

Trastorno Depresivo Persistente (Distimia) en una Adolescente: Estudio de Caso.

Persistent Depressive Disorder (Dysthymia) in an Adolescent: Case Study.

Isanella Iriarte Arrieta*

*Universidad del Sinú Elías Bechara Zainum. Programa de Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente. isanellairiarte@hotmail.com

Resumen

La distimia es un trastorno prevalente, que tiene unos síntomas leves en comparación con la depresión, su sintomatología se caracteriza por una baja en el estado de ánimo, fatiga o pérdida de energía, baja autoestima y sentimientos de desesperanza. En el presente artículo, se expone el caso clínico de una adolescente con trastorno depresivo persistente (Distimia) de inicio temprano con episodios intermitentes de depresión mayor y episodios leves de ansiedad. Se describe la sintomatología actual, la historia del problema, los antecedentes personales y familiares, y se realiza una evaluación con instrumentos de auto aplicación, tales como; el Inventario de Depresión de Beck, (BDI-2) Inventario de Ansiedad de Beck, (BAI), Escala de Ansiedad de Hamilton, Inventario de Pensamientos Automáticos, Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) y Cuestionario de Screening de Ansiedad - ASQ-15. Los resultados indican que las dificultades en las relaciones significativas y las necesidades afectivas no satisfechas, originaron sentimientos de desvalorización, déficit en las interacciones sociales, dificultad para respirar, pensamientos catastróficos y pérdida de peso. Se realiza propuesta de tratamiento basado en el modelo cognitivo conductual: Psicoeducación, técnicas cognitivas, técnicas de regulación emocional y técnicas conductuales para estabilizar el estado de ánimo y disminuir episodios ansiosos. Igualmente, para reforzar el autoconcepto y la autoestima, las técnicas de Flecha Ascendente y de Aceptación y Compromiso. Con el tratamiento, se espera que la paciente disminuya significativamente los síntomas depresivos y ansiosos, y logre un estado emocional más favorable.

Palabras Clave: Depresión, Distimia, Ansiedad, Terapia Cognitivo Conductual, Autoestima.

A B S T R A C T

Dysthymia is a widespread disorder that has mild symptoms compared to depression. Some common symptoms of Dysthymia are low moods, fatigue, loss of energy, low self-esteem, and hopelessness. This article presents a clinical case of an adolescent with an early stage of persistent depressive disorder (Dysthymia and intermittent episodes of major depression and mild episodes of anxiety). A description of the symptomatology, problem origin, and personal and family background of the adolescent are provided. Additionally, an evaluation was conducted utilizing self-application instrumentation such as Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory (BAI), Hamilton Anxiety Scale, Automatic Thoughts Inventory, Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE), and Anxiety Screening Questionnaire ASQ-15. The results indicate that relationships problems and unsatisfied affective needs caused feelings of worthlessness, deficits in social interactions, shortness of breath, catastrophic thoughts, and weight loss. A treatment proposal is made based on the cognitive-behavioral model: Psychoeducation, cognitive techniques, emotional regulation techniques, and behavioral techniques to stabilize mood and reduce anxious episodes. Similarly, to reinforce self-concept and self-esteem, the Upward Arrow and Acceptance and Commitment techniques. With the treatment, the patient is expected to significantly reduce her depressive and anxious symptoms and achieve a more favorable emotional state.

Keywords: Depression, Dysthymia, Anxiety, Cognitive- Behavioral Therapy, Self-esteem.

Introducción

Trastornos Depresivos

Los trastornos depresivos son un tipo de alteración del estado de ánimo, caracterizados por falta de energía y vitalidad, pero también encontramos, irritabilidad, sensación de vacío y soledad acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo. Los distintos trastornos depresivos se diferencian por la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología. (APA, 2014, p. 155).

De forma específica, para (Korman, 2011) la depresión es un trastorno mental en el que la persona experimenta estado de ánimo bajo asociado a alteraciones del comportamiento, pensamiento y actividades cotidianas. Esta afección llega a limitar notablemente la vida del individuo y proporciona una visión negativa de sí mismo y de los demás. En la aparición de estos trastornos inciden un conjunto de mecanismos de diferente naturaleza como los factores psicológicos, biológicos y sociales. La depresión se puede clasificar según el grado de intensidad de los síntomas, depresión leve, moderada, o grave.

Según los datos suministrados por la Organización Mundial de la Salud, los trastornos por depresión y por ansiedad continúan ocupando la principal posición entre los trastornos mentales, y es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. Más de 280 millones de personas en el mundo sufren depresión, siendo la principal causa de discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2021).

La distimia es un trastorno afectivo crónico con una duración de al menos dos años en adultos y un año en niños y adolescentes (APA., 2014) y se caracteriza por un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente; en niños y

adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

Entre los factores de adquisición, se han señalado modificaciones físicas en el cerebro y en las sustancias químicas naturales de este órgano, rasgos hereditarios, los acontecimientos vitales, los acontecimientos traumáticos, tales como la pérdida de un ser querido, los problemas económicos o un nivel alto de estrés (Mayo Clinic, 2021); igualmente, las disfunciones familiares, las pobres habilidades comunicativas, interacciones abusivas y las presiones ambientales (Pinto & Alvarez, 2010). Para (Martinez, 2010), la familia es el eje principal en el que se desarrolla el niño, por lo tanto, las herramientas que brindan los padres a los hijos para confrontar la vida proporcionarán elementos suficientes para la formación de una adecuada autoestima y adquirir destrezas que facilitarán la adquisición de habilidades sociales.

Trastornos de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad son problemas de salud mental en los que la principal sintomatología es el exceso de temor, angustia o nerviosismo que pueden ocasionar determinadas situaciones. Espielberger (1972) señala que “la ansiedad es una reacción emocional desagradable, producida por un estímulo interno, que es considerado por el individuo como amenazador, produciendo ello cambios fisiológicos y conductuales en el sujeto” (p.383).

Según el DSM-V (APA, 2014), existen distintos trastornos de ansiedad, pero se diferencian unos de otros, según los objetos o eventos que provocan el miedo, las respuestas ansiosas, los pensamientos y las conductas evitativas. A pesar, de que estos trastornos suelen tener síntomas muy parecidos, es posible distinguirlos haciendo un análisis detallado de las situaciones temidas o evitadas y las cogniciones asociadas (p.189).

Entre las causas que inciden en la aparición de los trastornos ansiosos, se pueden mencionar, eventos traumáticos, altos niveles de estrés por acumulación o por enfermedades u otros trastornos mentales, factores genéticos o consumo de drogas y alcohol (Mayo Clinic, 2021).

La ansiedad generalizada es una enfermedad que se caracteriza por el temor o preocupación desproporcionado que puede ocasionar una determinada situación y que al individuo le resulta difícil controlar, este tipo de trastornos interfiere con el funcionamiento psicosocial de la persona que lo padece (D'Arcy Lyness, 2013).

El DSM-V (APA, 2014) considera los siguientes criterios diagnósticos: inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño, dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio (p.222).

Encontramos como tratamiento más eficaz, la terapia cognitivo conductual en la intervención de los trastornos depresivos y ansiosos, de este modelo, hallamos en la base de datos de Google Académico al colocar los términos clave “Depresión, Ansiedad y Cognitivo-Conductual” un número aproximado de 63.400 investigaciones a nivel nacional e internacional, el volumen encontrado, habla de la extensa investigación que existe al respecto. Encontramos también, el estudio de (Menárguez. V. A., 2016) en el que realiza una intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía, donde muestra los resultados favorables de la terapia cognitivo conductual en la disminución significativa de los síntomas de dichas enfermedades de salud mental.

El presente estudio se realiza con el objetivo de presentar el caso clínico de una adolescente con trastorno depresivo persistente (Distimia) de inicio temprano con episodios intermitentes de depresión mayor y episodios leves de ansiedad.

Identificación del Paciente

Paciente B.T., Adolescente de 17 años, de género femenino, soltera, que convive con sus padres y dos hermanos menores en una comunidad cercana al municipio de Chinú, estudiante de segundo semestre de farmacéutica.

Análisis del Motivo de Consulta

B.T., Acude a consulta manifestando “me siento sola y triste”, refiere que esto sucede durante la mayor parte del tiempo. Presenta estado de ánimo decaído, sentimientos de desvalorización y déficit en las interacciones sociales; “perdí 7 kilos en tres meses y tengo poco apetito”. Se requiere indagar más a fondo en la problemática del estado de ánimo decaído, la conducta alimentaria y otras alteraciones asociadas que puedan existir.

Historia del Problema

Paciente que proviene de familia biparental con 3 hijos, con bases cristianas, actualmente vive con sus padres y dos hermanos menores, refiere que su padre se dedica al trabajo con maquinaria pesada y su madre en un centro de recreación. Manifiesta que su relación familiar es disfuncional, puesto que, sus padres son autoritarios, además, no existe una comunicación asertiva por lo que se presentan discusiones fuertes de manera ocasional, tampoco existen demostraciones afectivas entre ellos y no acostumbran a compartir espacios en familia.

Refiere que hace aproximadamente dos años, comenzó a experimentar marcados sentimientos de tristeza, debido a los problemas familiares; manifiesta que se sentía cada vez más triste, decepcionada y molesta, por lo que lloraba todo el tiempo, sobre todo al momento de dormir. Refiere que empezó a tener dificultad para conciliar el sueño y a tener pensamientos tales como: “mi familia estaría mejor sin mí”, “soy un problema para ellos”, “lo mejor es que me vaya lejos”. Refiere que aproximadamente dos meses después de empezar a experimentar el estado de ánimo decaído, empezó a autolesionarse en extremidades superiores e inferiores. Estas acciones según la paciente, eran realizadas para liberar las emociones negativas que sentía, puesto que le producían satisfacción. B.T., comenta, que con el transcurrir de los días las cortadas no eran suficientes, por lo que decide ingerir pastillas en grandes proporciones, pero lograba recuperarse debido a que los padres la llevaban a tiempo a la clínica; la situación se vuelve reiterativa y en el transcurso de un mes, intenta suicidarse en tres ocasiones.

B.T., obligada por su madre, recibe acompañamiento psicológico y es remitida a psiquiatría, donde por periodo de 1 año estuvo en tratamiento farmacológico y asistiendo a intervenciones grupales con un diagnóstico de depresión mayor. Aproximadamente, hace 8 meses le dieron de alta por psiquiatría, y actualmente decide consultar porque siente nuevamente una alteración en su estado de ánimo, poco apetito, pérdida de 7 kilos en menos de 3 meses y dificultad para conciliar el sueño.

Así mismo, manifiesta que sus interacciones sociales son pocas, debido a que relacionarse con otras personas le genera desconfianza y esto a su vez le produce temor a que alguien la lastime. Refiere que cuando se mira al espejo solo ve defectos y tiene pensamientos como “no soy para nada atractiva”, “Todas son mejor que yo”, “heredé los peores rasgos físicos de mis padres”, “nadie se fijaría en mí”, “soy rara y muy diferente a los demás”. B.T., hace

constantemente comparaciones con otras personas buscando resaltar sus defectos físicos. Estos pensamientos, fueron reforzados por familiares cercanos que hacían comentarios sobre su aspecto físico, en forma de juego, que ella se tomaba muy en serio. B.T., no tolera comentarios positivos, ni negativos sobre ella.

Refiere que en el año 2020 en medio de la contingencia sanitaria por la pandemia producida por el virus Sars-Cov-2, asistió a casa de un familiar a brindar sus servicios como reforzadora educativa, al llegar al lugar, los familiares manifiestan que están infectados por el virus y, producto del temor que ello le causó, experimentó un dolor punzante en el pecho que le impedía respirar. Desde entonces, cuando siente temor o algo le enoja, aparecen este tipo de síntomas. También, manifiesta que le ocurre cuando piensa sobre las situaciones que viven las personas que la rodean, ya que le afectan tanto como si le sucediera a ella y piensa todo el tiempo sobre situaciones catastróficas que le puedan ocurrir a un ser querido.

Sobre la pérdida de peso que ha experimentado, refiere que, si siente hambre, pero la comida “no le pasa”, que ha tomado vitaminas porque quiere subir un poco más de peso, pero no le han sido de ayuda, aclara que no le da miedo engordar y que no se siente mal cuando logra comer bien, pero que le dan náuseas y no logra saber el porqué.

La paciente niega antecedentes familiares de enfermedad mental.

Análisis y Descripción de las Conductas Problema

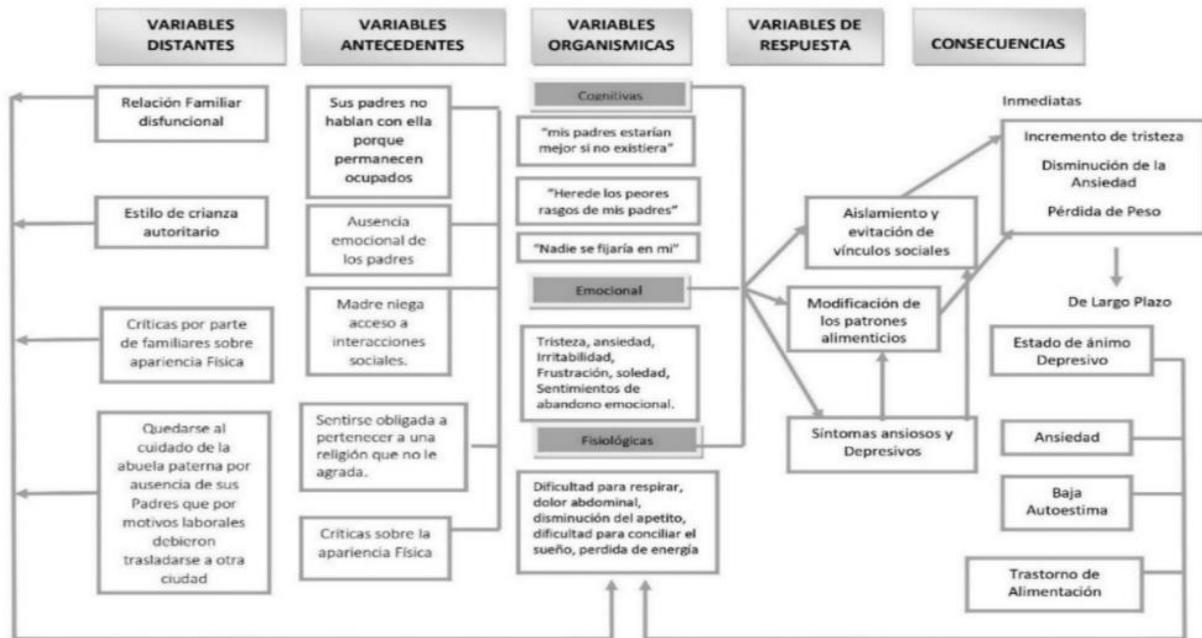
Como principales conductas problema encontramos: el estado de ánimo depresivo, y niveles elevados de ansiedad; asociado a lo anterior encontramos distintas variables que operan como detonadores y que serán nombradas a continuación.

El estado de ánimo depresivo surge a partir de la tristeza que le genera a B.T., vivir en un hogar hostil, donde no existe la comunicación asertiva y afectiva, esto acompañado del estilo de crianza autoritario de sus padres, puesto que B.T., se siente obligada a pertenecer a una religión que no le agrada, condicionada a vestir y escuchar música que sus padres consideran correcta, sin importar sus propias preferencias. A su vez, se evidencia que se siente sola, porque sus padres laboran a tiempo completo, su apetito disminuyó notablemente, le cuesta conciliar el sueño y los acontecimientos del entorno le impactan de manera negativa y por ello, llora la mayor parte del tiempo. Adicionalmente, B.T., tiene una pobre percepción acerca de sí misma, se mira al espejo y piensa que no sería suficiente para nadie, que no es atractiva y busca constantemente defectos sobre su aspecto físico. Es una persona tímida e introvertida, que evita socializar por el temor que le produce ser señalada, criticada o ser lastimada. piensa que es diferente “rara”. Frecuentemente se compara, más que todo con sus padres, insiste en que sacó todos los defectos de ellos y no tolera comentarios sobre su apariencia.

Las conductas de ansiedad se presentan ante situaciones donde hay muchas personas y manifiesta que siente nervios, también aparecen este tipo de síntomas, cuando siente temor o algo le enoja. Sumado a lo anterior, se preocupa la mayor parte del tiempo por cosas de la vida diaria o de su familia y por las noches cuando se dispone a dormir tiene pensamientos sobre situaciones que le ocurren a otras personas y que le pudieran ocurrir a ella o alguien de su familia, por ello, experimenta dolor de estómago y dificultad para respirar. La mayor parte del tiempo se siente irritable y no sale de casa. Asociado a lo anterior, encontramos una pérdida de peso significativa (7 kilos en 3 meses).

Figura 1

Análisis Funcional.



Nota: La figura representa las variables que operan como detonadores que mantienen los problemas que afectan el estado de ánimo, la autoestima y generan ansiedad a la paciente.

Selección y Aplicación de las Técnicas de Evaluación y Resultados Obtenidos

Se emplearon distintas estrategias de evaluación que permitieron profundizar sobre el caso y encontrar el trasfondo de la situación de B.T., entre las herramientas empleadas, encontramos entrevista no estructurada, dirigida a la adolescente y o cuidadora principal, observación directa, autoinformes y auto registros, para indagar los antecedentes y la historia de vida de la paciente, de igual manera se implementaron los registros de pensamientos para recoger la información necesaria y obtener una visión integrada del origen y mantenimiento del problema.

Los autoinformes o pruebas psicométricas empleadas fueron las siguientes:

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) (Aaron T. Beck)

Se aplica el cuestionario para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva, en un instrumento de auto aplicación de 21 ítems donde B.T., tuvo que elegir la frase que mejor describía su estado de ánimo durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completó el instrumento. El intervalo de puntuaciones para el inventario era de 0-63 y se establecía que una puntuación de 30 a 63 correspondía a una depresión severa para lo cual la paciente obtiene una puntuación directa de 47.

Inventario de Ansiedad de Beck, (BAI) (Beck, 1988)

Se aplica este inventario para valorar los síntomas somáticos de ansiedad en el que la paciente arroja una puntuación total de 31, que se clasifica como Ansiedad Moderada. Este autoinforme tiene establecida una puntuación de 00–21 como Ansiedad muy baja, de 22–35 - Ansiedad moderada y más de 36 - Ansiedad severa.

Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) (M, 1959)

Se aplicó la escala que consta de 14 ítems para valorar la severidad de la ansiedad de una forma integral evaluando intensidad y frecuencia. la paciente puntúa en la Dimensión Ansiedad Psíquica: 17. Ansiedad Somática: 10, y se obtiene una puntuación total de 27.

Inventario de Pensamientos Automáticos (Lujan, 1991)

Se aplica el inventario para medir el tipo de distorsiones cognitivas presentes en la adolescente y los resultados indican que presenta las siguientes distorsiones cognitivas. Filtraje (7) = Alto, Sobre Generalización (6) Medio, Interpretación del. Pensamiento (5) Medio, Personalización (5) Medio, Falacia de Justicia (5) Medio, Falacia de Cambio (5) Medio.

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) (Morris Rosenberg, 1965)

Se aplica la escala para valorar los sentimientos de respeto y aceptación de sí misma reportando en la dimensión Autoestima Negativa un Puntaje de 15 y en Autoestima Positiva una puntuación de 11.

Cuestionario de Screening de Ansiedad - ASQ-15. (Wittchen HU, 1998)

Se aplica el cuestionario para detectar trastornos de ansiedad generalizada y otros trastornos de ansiedad, encontrando que la paciente reporta en el ítem 4. Que evalúa la Fobia Social, que durante los últimos meses ha experimentado fuertes temores irracionales, en situaciones sociales tales como, cuando habla con otras personas, cuando hace cosas delante de otros o cuando es el centro de atención.

De Igual manera reporta en el ítem 7, que evalúa la presencia de un Trastorno de Ansiedad Generalizada, que durante las últimas cuatro semanas se ha sentido molesta y con preocupaciones, tensa y ansiosa la mayor parte del tiempo.

En los ítems 8 y 10 reporta dificultad para controlar las preocupaciones y en los Ítems 11 y 12 síntomas físicos de ansiedad. De igual manera refiere, en el ítem 13 compuesto por 11 sub ítems, que presenta 5/6 síntomas característicos del trastorno por Ansiedad Generalizada.

De la anterior evaluación, es posible inferir que la sintomatología manifestada por B.T., nos indica que no presenta actualmente episodio depresivo mayor puesto que no cumple con 5 síntomas o más de los Criterios A, según el DSM-V (APA, 2014), y el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica, así mismo, se descarta trastorno afectivo bipolar porque no ha tenido episodios de manía ni de hipomanía. Sin embargo, es posible afirmar que las manifestaciones sintomáticas de B.T., corresponden según DSM-V (APA, 2014) a un **300.4 (F34.1) Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)** de

inicio Temprano con Episodios Intermitentes de Depresión Mayor, con Episodios Leves de Ansiedad.

Estudio de los Objetivos Terapéuticos

- Estabilizar el estado de Ánimo e incrementar la frecuencia de las conductas placenteras, con el fin de lograr que la paciente adquiriera recursos y herramientas personales que le permitan afrontar las diferentes circunstancias.
- Mejorar la interacción familiar mediante el uso de la asertividad, buscando construir relaciones más estrechas y cálidas.
- Controlar la respuesta fisiológica asociada a la ansiedad, ante las interacciones sociales o los distintos eventos que se presenten.
- Modificar los pensamientos negativos asociados a los sentimientos de desvalorización, promoviendo en B.T., la autopercepción positiva.

Selección del Tratamiento Mas Adecuado

Según DSM-V (APA, 2014), la conducta manifestada por B.T., Corresponde a la sintomatología propia de **300.4 (F34.1)** Trastorno Depresivo Persistente (Distimia) de inicio Temprano con Episodios Intermitentes de Depresión Mayor con Episodios Leves de ansiedad. Estudios e investigaciones recientes, afirman la eficacia clínica que tiene el modelo cognitivo-conductual en la intervención de trastornos depresivos o trastornos de ansiedad, teniendo en cuenta que este, se basa en la relación existente entre los pensamientos, las acciones y los sentimientos, la TCC busca principalmente identificar los pensamientos o comportamientos que

antecedan una emoción o un sentimiento para tener mayor control sobre estos últimos. (Muñoz, 2000).

El tratamiento elegido para B.T., se estableció a partir del análisis funcional en el que queda en evidencia la sintomatología de depresión y ansiedad, por lo cual, se toma como método de intervención el modelo Cognitivo-Conductual, en este caso, se plantea un tratamiento donde se seleccionaron las siguientes técnicas: Psicoeducación, en las que se instruye al paciente sobre el trastorno depresivo y sobre la ansiedad. Así mismo, se empleará la técnica de regulación emocional, buscando identificar las emociones y enlistarlas según su dificultad de manejo, para posteriormente indagar sobre las situaciones detonantes y formas de reaccionar ante estas. De igual forma, se promoverá el incremento de conductas placenteras programando actividades flexibles y que sean del agrado de B.T., con la técnica de activación conductual.

También, se aplicarán la técnica de reestructuración cognitiva y flecha descendente para ayudar a regular o modificar el estilo de procesamiento de la información, con el objetivo de que logre identificar las distorsiones cognitivas. Además, se plantea el entrenamiento de habilidades de comunicación para discutir pautas adecuadas de comunicación y fortalecer vínculos afectivos, con el fin de lograr una relación familiar funcional; el entrenamiento en respiración diafragmática se empleará para hacer frente al estrés y reducir las respuestas ansiógenas, liberando la energía negativa que le generan las situaciones temidas y por último se expondrá a B.T., mediante la técnica de exposición simbólica al contacto con las situaciones que le producen las respuestas ansiosas, haciendo uso de la imaginación o estímulos auditivos.

Aplicación del Tratamiento

Sesión 1

La primera sesión dio inicio con la firma del consentimiento informado y recogida de datos personales por medio de una entrevista no estructurada con paciente y cuidadora principal de manera conjunta e individual. Así mismo, se brindan orientaciones sobre el modelo de intervención a implementar y se despejan dudas sobre el proceso a iniciar. Se proporciona a B.T., como tarea para casa, la creación de su autobiografía donde escriba la historia de su vida desde la infancia hasta la fecha.

Sesión 2

Se continúa indagando sobre aspectos personales de la paciente y se realiza psicoeducación, brindando una breve explicación sobre la problemática, y el modelo teórico de trabajo para que la paciente sea consciente de todo el proceso y pueda tener una mayor adherencia al tratamiento. Posteriormente, iniciaremos aplicando técnicas de regulación emocional y activación conductual, se hará psicoeducación sobre la técnicas y objetivos de las mismas. Se le indica a B.T., deberá enlistar las emociones, teniendo en cuenta la dificultad de manejo para luego iniciar un proceso de discriminación emocional. Se indagará sobre que situaciones pueden desencadenar estas emociones, y cuáles son las diferentes formas de reaccionar emocionalmente ante tal situación, posteriormente se hará una revisión en la siguiente sesión sobre qué emociones pueden faltar de la lista y porqué las evita. Lo trabajado en la escritura de la lista, será la base para las siguientes sesiones.

Para la activación conductual, se identificarán y programarán actividades flexibles, en un orden jerárquico (10 actividades que se irán incorporando de manera gradual, dos por semana). Por ejemplo, ver televisión, hacer planes con su familia, hacer ejercicio u otras actividades

sencillas. De igual manera, se deja como tarea adicional, que realice un registro diario de pensamientos automáticos con el fin de que aprenda a identificar sus creencias irracionales.

Sesión 3

En esta sesión se brindará una breve explicación sobre que son las distorsiones cognitivas, cómo actúan, y cómo influyen en el estado de ánimo, para lograr una mayor comprensión por parte del paciente, se emplearán ejemplos de la vida diaria para que logre conectar con sus propias experiencias y así ayudar a regular o modificar el estilo de procesamiento de la información.

Es importante que aprenda a identificar las distorsiones cognitivas. Por ejemplo, si se siente por ejemplo triste, debe detenerse y preguntarse: ¿Qué pensamientos la llevaron a sentirse de esa manera? Para que logre identificar estas distorsiones, es importante que se busquen las emociones negativas y si el paciente tiene dificultad para identificarlas, le solicitaremos que se centre en los comportamientos. Con la práctica de este ejercicio se busca reconocer las situaciones en que las distorsiones cognitivas afectan el estado de ánimo y éstas a su vez afectan el comportamiento.

Sesión 4

Se iniciará un Entrenamiento en comunicación con los padres para fortalecer en la paciente la confianza en su núcleo primario de apoyo, mediante psicoeducación sobre pautas adecuadas de comunicación y discusión de las pautas de crianza ofrecidas en el hogar. Se trabajará en el cambio de esquemas disfuncionales por unos más adaptativos y en situaciones problemáticas graduadas en dificultad, tales como conversar sin recriminarse nada, organizar las tareas domésticas y manejar discusiones entre padres – hija.

Sesión 5

En esta sesión se brindará entrenamiento sobre respiración diafragmática, de modo que se dará una explicación sobre cómo la respiración constituye una forma de controlar la sobre activación de nuestro cuerpo, se le sugerirá al paciente practicar esta técnica, para ayudar a relajarse para poder manejar las situaciones estresantes. El manejo de la respiración consciente, permitirá trasladar y liberar la energía negativa en lugar de almacenarla en su cuerpo. Una recomendación importante, es ponerla en práctica de manera constante para lograr que se familiarice con esta forma de respirar para que pueda recurrir a ella en distintos momentos del día y hacer uso de ella cuando así lo requiera. Como tarea, B.T., deberá anotar el día y hora en que haga el ejercicio y rellenar el resto de casillas, evaluando los resultados de cada práctica entre 0 (nada) y 10 (máxima).

Una vez adquirido su dominio, dejará de anotar las prácticas en registros y empezará a utilizar la respiración diafragmática, para reducir la ansiedad y las sensaciones temidas, cuando aparezcan.

Sesión 6

En esta sesión trabajaremos con la técnica de exposición simbólica, donde se le brindará una breve contextualización sobre lo que queremos desarrollar, por consiguiente, se le explicará a B.T., que deberá tomar contacto con el estímulo o la situación temida que en este caso es socializar, lo cual no se hará de forma real sino mediante imágenes mentales o estímulos físicos auditivos, es decir, la paciente deberá visualizar el estímulo desagradable para reducir el miedo y ayudarlo a incrementar su autoeficacia en relación con el manejo del objeto temido, para pasar posteriormente a la exposición en vivo.

Sesión 7

En esta sesión se trabajarán dos técnicas, iniciando con la flecha descendente, donde se realizarán preguntas con el fin de identificar las creencias disfuncionales de la paciente y con la respuesta de cada pregunta se formulará otra hasta llegar a la respuesta final identificando y enfrentando la creencia disfuncional. De igual manera, se implementará la técnica de aceptación y compromiso, que se implementará por medio de metáforas como el asno y el granjero para invitarla a reflexionar sobre como los obstáculos que se presentan a lo largo de la vida, nos dejan enseñanzas y nos permiten crecer, de igual forma la metáfora del calor y la metáfora de la gárgola, estas dos últimas para detectar aquellos pensamientos distorsionados que aparecen comúnmente y que afectan el estado de ánimo.

Resultados Esperados

La evolución y resultados de la intervención serán evaluados por medio de la aplicación de entrevistas y pruebas psicotécnicas como, el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y demás instrumentos empleados en la evaluación inicial.

Se espera que la paciente logre disminuir el estado de ánimo depresivo y las respuestas de ansiedad, igualmente, se espera que refuerce su autoestima, logre mejorar sus habilidades para socializar y adquiera las herramientas necesarias para que pueda tener un mayor control de sus emociones a través del cambio de los pensamientos disfuncionales por unos más adaptativos, de esta manera se promoverá que logre tener una visión ajustada de la realidad y, por ende, mayor bienestar emocional.

Seguimiento

El número de sesiones para seguimiento, es tentativo, sujeto a la dinámica que se presente con B.T., una vez que termine el tratamiento, sin embargo, se propone una próxima sesión en un periodo de un mes y posteriormente, a los seis meses para verificar la evolución. Es importante resaltar que queda abierta la posibilidad de que se realicen encuentros ocasionales según la necesidad de la paciente, para la prevención de recaídas.

Discusión

El presente estudio se realiza con el objetivo de presentar el caso clínico de una adolescente con trastorno depresivo persistente (Distimia) de inicio temprano con episodios intermitentes de depresión mayor y episodios leves de ansiedad.

Se puede determinar que, para este caso, se propone un tratamiento basado en el modelo cognitivo-conductual, donde se emplearán diferentes técnicas cognitivas, técnicas de regulación emocional, técnicas conductuales, esperando obtener resultados positivos.

Tal y como lo menciona (Menárguez. V. A., 2016) en su intervención en el caso de una adolescente tardía con depresión, la terapia cognitiva muestra su eficacia y nos permite constatar que el tratamiento propuesto puede tener resultados exitosos. (Puerta Polo, 2011) destaca que “la TCC es un modelo que interviene con una mirada holística y biopsicosocial y se enfoca en reactivar al individuo y en procurarle para que pueda empezar su vida desde otro punto de vista, destacando su efectividad en el tratamiento de la depresión” (p.255). También es importante recalcar, que autores como (Mendez, 2002), respaldan la evidencia del modelo cognitivo-conductual como tratamiento psicológico para la depresión infantil y adolescente, puesto que, en su estudio, concluye que los pacientes donde se utilizó la terapia cognitivo-conductual

obtuvieron una respuesta al tratamiento más rápida y una tasa de recuperación más alta, concluyendo así, que este modelo permite obtener resultados favorables.

El presente estudio presenta algunas limitaciones, destacando entre ellas la imposibilidad de terminar el tratamiento por falta de disponibilidad de tiempo. Dejando a un lado dicha limitación, se concluye que, si logramos confirmar la eficacia del tratamiento planteado para B.T., los hallazgos, pueden ayudarnos a robustecer la evidencia disponible para la práctica clínica, logrando hacer un aporte a los terapeutas que llevan a cabo psicoterapia basada en la evidencia.

Referencias

- Aaron T. Beck, R. A. (s.f.). *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 5a. ed.* . Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A. T. (1988). *Inventario de Ansiedad (BAI)*. Journal of Consulting and Clinical Psychology.
- D'Arcy Lyness. (Mayo de 2013). *Trastornos de Ansiedad*. Obtenido de KIDSHEALTH:
<https://kidshealth.org/es/teens/anxiety.html>
- Espielberger, C. D. (1972). *ANXIETY Current Trends in Theory and Research Vol 11*. New York: Academic Press.
- Korman, G. P. (2011). *Modelos Teóricos y Clínicos Para la Conceptualización y Tratamiento de la Depresión. Subjetividad y Procesos Cognitivos*. Redalyc.org.
- Lujan, R. y. (1991). *Inventario de Pensamientos Automáticos*.
- M, H. (1959). *Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A)*.
- Martinez, A. C. (2010). *Pautas de Crianza y Desarrollo Socioafectivo en la Infancia*. Diversitas: Perspectivas en Psicología, 111-121.
- Mayo Clinic. (2021). *Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)*. Obtenido de Mayo Clinic.
- Menárguez. V. A., M. P. (2016). *Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía*. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes Vol. 3, N°. 1,, 45-52.
- Mendez, X. R.-M. (2002). *Tratamiento psicológico de la depresión infantil*. Psicología Conductual, 563-580.
- Morris Rosenberg. (1965). *Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)*.

Muñoz, R. F.-G. (2000). *Manual de terapia Individual para el tratamiento cognitivo conductual de depresión*. RAND.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Depresión*.

Pinto, B., & Alvarez, E. (2010). *Terapia Breve y Depresión infantil (Estudio de Caso)*. Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo", 8 (1), 87-106.

Puerta Polo, J. V. (2011). *Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte*. DUAZARY Vol 8. núm. 2, 251-257.

Wittchen HU, B. P. (1998). *Cuestionario de Screening de Ansiedad - ASQ-15*.