencia, depresión, ansiedad, conducta, intervención cognitivo conductual.

## **Abstract**

The present study refers to the intervention in the case of a 16-year-old adolescent girl with comorbidity of mixed depressive-anxiety disorder and unspecified conduct disorder, the objective is to analyze the effects of the application of a cognitive behavioral treatment aimed at reducing anxious and depressive symptomatology and disruptive behaviors. The assessment was carried out using the CDI childhood depression inventory, the Anxiety Inventory (BAI) (Beck, Epstein, Brown and Steer, 1988) and the Beck Hopelessness Scale. The treatment used combines cognitive behavioral techniques including psychoeducation, guided relaxation training, emotional self-regulation, Rehm self-control, cognitive restructuring, systematic desensitization and exposure with response prevention, with this intervention as evidenced in the pretest and posttest evaluation, the main objective proposed was achieved, which was the reduction of the symptomatology presented in the patient. The implications of the study results are discussed, which support the efficacy of cognitive behavioral therapy for the treatment of mixed depressive-anxiety disorder and unspecified conduct disorder in adolescents.

***Keywords:*** adolescence, depression, anxiety, behavior, cognitive behavioral intervention.

## **Introducción**

Definir la depresión en la adolescencia resulta complejo dado que se trata de un período evolutivo lleno de cambios tanto físicos como anímicos, es por esta razón, que se debe realizar una observación estricta a la sintomatología de este trastorno en esta etapa del desarrollo, para poder llegar a un diagnóstico certero.

La premisa básica de la teoría cognitiva (1987, Beck et al., 1979; Beck y Emery, 1985), es que en los trastornos emocionales existe una distorsión en el procesamiento de la información, ósea de los pensamientos. Así, en la ansiedad, la percepción del peligro y la valoración de las capacidades del ser para enfrentarse a tal peligro, donde aparecen sesgadas una sobreestimación del grado de peligro asociado a las situaciones y de una infravaloración de las propias capacidades de enfrentamiento (Beck y Emery, 1985). Por otra parte, en las personas depresivas aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación (Beck, 1979). Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los cuales consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando, pues, lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro (Beck 1976).

Para el diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo según CIE 10 (1990) están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado, su prevalencia es aún mayor en la población general.

La adolescencia es un tiempo de relaciones, donde existe una necesidad de independencia que suele entrar en conflicto con las reglas y las expectativas de los demás, sin embargo, es importante distinguir cuales de esos comportamientos hacen partes de la normalidad del proceso

evolutivo del adolescente y cuales son considerados para diagnosticar un trastorno de la conducta, los cuales se están convirtiendo en una fuente de preocupación para las familias, la escuela y la sociedad en general. Aparecen cuando los niños o adolescentes tienen que cumplir ciertas normas y someterse a un cierto grado de disciplina (Díaz, Jordán, Vallejo y Comeche, 2006).

Los trastornos del comportamiento en la infancia y en la adolescencia engloban un conjunto de conductas que implican oposición a las normas sociales y a los avisos de las figuras de autoridad, cuya consecuencia más destacada es el fastidio o la perturbación de la convivencia con otras personas: compañeros, padres, profesores y personas desconocidas (Fernández y Olmedo, 1999). En la definición de estos trastornos influyen una serie de factores propios de la psicopatología infantil que complican la caracterización de los problemas, su curso y su resultado final (Luciano, 1997; Olivares y Méndez, 1998; Mash y Graham, 2001; Moreno, 2002, 2005; Díaz y Díaz-Sibaja, 2005; Méndez, Espada, y Orgilés, 2006). Entre estos factores figuran la edad del niño, su nivel de desarrollo cognitivo, su ambiente familiar y otros aspectos socioculturales.

Los trastornos del comportamiento suponen uno de los diagnósticos más frecuentes en las unidades de salud mental infanto-juvenil, donde equivale a algo más de la mitad de las consultas, estimándose su prevalencia en la población general, según las distintas investigaciones, entre un 2% y un 16 %.

Las personas jóvenes con problemas de salud mental, como ansiedad, depresión y problemas de conducta, tienen más riesgos de tener pensamientos suicidas. Los adolescentes que atraviesan grandes cambios en sus vidas (abuso sexual, maltrato, divorcio de sus padres, una mudanza, la partida de uno de los padres, abandono, pautas de crianza inadecuadas, acoso escolar) tienen más riesgos de padecer estos trastornos y por ende estar expuestos a presentar

pensamientos suicidas, siendo el suicidio la segunda causa de muerte en los niños y jóvenes entre 10 y 24 años, las investigaciones muestran que más del 95% de las personas que se suicidan tienen depresión, ansiedad u otro trastorno mental relacionado, es por esto que es de vital importancia detectar estos trastornos a tiempo y realizar una intervención adecuada que garantice la salud mental de quienes lo padecen, y a su vez, la ejecución de programas de prevención que mitiguen la frecuencia de estos trastornos. De conformidad con lo anterior este estudio se planteó como objetivo analizar los efectos de la aplicación de un tratamiento cognitivo conductual dirigido a reducir la sintomatología ansiosa, depresiva y las conductas disruptivas en una adolescente de 16 años.

## **Descripción del Caso**

### **Identificación del Paciente**

Paciente adolescente de 16 años, sexo femenino, cursa octavo grado de secundaria en una institución pública con bajo rendimiento escolar, ha reprobado varios grados (sexto , séptimo y octavo), se registran antecedentes de consumo de sustancias por parte de su madre biológica durante el proceso de gestación, a los 6 años fue diagnosticada con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) por lo cual recibió tratamiento psicofarmacológico de manera intermitente, y actualmente se encuentra medicada con estabilizador del estado de ánimo y regulador de conducta. Presenta antecedentes de evaluación neuro de escala de Weschler WISC-IV en la cual obtuvo una puntuación de CI de 76, correspondiente a un nivel de coeficiente intelectual limítrofe. Respecto a su familia es hija única, convive con sus padres adoptivos en casa familiar en un barrio de escasos recursos de la ciudad de Cartagena.

## **Motivo de Consulta**

Paciente remitida por una unidad de salud mental donde estuvo internada por un mes por intento de suicidio, donde fue dada de alta y trasladada al hospital día de la misma unidad de salud mental para continuar con la intervención interdisciplinaria, al interrogar a la paciente sobre el motivo de consulta ella responde “estoy aquí porque intente quitarme la vida”.

## **Historia del Problema**

La paciente desde los 3 años fue abandonada por sus padres biológicos, desde entonces presentó conductas de hurto constantes, comportamientos desafiantes y cuadro de hiperactividad, donde los padres adoptivos no poseían el control de las conductas disruptivas de la niña, utilizando inadecuadas prácticas en las pautas de crianza basadas en maltrato físico y verbal, en ocasiones para controlar que la paciente no se evadiera de casa la encerraban en su habitación bajo llave, debido a las ocupaciones laborales de sus padres durante el desarrollo de la paciente se presentaban constantes cambios de cuidadoras quienes tampoco tenían el control del manejo de las conductas de la paciente y renunciaban a su cuidado, situaciones que han dejado secuelas en la vida de la paciente como lo son las conductas disruptivas, crisis de ansiedad y dificultades en las relaciones familiares.

La paciente refiere conductas de cutting desde los 10 años, último episodio a los 14 años, aproximadamente a los 11 años durante un año seguido inhalaba pegante sintético, hace aproximadamente 4 meses fue víctima de Abuso sexual por parte de un vecino amigo de la familia, situación que ocurre en casa mientras su padre dormía en estado de embriaguez, la madre laboraba y al enterarse de lo sucedido no da credibilidad al testimonio de la adolescente situación por la cual no instaura denuncia, paciente refiere que familiares paternos le recalcan que el episodio de abuso fue su responsabilidad porque ella provocó e incitó al vecino a tocarla

por su forma de vestir, situación que genera culpabilidad en la adolescente causando sentimientos de tristeza y desesperanza lo que la conlleva a un intento de suicidio. Actualmente debido a todo este historial de factores predisponentes que han rodeado las vivencias de la paciente durante su desarrollo ha presentado alteración en el estado anímico y un patrón de afrontamiento evitativo.

## **Formulación Clínica**

### **Análisis y Descripción de las Conductas Problema**

#### ***Problema No 1. Alteración del estado de ánimo***

Paciente presenta alteración en su estado de ánimo manifestado por tristeza que experimenta parte del día desde hace más de 6 meses, sentimientos de desesperanza, culpabilidad y abandono, por las cuales comenta que se siente desmotivada, ya no disfruta de las actividades como antes lo hacía, presentar perturbaciones del sueño caracterizado por insomnio y parasomnia, hallándose como factores mantenedores del estado de ánimo el evento del abuso sexual, recuerdo del abandono de padres biológicos y las dificultades familiares que actualmente enfrenta la adolescente.

#### ***Problema No 2. Ataques de ansiedad***

La adolescente presenta síntomas de ansiedad paroxística caracterizado por la aparición repentina de sensación de miedo a la muerte y lugares cerrados, malestar intenso que la autolimita, acompañado por taquicardia, sudoración, mareo y desmayo. Por lo que ha estado hospitalizada en varias ocasiones donde se le realizan estudios médicos con resultado de exámenes normales. Episodios que han sido repetitivos aproximadamente de 3 veces por semana, regularmente sucede posterior a dialogar sobre temáticas que le generan malestar, reincidiendo

en patrón de afrontamiento evitativo, donde el evento del abuso sexual y las pautas inadecuadas ejecutadas por los padres logran mantener estos episodios de ansiedad.

### ***Problema No 3. Problemas de conducta***

Presenta alteraciones en el patrón conductual caracterizado por distractibilidad atencional, alta permanencia en calle, fugas de casa, miente con frecuencia, dificultad para acatar órdenes e incapacidad para resistir impulsos de hurto, no muestra responsabilidad con labores cotidianas en el hogar y en la escuela, evadiendo así la responsabilidad ante seguimientos de normas y reglas, arrebatos de ira con manifestaciones explosivas. Observándose que las inadecuadas prácticas en las pautas de crianza y las amistades con transgresión de normas y figuras de autoridad que tiende a escoger la paciente son mantenedores de dichos comportamientos.

### ***Problema No 4. Problemas en la relación intrafamiliar***

La paciente presenta dificultades familiares, relación conflictiva con el padre quien constantemente la compara con otras personas, presencia constantes altercados entre la pareja por infidelidad por parte del padre, discusiones donde incluyen a la adolescente, ante estas situaciones se fuga de casa con amigos lo que produce conductas de escape y disminuye momentáneamente sentimientos de abandono, encontrando como factor mantenedor de esta problemática la ausencia de habilidades en el manejo de la resolución de problemas en los miembros del hogar y la desregulación emocional de los mismos.

### **Selección, Aplicación de las Técnicas, instrumentos de Evaluación y Resultados Obtenidos**

Durante la fase de evaluación se entrevistó a la paciente y la madre por separado, utilizando entrevista semiestructuradas, donde fueron necesarias 5 sesiones abordadas: En la primera sesión se logró como primera medida socializar y firmar el consentimiento informado

con la madre y la adolescente, posteriormente se procedió a identificar el motivo de consulta y los aspectos relevantes que determinan ese motivo de consulta. En las siguientes sesiones las áreas evaluadas fueron historia personal, familiar, socioafectiva, académica y sexual, logrando indagar aspectos influyentes en cada área, enfatizando en el desarrollo de la paciente y los aspectos que la rodearon desde el embarazo y lo que ha sido su evolución hasta la actualidad, el cual ha transcurrido con acontecimientos traumáticos como el abandono por madre biológica, relación nula con padre biológico de quien se conoce consumía sustancias psicoactivas y fue asesinado hace un tiempo.

Actualmente sostiene una relación conflictiva con el padre de crianza y se ha observado con la madre una relación basada en la manipulación ya que la paciente ejerce un fuerte dominio sobre la madre; en cuanto a las relaciones interpersonales con sus pares demuestra la búsqueda por la aceptación del otro lo que demuestra claramente el grado inferior de autoconcepto y autoestima. Se identificó un amplio abanico de problemas emocionales y conductuales en la adolescente, las puntuaciones se resumen en las siguientes escalas: somatizaciones, ansiedad/depresión, problemas del pensamiento, problemas de atención, conductas con transgresión de normas y figuras de autoridad.

Surge la necesidad de aplicar diferentes pruebas que arrojaron hallazgos valiosos para determinar un diagnóstico acertado, por consiguiente, se refleja los resultados:

CDI, en esta prueba se obtuvo como resultado una puntuación de 30, lo que nos indica la presencia de leves síntomas depresivos.

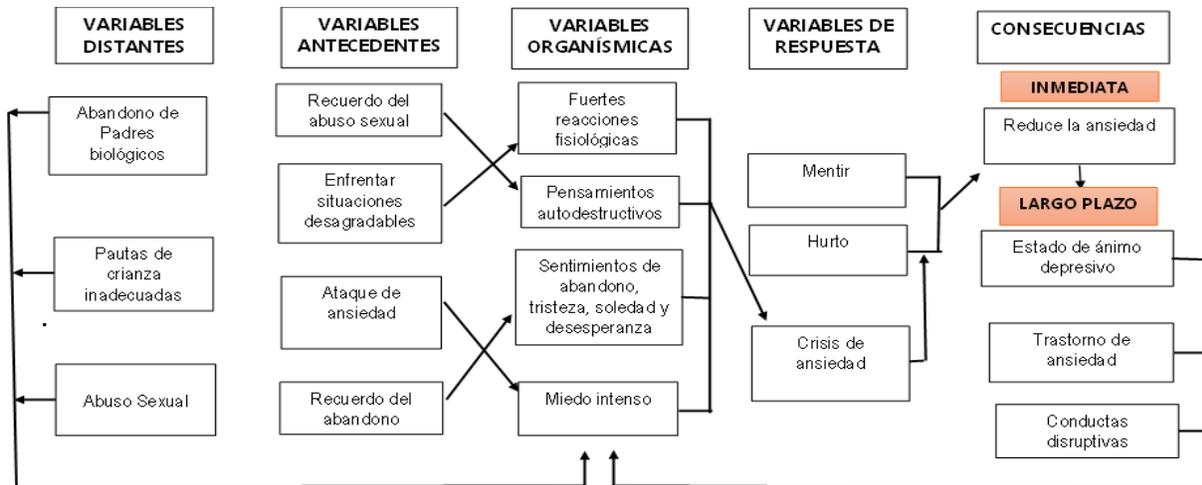
El Inventario de Ansiedad (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988) reflejó una puntuación de 46 lo que demuestra que la paciente presentaba un alto grado de ansiedad denominado ansiedad severa.

La escala de desesperanza de Beck (BHS), al aplicar este instrumento se obtuvo como resultado 3 puntos, lo que indica que existe un riesgo bajo en la paciente de cometer suicidio.

## Formulación clínica

**Tabla 1**

*Diagrama analítico funcional del caso*



Como podemos observar existen unas vivencias que de cierta forma inciden en la problemática actual de la paciente, quien fue abandonada por sus padres biológicos desde los 3 años de edad y alrededor de esa etapa estuvo siendo vulnerada en sus derechos por estos, actualmente refiere la adolescente que al recordar el abandono por sus padres biológicos experimenta sentimientos de abandono, tristeza, soledad y desesperanza. Durante su desarrollo las pautas de crianza de los padres adoptivos fueron inadecuadas, situaciones que de cierto modo influyó en que actualmente la adolescente no enfrente situaciones desagradables, alimentando los ataques de ansiedad los cuales experimenta con fuertes reacciones fisiológicas y miedo intenso. Precipitando la problemática de la paciente fue abusada sexualmente por un vecino donde los familiares no dan credibilidad a lo sucedido, generando esto en la paciente sentimientos de culpa y pensamientos autodestructivos. Todas estas vivencias y estilo de afrontamiento evitativo

desencadenaron en la paciente crisis de ansiedad lo cual evoca la paciente a través de hurtos y mentiras constantes, lo que produce momentáneamente la disminución de la ansiedad, pero al largo plazo ha generado y mantenido estado de ánimo depresivo, trastorno de ansiedad y conductas disruptivas en la paciente.

### **Objetivos Terapéuticos**

- Disminuir la alteración del estado de ánimo, aumentando el autocontrol y valía personal para desaparecer conductas autodestructivas y así recuperar el nivel de funcionamiento psicosocial.
- Educar a la adolescente a identificar las respuestas fisiológicas y aprender a utilizar herramientas de relajación que le permitan disminuir y/o desaparecer las crisis de ansiedad.
- Regular los impulsos y emociones desagradables logrando que la adolescente tolere la frustración, desarrollando habilidades de afrontamiento frente a situaciones desagradables.
- Establecer relaciones armoniosas con su núcleo familiar, fomentando en los padres entrenamiento en el uso de contingencias adecuadas en el apoyo de las conductas de la adolescente.
- Fomentar en la paciente habilidades sociales que la conlleven a adquisición de estilos de vida adecuados.

### **Selección del Tratamiento Adecuado**

Luego de tener claro un diagnóstico de acuerdo a las problemáticas de la paciente se estructura un tratamiento cognitivo conductual, donde inicialmente se decide empezar el proceso de intervención con la disminución en la alteración del estado de ánimo, considerando las

conductas autolesivas una prioridad en el plan de intervención, ya que son letales en la integridad física y emocional de la paciente, las técnicas a utilizar para lograr el objetivo son la reestructuración cognitiva (Ellis, 1979; Beck, 1985) donde se pretende conseguir que las interpretaciones y pensamientos de la paciente sean más realistas y positivos; y el autocontrol de rehm (Rehm, 1977) contemplando en la aplicación de esta técnica conseguir aumentar el autocontrol, elevando el autoconcepto y autoestima y así recuperar la valía personal para desaparecer conductas autodestructivas y recuperar el nivel de funcionamiento psicosocial.

Durante este proceso terapéutico no se puede dejar a un lado la importancia de realizar psicoeducación con los padres, ya que en el interior de las relaciones familiares y en la ejecución de pautas de crianza se ha detectado deficiencias que intervienen en el buen desarrollo de la paciente, por esta razón es de vital importancia continuar la intervención con los cuidadores para fomentar en los mismos entrenamiento en el uso de contingencias adecuadas (Skinner, 1966) en el apoyo de las conductas de la adolescente y mejorar las relaciones interfamiliares, a su vez educarlos sobre el contrato de contingencias con reforzadores positivos y la sobre corrección retributiva (Kazdin, 1994) poniéndolo en práctica, para así obtener que el comportamiento de la adolescente se caracterice por habilidades sociales que la conlleven a adquisición de estilos de vida adecuados y así disminuir las conductas disruptivas.

Seguidamente se estipula continuar con la intervención con la adolescente, en este espacio se trabajará en reducir las crisis de ansiedad ya que estos síntomas le generan un malestar clínicamente significativo, por lo que es necesario que la paciente identifique las respuestas fisiológicas y aprenda a utilizar herramientas de relajación que le permitan disminuir y/o desaparecer las crisis de ansiedad a través del entrenamiento de relajación guiada (Schultz, 1927), para complementar este objetivo es indispensable que la paciente regule los impulsos y

emociones desagradables para que así tolere la frustración, esto se pretende obtener a través de Auto regulación Emocional (Salovey & Mayer, 1990) y la desensibilización Sistemática (Wolpe, 1958) técnicas adecuadas para lograr esta finalidad.

Posteriormente se continua con la psicoeducación a padres para realizar seguimiento y monitoreo a las tareas en casa asignadas, reevaluar y continuar con el entrenamiento en el uso de contingencias adecuadas en el apoyo de las conductas de la adolescente y la vinculación afectiva adecuada en los lazos familiares.

Se pretende culminar el plan de intervención a través de la técnica de exposición con prevención de respuestas (Saval, J. 2015) buscando a través de esta desarrollar habilidades de afrontamiento frente a situaciones desagradables y así reducir el comportamiento evitativo en la paciente, pretendiendo lograr efectividad en cada una de las técnicas implementadas para conseguir generar en la adolescente una mejor calidad de vida, ya que estudios han demostrado la efectividad de estas técnicas en el mejoramiento de estas problemáticas similares a las observadas en la paciente.

### **Aplicación del Tratamiento**

Las intervenciones se realizaron basadas la terapia cognitivo conductual con una intensidad de 12 sesiones, cabe resaltar que con la paciente en mención se desarrollaron solo 8 sesiones por la duración decretada en el lugar de prácticas, siendo entonces el desarrollo de las sesiones establecidas de la siguiente manera:

#### **Sesión 1.**

Se dio inicio de intervención con la técnica de Restructuración cognitiva a través de un juego lúdico llamado “el peregrinaje de los pensamientos” con el que se logró que la paciente identifique sus pensamientos negativos, guiándola a que analice si son los más adecuados,

refutando en el proceso terapéutico estos pensamientos y guiándola a la incorporación de nuevos pensamientos alternativos realistas y positivos para así lograr aumentar la valía personal y desaparecer conductas autodestructivas.

### **Sesión 2.**

Durante esta sesión continuamos con la técnica de Restructuración Cognitiva, donde la paciente realiza un taller en el cual enumeró una lista de pensamientos automáticos que genera frente a situaciones desagradables, en frente enumeró adecuadamente una lista de pensamientos alternativos reales frente a la misma situación donde se le elogió y estimuló por la labor realizada, enfatizándole en los beneficios que genera implementar pensamientos realista, brindándole a la paciente herramientas para interpretar situaciones adecuadamente para que incorpore pensamientos alternativos realistas en su día a día, comprometiéndose durante la misma a poner en práctica actividades agradables en situaciones donde presente estado de ánimo bajo.

### **Sesión 3.**

En esta sesión, se llevó a cabo la terapia Autocontrol de Rehm y con la estructura de un rompecabezas que trajo la adolescente donde resaltó una cualidad en cada parte de su cuerpo se guía a la paciente a realizar un juicio realista sobre su autoconcepto guiándolo a resaltar sus capacidades y potenciales para focalizar su atención en la autoevaluación de aspectos positivos que ella posee para elevar su autoestima y lograr descentralizarla del interés en lo negativo, así mismo registró experiencias positivas y agradables que intentará asociarla al estado de ánimo, induciéndola en la toma de conciencia de ejecutar actividades de interés para que se reactive poco a poco actividades que antes le producían placer, entrenándola en identificar diversos

reforzadores que sean importantes para ella y así aplicarlo de manera contingente según los objetivos que vaya cumpliendo.

#### **Sesión 4.**

En esta sesión, se programó a los padres por lo que solo asiste la madre argumentando que el padre no pudo asistir por cuestiones laborales, a quien se le educó en pautas de crianza claras que incluyan normas adecuadas, fomentando en ella el entrenamiento en el uso de contingencias adecuadas en el apoyo de las conductas de la adolescente, educándola en la técnica de sobre corrección restitutiva para poner en práctica cada vez que la adolescente presente una conducta disruptiva, así disminuir estas conductas desadaptativas y a su vez fomentar que su comportamiento se caracterice por habilidades sociales que la conlleven a adquisición de estilos de vida adecuados.

Posteriormente se ingresa a la adolescente se educa a madre e hija sobre el contenido del contrato de contingencia, el objetivo y la importancia de poner en práctica este contrato para incrementar las conductas deseadas en la paciente y así desarrollar habilidades sociales mediante reforzamiento positivo y costo de respuesta, y se procede a firmar el contrato comprometiéndose ambas partes en el debido cumplimiento del mismo.

Se le entrega a la Trabajadora Social vía correo electrónico unas recomendaciones para docentes.

#### **Sesión 5.**

En esta sesión, realizó una psicoeducación a la paciente sobre crisis de ansiedad enfatizándole en las respuestas fisiológicas que experimenta nuestro cuerpo con el objetivo que ella logre Identificarlas, posteriormente se procedió a implementar técnicas de relajación según técnicas de Schultz logrando llevar a la paciente a la tranquilidad y relajación de su cuerpo y

mente, logrando que ella aprenda a utilizar estas herramientas de relajación que le permitan disminuir y/o desaparecer las crisis de ansiedad, enfatizándole sobre la importancia de ponerlas en práctica en su día a día.

### **Sesión 6.**

En esta sesión, se dio inicio con una técnica de relajación, luego a través de la técnica de autorregulación de emociones se educó a la paciente a gestionar los sentimientos y comportamientos para controlar tanto las emociones positivas como negativas y así poder expresarla de manera adecuada potenciando la inteligencia emocional brindando herramientas para el autocontrol para así manejar las frustraciones y operarizar los problemas, una de las herramientas enseñadas fue el semáforo de las emociones el cual se instruyó a través de láminas ilustrativas.

### **Sesión 7.**

Esta sesión, el adolescente inicia realizando por escrito aspectos que en su interpretación de emociones cree necesario cambiar según lo aprendido, donde la paciente identificó que necesita controlar arrebatos de ira con manifestaciones explosivas dándole herramientas para regularlo a través de la técnica del volcán de emociones. Seguidamente se procedió a iniciar la técnica de desensibilización sistemática aplicándola a través de una jerarquía de estímulos estresantes por medio de imágenes visuales provocando ansiedad en la adolescente y enseñándole a poner en práctica las técnicas de relajación aprendidas y la autorregulación emocional logrando que ella canalice adecuadamente sus emociones visualizándole lo positivo de enfrentar las situaciones desagradables, entrenándole a ella y a la madre en identificar diversos reforzadores que sean importantes para ella y así aplicarlo de manera contingente según los objetivos que vaya cumpliendo.

## **Sesión 8.**

En esta sesión, se inicia con la estrategia que la paciente sea quien dirija una terapia de relajación evidenciándose así que ha aprendido a realizar la técnica de relajación enseñada, se estimuló a la paciente con palabras motivadora y premiándola con un librito de historietas con moralejas de motivación personal. Se continua con la técnica de desensibilización sistemática donde se presentan nuevas situaciones a través de videos logrando que la paciente experimente temor practicando durante las respuestas ansiosas herramientas de relajación donde logró la paciente superar estas sensaciones ansiosas guiándola a desarrollar habilidades de afrontamiento frente a situaciones desagradables.

Para culminar se aplican los instrumentos finales para comparar con los iniciales y obtener resultados de la intervención y socializar resultados a la paciente y familia, cabe resaltar que la paciente y su madre se mostraron receptivas y comprometidas frente a cada una de las sesiones realizadas, participando activamente durante cada sesión. A partir de esta sesión la estructuración de las mismas son proyectadas.

## **Sesión 9.**

En esta sesión, se continuaría con psicoeducación a padres, donde inicialmente se empezaría la sesión con los ejercicios de relajación según técnicas de Schultz con los padres para entrenar a los mismos en estas herramientas para que ellos logren ponerlas en práctica en casa para toda la familia. Durante esta intervención se pretende trabajar elementos importantes tomados del libro de resolución de problemas de Javier García Campayo donde se les educará a los padres en estrategias adecuadas para resolver situaciones desagradables que se presenten en el día a día con la finalidad que ellos se apropien de estas herramientas y la pongan en práctica.

### **Sesión 10.**

Desarrollo de la sesión: Se empezará a través de la técnica de Exposición con prevención de respuestas guiar a la paciente a través de historietas que construyamos juntas a que escoja opciones con las cuales ella optaría por resolver la situación, brindándole a la paciente herramientas para enfrentar dicha situación adecuadamente enfatizándole en los resultados positivos de regular los impulsos y emociones desagradables y así lograr que la adolescente tolere la frustración.

### **Sesión 11.**

En esta sesión, se continua con la técnica de Exposición con prevención de respuestas guiando a la paciente a desarrollar una actividad educativa con el resto de adolescentes de la fundación donde ella logre presentar en público una meditación de 5 minutos de una de las historietas del librito obsequiado en sesiones pasadas brindándole a ellos una enseñanza aprendida de esa lectura, con el propósito de poner en práctica todo lo aprendido y que ella logre afrontar la situación bajo la utilización de las herramientas aprendidas. Esperamos ejecutar el reto y luego de este poder socializar interrogantes respecto a la actividad y juntas resaltar los aspectos positivos de esta actividad.

### **Sesión 12.**

En esta sesión, se continua con la técnica de Exposición con prevención de respuestas esta vez se pretende realizar la sesión en la institución educativa en común acuerdo con los profesionales de la institución, donde inicialmente se realiza con la paciente un ejercicio de relajación, luego el proceso a seguir, es desarrollar una actividad educativa similar a la que se realizó en la fundación donde ella logre presentar en el salón de clases una exposición a sus compañeros sobre habilidades sociales, con el propósito de poner en práctica todo lo aprendido y

que ella logre afrontar la situación bajo la utilización de las herramientas socializadas en el transcurso del proceso de intervención ya que este es uno de los miedos a los que la adolescente tiende a evadir, esperamos ejecutar el reto satisfactoriamente. Con esta actividad damos por culminada las sesiones de intervención incitando a la paciente a continuar día a día enriqueciendo las habilidades aprendidas y desarrollando nuevas que le permitan obtener una mejor calidad de vida.

## Resultados del Tratamiento

### Grafica 1

#### *Evaluación inicial y final*



En la figura 1 se muestran las medidas de las evaluaciones realizadas en relación con los síntomas depresivos mediante el Inventario de depresión infantil CDI, antes y después de intervención, en los cuales se puede observar claramente la mejoría de la paciente del pretratamiento al postratamiento, dado que la puntuación obtenida se reduce a una puntuación directa de 30 lo que nos indicó la presencia de leves síntomas depresivos a una puntuación de 24 reflejando que no hay presencia de síntomas depresivos, encontrándose dentro de los límites normales.

En la figura 2 se presentan los resultados obtenidos en la evaluación del Inventario de Ansiedad (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988), obteniendo un resultado inicial con una

puntuación de 46 lo que demuestra que la paciente presentaba un alto grado de ansiedad denominado ansiedad severa, considerando que la puntuación mayor a 36 revela una marcada ansiedad severa, notándose a continuación la mejoría de estos síntomas con una puntuación final de 21 lo que demuestra que la paciente bajo los niveles de ansiedad considerándose esta puntuación en el límite de ansiedad muy baja.

En cuanto a el riesgo de cometer suicidio se aplicó la escala de desesperanza de Beck (BHS), al aplicar este instrumento inicialmente se obtuvo como resultado 3 puntos, lo que indica que existe un riesgo bajo en la paciente de cometer suicidio, al aplicar este instrumento se obtuvo como resultado 2 puntos, continuando en un riesgo bajo en la paciente de cometer suicidio, sin embargo, se observa que el riesgo es aún menor que el inicial.

## **Discusión**

A la luz de los resultados obtenidos podemos afirmar que se ha conseguido el objetivo principal de la intervención, que era la reducción de la sintomatología ansiosa depresiva y, cabe señalar que en cuanto las conductas disruptivas en casa como en la escuela se ha logrado un cambio significativo en el comportamiento de la paciente, resaltando la participación activa de la adolescente y la madre, las cuales se mostraron siempre dispuestas y colaboradoras durante este proceso. Este caso clínico aporta una evidencia más de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para la depresión, ansiedad y conductas disruptivas en la adolescencia; en concreto, en este caso se ha constatado la eficacia de la terapia cognitiva (Beck, 1979) para la ansiedad y depresión, incluyendo componentes como la activación conductual, la reestructuración cognitiva, el trabajo con las distorsiones cognitivas y las actividades agradables. Los resultados del presente estudio concuerdan además con los obtenidos por el equipo de Méndez (2002) en su revisión sobre la evidencia del tratamiento psicológico para la depresión y ansiedad infantil y adolescente,

quienes concluyen que la terapia cognitivo-conductual es la que obtiene mejores resultados. Asimismo, cabe destacar que, en la terapia cognitivo-conductual ha sido defendida como el tratamiento de elección para los cuadros ansiosos depresivos por numerosos autores. Pérez-Álvarez y García-Montes (2001) afirman que los tratamientos bien establecidos para la ansiedad y depresión son la terapia de conducta.

En cuanto al uso de sistemas de organización de contingencias, se puede decir que permitió la adquisición de conductas adecuadas y la eliminación de conductas inadecuadas, siendo coherente estos resultados con los obtenidos en un estudio de caso de conductas disruptivas en la infancia (Frojan et al., 2011). Respecto al cumplimiento de normas mediante el “contrato de contingencia y sobrecorrección restitutiva”, se puede decir que es un procedimiento realmente efectivo para el cambio conductual de niños cuyo objetivo es la reducción de conductas disruptivas incompatibles en diferentes contextos, siendo coherente estos resultados con los obtenidos en otro estudio (Ruiz, Pino y Herruzo, 2006). A pesar de obtener resultados significativos en este estudio, el trabajo presenta algunas limitaciones, como la inexistente colaboración del padre, ya que como se ha demostrado en numerosos estudios el tratamiento que muestra una mayor eficacia es aquel que se centra en el niño, en los padres y en la escuela (Del Corral, 2003; Pelham y Fabiano, 2008). Esta nula participación por parte del padre dificultaba el trabajo puesto que la adolescente continuaba con la manipulación y el padre con pautas de crianza inadecuadas. Éste puede ser un factor importante y uno de los motivos principales por los que podría haber una posible recaída. Otra limitación sería el tiempo empleado en la intervención, aunque se llevó a cabo la mayoría de la intervención planteada al inicio del tratamiento, por cuestión de tiempo y organización del sitio de prácticas y de la universidad no se logró culminar las sesiones contempladas en el plan de tratamiento, aun así, en términos

generales fue una experiencia gratificante durante este proceso poder observar el gran impacto positivo que se logró con esta combinación de técnicas cognitivas conductuales en esta adolescente con trastorno mixto ansioso depresivo y trastorno de conducta no especificado.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- Ardila Ariza, S. A., y Castiblanco Montero, A. L. (2020). Escucha activa y convivencia mucho más que teoría.
- Bados López, A., y García Grau, E. (2010). La Técnica de la reestructuración cognitiva.
- Bados López, A., y García Grau, E. (2011). Técnicas de exposición.
- Bandim, J. M., Sougey, E. B., Fonseca, L., Tomita, T. K., & Adrião, C. G. (1998). Cuestionario de depresión infantil-CDI: una investigación preliminar con niños hospitalizados. *Neurobiología*, 1-8.
- Briceño Calvo, R. (2022) Estudio de caso clínico: Intervención cognitivo conductual en un caso de trastorno de ansiedad generalizada.
- Colodrón, M. S., González Brignardello, M. P., y Hurtado Perona, F. (2003). Tratamiento integrado en un caso de depresión y ansiedad.
- Cornejo del Carpio, M. F. (2020). Técnicas conductuales en la disminución de conductas disruptivas en niños del centro infantil y la familia. Ancón, 2019.
- Day, R. K. (2000). Skinner y el condicionamiento operante. *Los principios de la mejora del rendimiento: Modelos para el aprendizaje en la organización*, 38.
- Fernández, M. Á. R., García, M. I. D., & Crespo, A. V. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Madrid: Desclée de Brouwer.

Guzmán, C. F. V. Influencia del entorno familiar en el estado de ánimo de adolescentes de 16 a 18 años atendidos en el instituto Dr. Imrich Fischmann.

José, Q. D., Miguel, M. E., Eva, R. B. A., & Samuel, M. S. (2016). *Acción socioeducativa con colectivos vulnerables*. Editorial UNED.

Menárguez, V. A., Marín, P. V. G., & Benito, J. M. G. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 3(1), 45-52.

Mikulic, I. M., Cassullo, G. L., Crespi, M. C., & Marconi, A. (2009). Escala de Desesperanza BHS (A. Beck, 1974): estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la Adaptación Argentina. *Anuario de investigaciones*, 16, 365-373.

Miñaca Laprida, M. I., Hervás Torres, M., & Laprida Martín, I. (2013). Análisis de programas relacionados con la Educación Emocional desde el modelo propuesto por Salovey & Mayer.

Monserrat, O. N. (2010). Desensibilización Sistemática y su aplicación para reducir la Ansiedad.

Opazo, R., Andreani, M. A., & Alliende, F. (1983). La terapia cognitiva de Beck en la depresión y sus relaciones con la teoría de la autoeficacia de Bandura. *Terapia Psicológica*.

Peña-Olvera, F. D. L., & Palacios-Cruz, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud mental*, 34(5), 421-427

Rodríguez Testal, J. F., Rodríguez Santos, M. D., & Moreno García, I. (1996). Conductas autoestimulatorias: aplicación de sobrecorrección y reforzamiento en un caso de deficiencia mental. *Apuntes de Psicología*, 46 (1996), 55-69.

- Rosa, A. I., Sánchez, J., & Olivares, J. (1999). Efectos diferenciales de las técnicas de autocontrol en problemas clínicos y de salud en España: una revisión meta-analítica. *Estudios de psicología*, 20(62), 23-37.
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 9(2), 133-170.
- Vilcacuri Huamani, E., & Rodríguez Solís, L. L. (2020). Diagnóstico de la ansiedad utilizando Sistemas Expertos con el test psicológico “Inventario de Ansiedad de Beck”. *Nereis*, (12), 195-210.
- World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento.