



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN BAJO EL ENFOQUE
RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL
EN ADOLESCENTE CON DISTIMIA
DESENCADENADA POR ENTORNO
FAMILIAR DISFUNCIONAL

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN PSICOLOGÍA

FLAVIA DEL PILAR VERME URBINA

LIMA – PERÚ

2022

MIEMBROS DEL JURADO

MG. ELENA ESTHER YAYA CASTAÑEDA

Presidente

MG. JORGE MANUEL MENDOZA CASTILLO

Vocal

MG. MARÍA ELENA APUMAYTA ROSAS

Secretaria

ASESOR DE TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

MG. BRIGITTE ANA LUCIA AGUILAR SALCEDO

DEDICATORIA

“Tener un lugar a donde ir, se llama Hogar. Tener personas a quien amar, se llama Familia, y tener ambas se llama Bendición”

-Papa Francisco I.

A mi mamá y a mi papá, por acompañarme, por ser mi mayor inspiración para terminar este trabajo, por motivarme, por enseñarme el valor de la familia, a dar sin recibir nada a cambio y ser agradecida, sobre todo por hacerme más fuerte cada día.

A mis hermanos, porque juntos somos capaces de afrontar cualquier adversidad que nos pone la vida, sobre todo por el apoyo incondicional durante este proceso.

A mis mascotas por distraerme en mis momentos de frustración y alegrarme todos los días.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios y a la Virgen, por permitirme gozar de mi familia.

Gracias a mi papá por ayudarme y demostrarme que en la vida todo es posible, costará trabajo, pero se logrará.

Gracias a mi mamá, porque en momentos de frustración, de tirar la toalla, siempre me dijo: “Tú puedes, ya te conozco, lo estás haciendo bien”.

Gracias a los dos, papá y mamá por permitirme estudiar. Gracias a ustedes puedo ser profesional.

Gracias a Américo, porque como hermano mayor, siempre me motivó a conseguir mis metas.

Gracias a Ximena, porque con sus ocurrencias siempre me genera alegría, por acompañarme, por hacer de nuestro lugar secreto un lugar mágico.

Gracias a mi asesora, Mg. Brigitte Ana Lucia Aguilar Salcedo, por su apoyo incondicional, por darme ese empujoncito que necesitaba para avanzar el trabajo, por aconsejarme y motivarme a salir adelante.

Gracias a mi casa de estudios, UPCH, por brindarme la oportunidad de ser profesional, gracias por todas las herramientas y competencias brindadas.

Gracias a mis amigos, porque con sus palabras de fortaleza y motivación hicieron que pueda afrontar todas las dificultades que se han venido presentado.

Gracias a todas las personas que rezaron por la salud de mis papás y por nosotros, sus hijos, para que seamos más fuertes cada día.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO.	4
1. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN	4
1.1. <i>VISIÓN</i>	4
1.2. <i>MISIÓN</i>	4
1.3. <i>OBJETIVOS INSTITUCIONALES</i>	5
1.4. <i>VALORES</i>	5
1.5. <i>FODA</i>	6
1.6. <i>UBICACIÓN</i>	7
1.7. <i>BREVE RESEÑA DE LA INSTITUCIÓN</i>	7
2. PUESTO DESEMPEÑADO.....	8
2.1. <i>NOMBRE DEL PUESTO</i>	8
2.2. <i>PRINCIPALES FUNCIONES</i>	8
2.3. <i>JEFE INMEDIATO</i>	9
2.4. <i>ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCIÓN</i>	10
2.5. <i>PROYECTO PROFESIONAL REALIZADO</i>	11
2.6. <i>DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO</i>	14
3. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....	14

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	15
1. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL (TREC)	15
<i>1.1. DEFINICIÓN</i>	<i>15</i>
<i>1.2. TÉCNICAS DE LA TREC</i>	<i>16</i>
2. DEPRESIÓN	18
2.1. DISTIMIA	19
3. FAMILIA DISFUNCIONAL	30
<i>3.1. TIPOS DE FAMILIAS DISFUNCIONALES.....</i>	<i>32</i>
<i>3.2. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA DISFUNCIONAL</i>	<i>33</i>
<i>3.3. CONSECUENCIAS DE LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES ..</i>	<i>35</i>
4. ADOLESCENCIA	37
<i>4.1. LA ADOLESCENCIA TARDÍA.....</i>	<i>37</i>
5. MODELOS TEÓRICOS	38
<i>5.1. MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN.....</i>	<i>38</i>
<i>5.2. TEORÍA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN OLSON</i>	<i>41</i>
<i>5.3. TEORÍA PSICOSOCIAL DE ERICK ERICKSON.....</i>	<i>42</i>
6. INVESTIGACIONES.....	43
<i>6.1. INVESTIGACIONES NACIONALES</i>	<i>43</i>
<i>6.2. INVESTIGACIONES INTERNACIONALES</i>	<i>45</i>
CAPITULO III: METODOLOGÍA	48
1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	48
<i>1.1. PROBLEMÁTICA DE ESTUDIO</i>	<i>48</i>
<i>1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA</i>	<i>50</i>

2. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DE LA PROBLEMÁTICA	51
.....
<i>2.1. LISTA DE INSTRUMENTOS EMPLEADOS</i>	51
3. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN	54
4. DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA: REPORTE	55
<i>4.1. OBSERVACIÓN</i>	55
<i>4.2. RESUMEN DE ANAMNESIS</i>	56
<i>4.3. PRUEBAS PSICOLÓGICAS</i>	58
<i>4.4. CARACTERÍSTICAS DE LE PERSONALIDAD</i>	62
<i>4.5. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA</i>	62
<i>4.6. RECOMENDACIONES</i>	64
PARA LA ADOLESCENTE:	64
5. INTERVENCIÓN	65
<i>5.1. PROBLEMA DELIMITADO</i>	65
<i>5.2. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN</i>	66
<i>5.3. TÉCNICAS</i>	66
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	85
1. RESULTADOS	85
<i>1.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS HALLADOS</i>	85
<i>1.2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS CON FUENTES</i>	101
2. REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA	112
<i>2.1. LIMITACIONES ENCONTRADAS EN EL PROCESO DE LA INTERVENCIÓN</i>	112
<i>2.2. IMPACTO EN LA INSTITUCIÓN CON LOS RESULTADOS HALLADOS</i>	113

2.3. APORTE EN EL ÁREA PSICOLÓGICA Y EN EL CONTEXTO.....	114
2.4. DEMANDAS PROFESIONALES REQUERIDAS Y CAPACITACIÓN TÉCNICA	116
2.5. AUTOEVALUACIÓN Y AUTOCRÍTICA PERSONAL E INSTITUCIONAL	116
RECOMENDACIONES.....	119
CONCLUSIONES.....	121
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Análisis FODA</i>	6
Tabla 2 <i>Cronograma de actividades del plan de trabajo</i>	13
Tabla 3 <i>Resultados de la Escala de Autoevaluación de la Depresión (EAD)</i>	58
Tabla 4 <i>Resultados de la Escala de la Bienestar Psicológico SPWB de Carol Ryff</i>	59
Tabla 5 <i>Resultados del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI)</i>	60
Tabla 6 <i>Síntomas de Distimia según CIE-10</i>	63
Tabla 7 <i>Cronograma de Trabajo/Plan de Intervención con la consultante</i>	73
Tabla 8 <i>Cronograma de Trabajo/Plan de Intervención con la progenitora</i>	79
Tabla 10 <i>Integración de objetivos, indicadores y monitoreo</i>	82
Tabla 10 <i>Resultados de la guía de entrevista semi-estructurada</i>	85

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 <i>Organigrama de la Institución</i>	10
Figura 2 <i>Procedimiento de la Evaluación</i>	55
Figura 3 <i>Resultados de la Escala de Autoevaluación de Depresión (EAD)</i>	89
Figura 4 <i>Resultados de la Escala de Bienestar Psicológico de Carol d. Ryff.</i>	90
Figura 5 <i>Resultados del Diario Emocional de la Tristeza e Ira</i>	92
Figura 6 <i>Resultados de Lista de Cotejo de Estrategias empleadas</i>	93
Figura 7 <i>Resultado de Ficha de registro de Fortalezas y Debilidades</i>	95
Figura 8 <i>Resultados de Lista de Pensamientos</i>	96
Figura 9 <i>Resultados de alternativas de solución por caso</i>	97
Figura 10 <i>Resultados de Lista de cotejo de síntomas</i>	99
Figura 11 <i>Resultados del uso de comunicación asertiva y escucha activa por parte de la madre</i>	100

RESUMEN

La finalidad del presente Trabajo de Suficiencia Profesional es evidenciar las capacidades teórico-prácticas para evaluar, identificar la problemática e intervenir, sistematizando la experiencia laboral en un estudio de caso de una adolescente de 15 años. Se planteó como objetivo general: Desarrollar recursos psicológicos que mejoren el estado emocional de la consultante a través de la Terapia Racional Emotiva Conductual. Así mismo, como objetivos específicos: Desarrollar la capacidad para identificar y manejar las emociones, incrementar la autoaceptación de sus fortalezas y debilidades, desarrollar la capacidad para la identificación y modificación de distorsiones cognitivas, fortalecer la capacidad de solución de conflictos y brindar psicoeducación a la progenitora. El proceso de intervención estuvo conformado por 18 sesiones virtuales que fueron realizadas bajo el enfoque Racional Emotivo Conductual. Los resultados fueron monitoreados a través de una evaluación inicial y final de la escala de autoevaluación de depresión, ficha de registro de fortalezas y debilidades, lista de cotejo, diario de tristeza e ira, ficha de registro de pensamientos, y entrevista. Se concluye que, al término de la intervención, la consultante desarrolla recursos psicológicos, por lo que mejora su estado emocional, así como también, logra identificar, analizar y manejar las emociones de tristeza e ira; asimismo, consigue modificar sus pensamientos irracionales por otros racionales, además de desarrollar habilidades para la solución de problemas e incrementa el reconocimiento de sus capacidades. Sin embargo, no se alcanzan resultados favorables en la intervención con la progenitora generados por la inasistencia a las intervenciones.

Palabras claves: TREC, distimia, adolescencia, creencias irracionales.

ABSTRACT

The purpose of this Professional Sufficiency Work is to demonstrate the theoretical-practical abilities to evaluate, identify the problem and intervene, systematizing the work experience on a case study in a 15-year-old adolescent. The general objective was raised: Develop psychological resources that improve the emotional state of the consultant through Rational Emotive Behavioral Therapy. Likewise, as specific objectives: Develop the ability to identify and manage emotions, increase self-acceptance of their strengths and weaknesses, develop the ability to identify and modify cognitive distortions, strengthen the ability to resolve conflicts, and provide psychoeducation to the parent. The intervention process consisted of 18 virtual sessions that were carried out under the Rational Emotive Behavioral approach. Results were monitored through an initial and final evaluation of the depression self-assessment scale, strengths and weaknesses record sheet, checklist, sadness and anger diary, thoughts record sheet, and interview. It is concluded that, at the end of the intervention, the consultant develops psychological resources, thus improving her emotional state, as well as being able to identify, analyze and manage the emotions of sadness and anger; likewise, being able to modify her irrational thoughts for other rational ones, as well as developing skills for problem solving and increases the recognition of her abilities. However, favorable results are not achieved in the intervention with the parent, generated by her absence to interventions.

Keywords: REBT, dysthymia, adolescence, irrational beliefs.

INTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad común en nuestro contexto, más aún por las consecuencias derivadas de la actual emergencia sanitaria. Esta se puede presentar en el sujeto de manera leve, moderada y grave, siendo esta última la que interfiere en la vida diaria del sujeto, repercutiendo sobre su capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. Asimismo, se sabe que es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), la depresión es la segunda causa principal de discapacidad que aqueja a más de 300 millones de personas. Tiende a ser recurrente en adolescentes, ya que afecta principalmente a jóvenes entre los 15 y 19 años, una población vulnerable que posee una mayor disposición al suicidio. Aparte de lo mencionado, es necesario tomar en cuenta que la adolescencia se caracteriza por una continua presencia de cambios físicos, cognitivos y sociales, experimentados en un período breve de tiempo o, en el peor de los casos, de larga duración, que se convierten en un factor de vulnerabilidad para quien lo padece. La evidencia empírica muestra que, aunque con frecuencia los primeros episodios de depresión se inician en la adolescencia media o tardía, estos pueden comenzar en etapas previas y convertirse en un factor de riesgo de cronicidad, que podría conducir a un deterioro funcional, tanto a corto como a largo plazo.

Por otro lado, Goena y Molero (2019) manifiestan que, a diferencia de las depresiones mayores, la distimia es un trastorno de depresión continua y de larga duración que se inicia frecuentemente en la niñez, la adolescencia o la juventud, donde, de acuerdo al CIE-10, el tiempo de persistencia es de mínimo 1 año y en el

caso de los adultos de 2 años. Asimismo, Mantilla et al. (2017) señalan que los factores que predisponen dicho trastorno son la disfuncionalidad familiar, antecedentes familiares, pérdida de un ser querido, problemas escolares, sociales, entre otros.

A pesar de toda esta información, y porque ocurre lo mismo en el caso de los adultos, se sabe que muchos jóvenes adolescentes, tanto hombres como mujeres, presentan este problema, y no son detectados ni debidamente derivados a los servicios de salud correspondientes; por lo tanto, no reciben el diagnóstico ni el tratamiento adecuados. Por estas razones, requieren de una intervención no solo temprana de este tipo de diagnóstico, sino también eficaz, que demuestre cambios significativos en el consultante a lo largo de su vida, y que tenga resultados medibles. Bajo estas premisas, la Terapia Racional Emotiva Conductual es la que evidencia mayores resultados empíricos para el tratamiento de la depresión, ya que interviene principalmente en la modificación y reestructuración de los pensamientos distorsionados por otros más adaptativos, lográndose así que el consultante se adapte a su medio y a las demandas de este (Moreno, Méndez, y Sánchez, 2018). Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, el presente estudio de caso está basado en una intervención bajo el modelo racional emotivo conductual y tiene como objetivo principal desarrollar recursos psicológicos que mejoren el estado emocional de la consultante a través de la Terapia Racional Emotiva Conductual. De este modo, el presente estudio de caso se divide en 4 capítulos, los cuales detallaremos a continuación.

En el Capítulo I se describen los aspectos importantes de la institución donde se ha llevado a cabo el abordaje, teniendo en cuenta su misión, visión,

objetivos, análisis FODA, el personal que lo compone, las técnicas y su cronograma de actividades. En el Capítulo II, se expone el marco teórico con respecto a la distimia, la TREC y los antecedentes nacionales e internacionales. En el Capítulo III se presenta la observación, la anamnesis, los instrumentos de medición, las técnicas empleadas en el abordaje del caso, conclusión diagnóstica y el plan de intervención. En el Capítulo IV se desarrolla el resultado en cuanto a los indicadores de logro y el análisis, con la interpretación de los principales resultados, con base en los objetivos planteados, así como la discusión, comparándolos con los antecedentes de estudio. Finalmente, se proponen recomendaciones y conclusiones desde la perspectiva psicológica y también multidisciplinaria para mantener un trabajo futuro en conjunto.

CAPÍTULO I. EXPERIENCIA PROFESIONAL Y CONTEXTO.

1. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

La institución en la que se aborda el presente caso de estudio es una entidad privada, especializada en brindar orientación, asesoría e intervención a personas que presentan dificultades durante las etapas de desarrollo. Fue fundada en el año 2020 con la finalidad de incrementar el número de especialistas y así poder ayudar a una mayor población. Cuenta con un equipo integral de profesionales entre psicólogos, psiquiatras, neuropsicólogos, psicopedagogos, terapeutas de lenguaje, especialistas en psicomotricidad, especialistas en dificultades de aprendizaje, especialista en educación especial y asesores familiares.

A continuación, se presentan los siguientes aspectos del centro:

1.1. Visión

El Centro Especializado tiene como visión convertirse en una institución con reconocimiento y alcance nacional e internacional en acciones de prevención, atención, intervención, acompañamiento y docencia en las áreas de su competencia, respaldadas por la calidad de nuestros profesionales, nuestros resultados y nuestros pilares.

1.2. Misión

Como centro especializado nuestra misión es brindar orientación y asesoría a instituciones educativas, familias y empresas en los ámbitos de educación y psicología para prevenir, evaluar, diagnosticar, intervenir y acompañar las dificultades y necesidades que se presentan en las áreas de desarrollo de la persona

(cognitiva, lenguaje, social, emocional, motriz) con la finalidad de prepararla para la vida, a través de atenciones individuales, capacitaciones y programas grupales.

1.3. Objetivos Institucionales

Objetivo General

- Brindar atención psicológica especializada en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de niños, adolescentes y adultos que acudan al Centro Especializado.

Objetivos Específicos

- Establecer una red de apoyo a los consultantes para así generar un soporte emocional.
- Generar conciencia de la importancia de la salud mental en los consultantes y familiares.
- Brindar capacitaciones a los profesionales para mejorar la calidad de la atención e incrementar el desarrollo de sus competencias.
- Garantizar un plan de marketing para captación y fidelización de consultantes.
- Brindar talleres gratuitos a la comunidad, para difundir información clave sobre la problemática actual.

1.4. Valores

El centro especializado trabaja bajo los siguientes valores:

- Bienestar
- Optimismo
- Buen humor

- Compromiso
- Felicidad

1.5. FODA

Tabla 1

Análisis de FODA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
1. Equipo multidisciplinario.	1. Limitada capacidad financiera.
2. Profesionales calificados y con amplia experiencia laboral.	2. Redes de comunicación débiles entre los diversos profesionales
3. Ambientes que cumplen con los protocolos de bioseguridad indicados por el Ministerio de Salud.	3. Falta de iniciativa para innovar actividades virtuales.
4. Diseño y creación de material didáctico de acuerdo con las necesidades del consultante.	4. Ausencia de flujograma de atención.
5. Inversión en recursos virtuales para la difusión de talleres y conferencias.	5. Ausencia de recursos bibliográficos y material psicológico.
6. Capacitación constante al profesional.	6. Personal administrativo con poco compromiso institucional.
7. Profesionales con disponibilidad de tiempo para una mayor capacidad de atención.	

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
1. Creciente demanda de la Salud Mental en el Perú.	1. Apertura de centros de Salud Mental en zonas aledañas.
2. Fidelización de consultantes por el tipo de atención y costo.	2. Inestabilidad política y económica del país.
3. Recomendación de consultantes satisfechos.	3. Falta de compromiso de los consultantes.
4. Alianzas estratégicas con instituciones de Salud Mental y Educativas.	4. Extensión de la emergencia sanitaria en el Perú.
5. Reconocimiento de especialistas en el mercado.	5. Falta de concientización y sensibilización sobre la Salud Mental por parte del Estado.

1.6. Ubicación

El centro se encuentra ubicado en el distrito de Santiago de Surco; en los alrededores se encuentra un supermercado, un casino y la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU). La calle en la cual se encuentra ubicado el centro es constantemente transitada, ya que cuenta con un parque y es aledaña a la Universidad Ricardo Palma.

1.7. Breve reseña de la institución

El centro fue creado en el año 2020, iniciando con las especialidades de Neuropsicología, Psicología, Psicopedagogía y Terapia de Lenguaje. Conforme pasaban los meses y debido a la alta demanda de consultantes, se amplió la capacidad de especialistas, involucrando así a Psiquiatras, Especialistas en Psicomotricidad y Expertos en Asesoría Familiar. En cuanto al área de psicología, actualmente, las intervenciones psicológicas no solo se basan en el enfoque

Racional Emotivo Conductual, sino también en el Cognitivo Conductual y Dialéctica Conductual. El objetivo principal del centro es promover el bienestar integral de la persona, así como la aceptación de uno mismo y de los demás, incentivar la actitud optimista hacia la vida, buscando la felicidad en cada cosa que se hace. De igual manera, atender y acompañar las necesidades de cada consultante, permitiéndoles identificar, valorar sus talentos, fortalezas y aspectos por mejorar, con el fin de que tengan una vida sana y saludable, a través de atenciones individuales, capacitaciones y programas grupales.

2. PUESTO DESEMPEÑADO

2.1. Nombre del puesto

Psicóloga Junior o Asistente de Psicología.

Es importante señalar que el centro denomina a los profesionales de acuerdo con el grado de estudio obtenido. En cuanto a los Psicólogos Junior, hacen referencia a los psicólogos con grado de Bachiller, los cuales son supervisados por un Licenciado en Psicología, habilitado y colegiado.

2.2. Principales Funciones

- Orientación y Consejería sobre el diagnóstico, tratamiento y evolución del consultante.
- Intervención terapéutica, donde se brinda terapia Racional Emotiva y Cognitiva Conductual bajo supervisión, en consultantes con familias disfuncionales, adolescentes con ansiedad o depresión y problemas de aprendizaje.

- Psicoeducación a los consultantes y familiares sobre las problemáticas que presentan, por ejemplo, comunicación asertiva, escucha activa, etc.
- Participación en talleres, charlas informativas, campañas de evaluación y reuniones laborales.
- Elaboración de material informativo que se publica en las redes sociales como: crianza positiva, síndrome de burnout, distimia, ansiedad, etc.
- Elaboración de material que se requiera en los talleres, programas y charlas informativas.
- Evaluación y corrección de pruebas; se hace uso de pruebas psicométricas y proyectivas.
- Desarrollo y ejecución de programas preventivos promocionales desde la virtualidad, dirigidos a madres de familia, para potenciar la crianza positiva, así como también al público en general interesado en temas de duelo y depresión.
- Elaboración de informes de los talleres, programas, campañas de evaluación y charlas realizadas.
- Ejecución de informes psicológicos con supervisión.

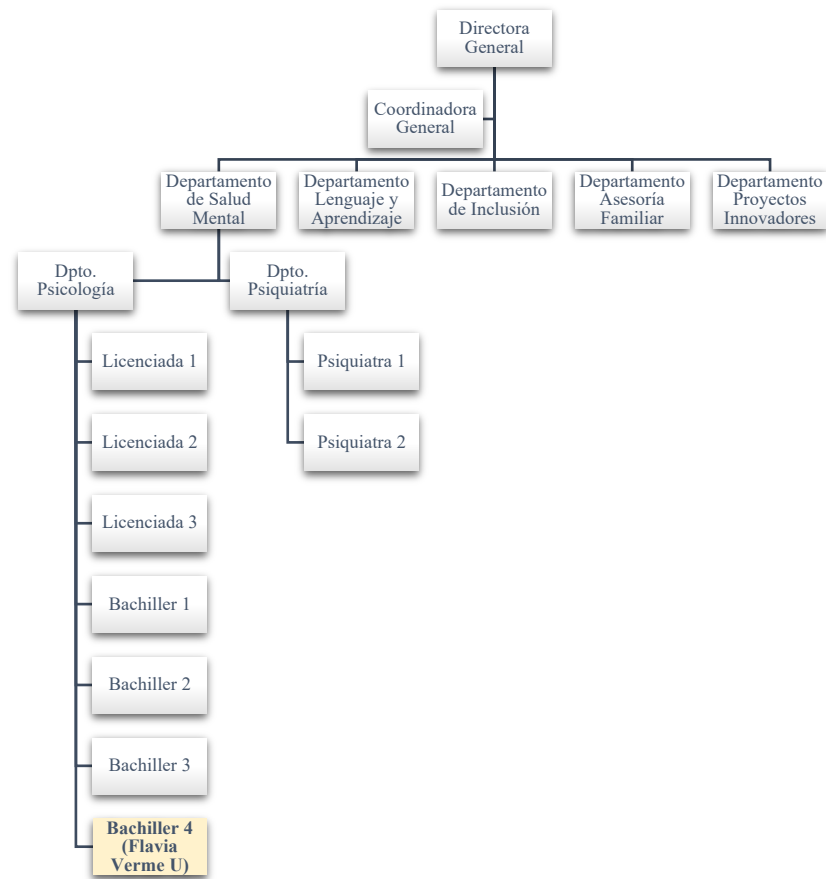
2.3. Jefe Inmediato

M. C. A. – Directora General.

2.4. Organigrama de la Institución

Figura 1

Organigrama de la Institución



2.5. Proyecto Profesional Realizado

2.5.1. Actividades Generales

a. Atención psicológica a consultantes

Atención psicológica a consultantes con familias disfuncionales, adolescentes con ansiedad, depresión y problemas de aprendizaje. Elaboración de informes de progreso y evaluación psicológica.

b. Elaboración y ejecución de talleres

Cada mes se programa, estructura y ejecuta 5 talleres para trabajar habilidades sociales en niños y adolescentes, sujetos a cambio según las necesidades.

c. Seguimiento y reportes

Cada 10 sesiones se emite un reporte y se lleva a cabo una sesión de feedback con los padres de familia, para que tengan conocimiento del avance de sus hijos.

d. Investigación

En el Centro Especializado no se realizan investigaciones. Sin embargo, para la atención de consultantes se realizan búsquedas bibliográficas sobre temas como: ansiedad, estrés, disfuncionalidad familiar, duelo y temas de salud mental.

e. Aporte a la comunidad

Atención a casos sociales en los que se realiza una evaluación y se les brinda 15 sesiones de intervención psicológica, de acuerdo con las necesidades del consultante. De igual manera, cada 3 meses se realizan campañas de intervención, dirigidas a la población de bajos recursos.

2.5.2. Recursos

a. Recursos Humanos

- 8 profesionales de Psicología.
- 2 Psiquiatras
- 1 Neuropsicóloga
- 2 Psicopedagogas
- 3 expertas en Asesoría Familiar
- 2 especialistas en Psicomotricidad y Acompañamiento en la crianza inicial
- 2 expertas en acompañamiento Pedagógico Especializado
- 4 especialistas en Trastornos de Comunicación, Habla y Lenguaje

b. Recursos Materiales

- Laptop
- Pruebas Proyectivas
- Pruebas Psicométricas
- 2 consultorios
- Hojas Bond
- Colores
- Material lúdico
- Impresora
- Material de bioseguridad

2.5.3. Cronograma de Actividades

Tabla 2

Cronograma de actividades del plan de trabajo.

ACTIVIDADES	PERIODO DE TRABAJO DEL AÑO 2021											
	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	
Atención psicológica a consultantes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboración y ejecución de talleres	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Seguimiento y reportes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Investigación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aportes a la comunidad	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2.6. Descripción del área de trabajo

El Centro Especializado es una empresa mediana, con un equipo amplio de profesionales. Cuenta con un consultorio amplio, decorado con diseños y juegos para niños; asimismo, tiene un escritorio y una mesa acorde al tamaño de los niños, impresora, televisor, un closet con material y juegos para menores. De la misma manera, cuenta con un segundo consultorio para adolescentes y adultos que está ambientado con escritorio y computadora, y decorado con libros y materiales lúdicos.

3. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de suficiencia profesional tiene como línea de investigación el “Bienestar Psicológico y Salud Mental”, ya que investiga los factores emocionales y de salud mental que regulan el bienestar psicológico (UICIT de la FAPSI, 2021).

De esta manera, el presente estudio de caso busca intervenir sobre los factores emocionales y de la salud mental, que son esenciales para el desarrollo y desenvolvimiento de la consultante. Además, esta intervención le permitirá incrementar su bienestar psicológico y mejorar su calidad de vida.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

1. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL (TREC)

1.1. Definición

Esta terapia fue creada por Albert Ellis entre 1955 y 1960, y es una de las más sobresalientes y utilizadas en la actualidad en las terapias psicológicas, desde los inicios de la década de 1980. La TREC hace uso de conjeturas formadas no solo sobre la naturaleza compleja y cambiante de la vida humana, sino también como las personas ven a sí mismas su vida y los diferentes eventos que en esta ocurren.

Ellis (1997, como se cita en Ferrero, 2021) respalda la idea que las cogniciones, las emociones y el comportamiento no son funciones separadas, sino que están compuestas interior y holísticamente; es decir, estas se encuentran interrelacionadas. Por lo tanto, esta terapia se ajusta a la cognición del consultante; además, considera las emociones del consultante como fundamentales, ya que se utilizarán para que la persona pueda superar los problemas que presenta, así como también logre controlarse a sí misma, cada vez que tengan que lidiar con sus propias frustraciones. Hay que tomar en cuenta también que aun las personas con una adecuada salud mental pueden llegar a experimentar de forma natural emociones negativas; por ejemplo, la frustración desencadenada ante la percepción del fracaso. Sin embargo, la terapia TREC afirma que las emociones son productos que, en forma de pensamientos o rutinas, provendrán de estímulos que el consultante recibirá e interpretará como incómodas y/o desagradables.

En su proposición básica, Ellis (1997) manifiesta que una gran parte de las personas van construyendo el camino de su vida razonando y actuando, basados en sus sistemas de valores y creencias individuales. Dicho de otra manera, los

individuos no responden ni emocionalmente ni conductualmente a las situaciones por las que atraviesa a lo largo de su vida, sino que crean sus propias obstinaciones, en la medida que interpretan y valoran dichos eventos (como se citó en Lega, 2017).

1.2. Técnicas de la TREC

Según Ellis (1997, como se cita en Ferrero, 2021) y la TREC presenta varias técnicas, de las cuales las primeras 7 son aplicadas para la sintomatología depresiva, a saber:

a. Técnica del A-B-C

Esta es una estrategia que consiste en enseñar al consultante el modelo A-B-C; es decir, se le explica que determinados hechos activadores (A) son mediados por creencias o pensamientos (B), los cuales a su vez desencadenan ciertas consecuencias (C), que serán de tipo emocional o de conducta. Además, el consultante tiene que aprender que no hay en realidad una relación directa entre los hechos activadores (A) y las consecuencias (C), sino más bien que entre estos dos existen creencias y pensamientos mediadores (B), los cuales serán los verdaderos desencadenantes de las consecuencias emocionales o de conducta (C). Finalmente, se le enseña al consultante que dichas consecuencias (C) pueden volverse en sí mismas nuevos hechos activadores (A) de una reacción en cadena con nuevas creencias y pensamientos (B) y nuevas emociones y conductas (C), es decir una secuencia $(A)(B)(C) \rightarrow (A)(B)(C)$. Una vez realizado esto, el consultante debe generar autoregistros, basados en su esquema ABC personal diario, el cual permitirá detectar qué tipo de pensamientos tiene; esto, eventualmente, ayudará a identificar sus creencias irracionales o, vale decir, los pensamientos más absolutos

de sí mismo y del mundo que lo rodea. Finalmente, le facilitará percatarse de que estos son lo que le producen emociones negativas, independientemente de lo que le pase en realidad.

b. El debate filosófico

Consiste en lograr que el consultante substituya creencias irracionales por otras que sean racionales. Para esto, en primer lugar, se ayuda al consultante a identificar creencias que no sean racionales en él. En segundo lugar, se hace pasar al consultante por un proceso de debate, para que se convenza de que dichas creencias irracionales son falsas. Para terminar, se estimula al consultante a generar nuevos conocimientos y creencias racionales que puedan reemplazar a aquellas identificadas como irracionales.

c. Imaginación racional emotiva

Consiste en hacer que un consultante ejercite la práctica del “como si” a fin de que pueda lograr lo que desea. Esta práctica mental no solo es segura, sino que ayuda a la corrección de errores cometidos en el pasado, al mejoramiento de situaciones pasadas, al control de las emociones y a la recuperación de la confianza propia.

d. Autoanálisis racional

Consiste en convencer a un consultante que sus problemas tienen un efecto negativo en su cognición, emociones, y condición física; además, también guiarlos sobre qué cambios a nivel racional debe y puede llevar a cabo para vivir más feliz.

e. Imaginación terapéutica e imaginación aversiva

Es una técnica que consiste en explorar aquellas cosas que hacen que un consultante sienta temor o fobia, a fin de que pueda eliminarlas, como también prepararlo para experimentar cosas que por temor al fracaso no había intentado antes.

f. Reestructuración racional sistemática

Consiste en desarrollar habilidades de enfrentamiento y manejo de situaciones problemáticas que puedan ser utilizadas en eventos perturbadores.

g. Debatir creencias irracionales

Se busca entablar discusiones con el consultante sobre la verdad de las ideas que este puede tener sobre sí mismo, los demás y el mundo.

h. Reforzar el pensamiento racional

Tiene como finalidad enseñarle al consultante que cada conducta positiva podemos reforzarla de manera intrínseca o extrínseca, en la que, si el consultante logra controlar sus pensamientos, se le invita a que pueda reforzarlos de manera positiva con actividades de su interés o que encuentre gratificantes.

2. DEPRESIÓN

La depresión implica la alteración del estado del ánimo, la cual afecta el interés por desarrollar actividades, así como disfrutarlas; también se caracteriza por un frecuente agotamiento exagerado. De acuerdo con la sintomatología y la gravedad que este trastorno puede desencadenar, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10,2018), las enmarca dentro de 6 grupos, de la siguiente manera: F30: Episodio

Maniaco, F31: Trastorno Afectivo Bipolar; F32: Episodio Depresivo; F33: Episodio Depresivo Recurrente; F34: Trastorno del Humor Persistentes; F38: Otros Trastornos del Humor. Cada uno de estos trastornos afecta significativamente las áreas personal, académica y profesional del individuo.

El tercer grupo se centra en clasificar los niveles de la depresión en leve, moderado y grave, en los cuales el individuo no disfruta de sus actividades por la disminución del ánimo, e incluye los siguientes trastornos: F32:0 Episodio depresivo leve, F32:1 Episodio depresivo moderado, F32:2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, F32:3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, F32:8 Otros episodios depresivos y F32:9 Episodio depresivo, no especificado.

Por otro lado, en el quinto grupo, el estado del humor no llega a ser grave, para que sean etiquetados como hipomaníacos, ni como leves. Asimismo, este grupo comprende los siguientes trastornos: F34:0 Ciclotimia, F34:1 Distimia (trastorno depresivo persistente), y F34:8 Otros trastornos del humor [afectivos] persistentes.

Sin embargo, este estudio en particular se enfoca en el grupo F34: Trastornos del humor [afectivos] persistentes, en el cual la consultante cumplía específicamente con los criterios de diagnóstico de la Distimia (F34.1).

2.1. DISTIMIA

2.1.1. Historia

James Kocsis, en los años 70, usó por primera vez el término *dysthymia*, el cual proviene del griego y significa estado anímico defectuoso o enfermo (Zúñiga et al., 2005 citado por Pontet, 2019). Asimismo, el DSM-II lo utilizó como un

término sustituto a lo que se conocía como depresión neurótica; además, se empleó con la finalidad de separar a la depresión crónica con menor gravedad de la depresión mayor (Goena y Molero, 2019).

Pasado los años, surge la 5ta edición del DSM, donde la distimia pasó a nombrarse como trastorno depresivo persistente, en el que se incluyó al trastorno distímico y al depresivo mayor crónico del DSM-4, es decir, hablar de cualquiera de los dos términos mencionados hará referencia a lo mismo (Uher, 2014 citado por Pontet, 2019).

2.1.2. Definición

Pontet, J. (2019) señala que la distimia es una alteración del estado de ánimo impregnado de un profundo pesimismo, denominado también humor depresivo. Esta tiene por características la cronicidad, la fluctuación ocasional, a un grado que, a pesar de que sea mínimo, puede ser el causante de malestares clínicos severos. Mientras que el DSM-4 provee un desarrollo independiente, tanto al trastorno de depresión mayor crónico como a la distimia, el DSM-5 los incluye dentro del trastorno depresivo persistente, el cual tiene por característica una persistencia de no menos de un año en niños y adolescentes, y de dos años en el caso de adultos.

Asimismo, Goena y Molero (2020) consideran que los episodios depresivos de la distimia no llegan a tener una gran severidad; se sabe que pueden llegar a tener una duración de varios años. Sin embargo, es importante subrayar que no es necesario que estos sean largos, para que el paciente tenga un diagnóstico de episodio de depresión de nivel moderado o incluso grave. Los individuos distímicos tienen como característica la manifestación de sentimientos de ansiedad, desesperanza, y tristeza de mucha persistencia, lo cual es también indicativo de una

autoestima baja. A nivel de funciones cognitivas, estos síntomas pueden afectar las capacidades para la concentración, la reflexión, y la toma de decisiones. A nivel de funciones físicas, se pueden manifestar en forma de cansancio, alteraciones del sueño (dormir en exceso o despertar en medio de la noche), o alteraciones tanto en el apetito como en el peso, a consecuencia de alimentación excesiva o insuficiente.

A pesar de que la distimia puede presentar cambios confusos con relación a los factores del ambiente, se le entiende generalmente como un tipo de estado depresivo de desarrollo crónico, el cual manifiesta un humor alterado. Adicionalmente, no llega a presentar la sintomatología de la depresión mayor; no obstante, sí pueden aparecer manifestaciones propias de la neurosis, tales como pensamientos obsesivos, fobias, ansiedad, e hipocondría. Sin embargo, estas particularidades generan una mala definición del cuadro clínico pues podría producir una confusión sobre las características. Por lo tanto, un cuadro clínico como el definido inicialmente puede ser objeto de cambios, con el paso del tiempo, lo cual puede hacer que el diagnóstico se torne un poco menos complicado. Finalmente, se sabe que con relación a los trastornos de la depresión, el género es un factor que establece diferencias significativas; por ejemplo, las mujeres siempre son las más afectadas por los trastornos depresivos, causándoles una mayor discapacidad; y es a partir de aquí que la distimia tiene mayor incidencia en el sexo femenino, que la que se le asocia al sexo masculino (García, 2019).

2.1.3. Epidemiología

Goena y Molero (2019) señalan que, desde la perspectiva epidemiológica, la distimia es un trastorno habitual dentro de la práctica clínica, la cual presenta una prevalencia porcentual calculada entre el 3% y 6% en el curso de la vida de los

individuos. Mientras la distimia en los Estados Unidos de América alcanza una prevalencia al año del 0.5%, el trastorno de depresión mayor crónico alcanza el 1.5%, y afecta con mayor frecuencia a las mujeres.

Tovar (2017) menciona que el 5% de la población de Latinoamérica y el Caribe padecen de depresión, y el 1,7% presenta distimia; además, estos trastornos suelen ser más comunes en las mujeres que en los hombres, un promedio de dos a cuatro de cada diez mujeres.

Por otro lado, Goena y Molero (2019) manifiestan que la comorbilidad relacionada con el exceso de sustancias, el trastorno de ansiedad, del ánimo y de depresión mayor es ampliamente conocida. En relación con los rasgos del carácter y de la personalidad de los individuos, se presenta un mayor número de casos de distimia en aquellos individuos con alteraciones de personalidad tipo clúster B y C (los primeros son impredecibles, inestables e impulsivos, mientras que los segundos son dependientes, evitativos y obsesivo-compulsivos). Los pronósticos más desalentadores suelen estar vinculados con aquellos individuos con un mayor nivel de neurosis (afectividad negativa).

2.1.4. Factores de Riesgo

2.1.4.1. Factores Biológicos

Existen varias hipótesis acerca de los factores en las bases biológicas de los diversos niveles de depresión. Sin embargo, la hipótesis aminérgica, que indica la insuficiencia en el sistema nervioso central de noradrenalina, serotonina y dopamina, podría ser el origen de depresión. Asimismo, la evidencia científica revela que las personas que padecen de depresión presentan irregularidades en las zonas de la amígdala, el estriado ventral, en el hipocampo, etc. Por lo que estas

anormalidades de interconectividad entre dichas zonas podrían generar vulnerabilidad a la distimia (Jiménez et al., 2013 citado por Pontet, 2019)

2.1.4.2. Factores Psicosociales

Martinez (2020) manifiesta que la teoría de Freud asevera que la vulnerabilidad a la distimia puede ser causada a raíz de diferentes frustraciones interpersonales experimentadas en edades tempranas, como por ejemplo, problemas familiares, disminución del rendimiento escolar, rupturas amorosas, no desarrollar habilidades sociales, entre otras. En consecuencia, la distimia en la etapa adulta también será el resultado de una pérdida real o por la que se tiene temor. Así, por ejemplo, cuando experimentan una pérdida que es real pondrán en funcionamiento mecanismos de introyección e internalización hacia el objeto de su pérdida, a partir de los cuales se producirá una emoción de enfado hacia este objeto y, por añadidura, a ellos mismos. Asimismo, cabe anotar que tanto el narcisismo como la dependencia oral son rasgos que comúnmente caracterizan a aquellos individuos que tienen una vulnerabilidad por la distimia, si se ven privados de cuidados, afecto y amor.

2.1.4.3. Factores ambientales

Las probabilidades de sufrir alteraciones depresivas aumenta con ciertos factores ambientales tales como el haber alcanzado solamente un nivel de educación medio-bajo, ser parte de una familia con disfuncionalidad, y ser un hijo mediano. Otro factor ambiental que considerar en la prevalencia de la depresión es el llamado estrés social; asimismo, un factor adicional a tomar en cuenta es la teoría de la desesperanza, desarrollada por Seligman, en la cual la depresión es el resultado de la pérdida de la capacidad para mantener el control sobre las situaciones que se

desarrollan inapropiadamente en un ambiente, es decir, no es capaz de tomar decisiones, buscar alternativas de solución, comunicarse de manera asertiva, etc. (Sampaio et al., 2014; Abramson, Seligman, y Teasdale, 1989, citado por Pontet en el 2019).

2.1.5. Manifestaciones Clínicas

La distimia se caracteriza principalmente por la presencia de un estado de depresión crónico que se experimenta por varios días, como también por varios meses, los cuales estarán intercalados por periodos muy cortos de bienestar. Asimismo, los pacientes distímicos experimentan depresión y fatiga. Es decir, manifiestan una gran insatisfacción acerca de las cosas que llevan a cabo con frecuencia, así como también cansancio y apatía por todo aquello que les supone un trabajo. Cuando existe una prevalencia de los síntomas depresivos, el apetito suele verse afectado (bien en la forma de hiperfagia o de hiporexia), así como también el sueño (hipersomnias o de insomnio). También se reporta afectación en sus capacidades de concentración, presencia de baja autoestima, incluso sentimientos de desesperanza (Goena y Molero, 2019).

Asimismo, el carácter crónico de la distimia puede producir incompreensión y hasta rechazo de la familia y el círculo social. Para la comprensión más profunda de este desorden y los factores que lo hacen permanecer, se han desarrollado un número de teorías psicológicas, denominadas de enfoque interpersonal. Además, se sabe que las personas más allegadas a los individuos que sufren de trastornos depresivos con cronicidad sienten mucha frustración y molestia al observar que estos pacientes no muestran progreso. Por otro lado, los pacientes tienen conocimiento de la manera cómo este desorden afecta sus esferas interpersonales,

lo cual provoca una mayor intensidad y perpetuación de su sintomatología, por lo que se vuelve un círculo vicioso (Belloch et al., 2016).

2.1.6. Tratamiento Psicológico

López et al. (2016) señala que uno de los tratamientos más usados es la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), ya que ha evidenciado su eficacia en la intervención de pacientes con diferentes niveles del trastorno depresivo. Esta terapia se basa en la idea de que una parte importante de las emociones y las conductas son producto de las creencias del individuo y de la interpretación de la realidad. Es importante señalar que los efectos de dicha terapia se mantienen a largo plazo, debido a que su enfoque se centra en la modificación de la filosofía de vida del paciente, y no solo se preocupa por aliviar los síntomas, sino que busca que la persona tome conciencia del problema emocional, en cómo se inicia y se mantiene, ya que es generado por su sistema de creencias. Asimismo, existe evidencia científica donde se han obtenido resultados favorables al concluir la intervención basada en dicha terapia, es decir, se ha observado una disminución significativa en relación al consumo de fármacos y mejora en su calidad de vida (Rovira et al., 2019).

Martinez, F. (2020) manifiesta que las terapias conductuales, entre ellas la terapia Racional Emotiva Conductual, son utilizadas para el tratamiento de un trastorno depresivo, ya que actúan bajo el supuesto de que la depresión es el resultado de la pérdida de refuerzos positivos causados por cambios violentos en el entorno, la muerte, o por separaciones. Estos tratamientos tienen como objetivos específicos la relajación del paciente, proporcionarle experiencias agradables y el aumento de las actividades. En otras palabras, estas terapias trabajan bajo el

supuesto que, todo cambio que sea posible dentro de los sentimientos y pensamientos relacionados con la depresión se puede lograr a través de la alteración del comportamiento personal de los individuos. Las terapias conductuales se utilizan para el tratamiento de la llamada indefensión aprendida, por la que ciertos individuos tienen sentimientos de impotencia, cada vez que hacen frente a retos vitales en su cotidianidad.

La distimia tiene en la psicoterapia psicoanalítica a su método más común y al que se recurre usualmente como primera elección. Este método busca establecer una relación entre la sintomatología inadaptativa de la personalidad del paciente, con el mantenimiento y el desarrollo de la sintomatología de la depresión, por medio de una vista a los conflictos que no han tenido una solución en la primera infancia de los pacientes. La mirada interior de elementos que pueden desencadenar la depresión, tales como las frustraciones en la infancia, o el exceso de sustancias o del alcohol, se logra a lo largo del desarrollo del tratamiento. Además, las relaciones de ambivalencia actuales entre el paciente con cada uno de sus progenitores pasa también a través de un análisis, así como también las relaciones con sus amigos y otras más que puedan pertenecer a su entorno vital. Por medio de esta terapia, los pacientes aprenden a encontrar un balance entre su hambre excesiva de aprobación y su autoestima baja acompañada de su súper yo de muy altas exigencias, lo cual viene a ser una de las finalidades primordiales de la psicoterapia psicoanalítica. Adicionalmente, se puede considerar a las terapias cognitivas como un grupo de técnicas por las que los pacientes atraviesan por un aprendizaje de comportamientos y formas de pensar, que se pueden utilizar como substitutos de aquellas actitudes negativas y desventajosas que tienen sobre su propio futuro, sobre el mundo y sobre

sí mismos. Además, este enfoque examinará las experiencias pertenecientes al mundo actual interior del paciente, con los que obtendrá información acerca de la forma cómo administra el estrés, para así centrar sus objetivos en el mejoramiento de su autoestima y en la reducción de su sintomatología depresiva. Esta terapia tiene una duración que fluctúa entre 12 y 16 sesiones, la cual también podría trabajarse con medicamentos para la depresión. Por otra parte, el desarrollo de la terapia sobre la familia tiene como fin proveer a ambos de herramientas con las que puedan lidiar con la sintomatología del trastorno. La terapia de grupo, por otra parte, tendrá como propósito el aprendizaje de técnicas, métodos, y estrategias que un paciente que es retraído puede aprender a aplicar en situaciones de socialización (Martinez, 2020).

Con respecto al tratamiento basado en fármacos, existen creencias a nivel teórico sobre la distimia, la cual vendría a ser un trastorno determinado por la psicología. Es por esto que unos cuantos médicos evitan la prescripción de antidepresivos a sus pacientes, a pesar de que se ha demostrado científicamente la eficiencia de estos. Por otro lado, las alternativas de combinar el tratamiento farmacológico con la psicoterapia representan una estrategia para la intervención de este trastorno. Se sabe además que medicamentos como los ISRS, la venlafaxina y el bupropión han demostrado ser más eficaces en los pacientes con distimia, mientras que los medicamentos IMAO, e inclusive las anfetaminas (administradas en dosis prudentes), resultarían convenientes para los casos distímicos. En lo referente a la hospitalización, esta no es determinante en los pacientes con distimia, y solo es crucial si el paciente evidencia una sintomatología agravada que le impida desenvolverse en el ámbito social o profesional, si requiere de un proceso

diagnóstico más amplio, o si implica una ideación suicida. Estos últimos serían indicadores para la aplicación de estas medidas terapéuticas (Martinez, 2020).

2.1.7. Evolución

Martinez, F. (2020) menciona que cerca de la mitad de los pacientes (50%) que sufren de distimia se caracterizan por un inicio progresivo de su sintomatología antes de cumplir los 25 años. Sin embargo, estos pacientes padecerán esa sintomatología aproximadamente por diez años, sin hacer nada al respecto, antes de tomar la decisión de buscar la ayuda de un médico psiquiatra; esto se debe a que consideraron que los síntomas de este trastorno se habían vuelto parte de su existencia. No obstante, se sabe que aquellos individuos que sufren de una distimia temprana presentan mayores probabilidades de sufrir un trastorno bipolar tipo I o un trastorno depresivo mayor. De hecho, los estudios realizados sobre individuos distímicos reportan que menos del 5% avanzó hacia un trastorno bipolar tipo I, cerca de un 15% lo hizo hacia un trastorno bipolar tipo II, y casi un 20% hacia un trastorno depresivo mayor. Por otra parte, los individuos distímicos reciben una variedad de pronósticos; por ejemplo, el uso de terapias cognitivo-conductuales, así como ciertas clases de psicoterapia son conocidas porque logran resultados positivos durante el desarrollo de la distimia. Finalmente, se sabe que casi la cuarta parte (25%) de todos los casos diagnosticados con distimia no lograrán un restablecimiento completo; sin embargo, los pronósticos son muy buenos, si se aplica el tratamiento.

2.1.8. Distimia en Adolescentes.

La distimia sin duda alguna es uno de los trastornos más preocupantes que afectan a la población en general, pero lo es particularmente en los niños y adolescentes, ya que por ser considerada una población vulnerable pueden estar en mayor riesgo a autoagredirse o incluso de cometer suicidio. En estado de distimia, dicha población se ve afectada a nivel emocional, manifestando culpabilidad, sentimientos de tristeza, soledad, ansiedad, desesperación, falta de interés, baja autoestima, agresividad e irritabilidad. Se sabe además que una mayor presencia de dichos síntomas estaría vinculada principalmente a la vida familiar disfuncional, escolar y social, ya que en estas etapas los individuos le muestran gran importancia a estos aspectos. En el caso particular de los adolescentes, al encontrarse en una etapa de cambios físicos, psicológicos y sociales, estos pueden manifestar episodios de irritación, agresividad, así como también comportamientos disruptivos al no sentirse comprendidos y aceptados por su entorno, situación que a su vez puede responder a la sintomatología depresiva, en el que se considera que si la duración es mayor a un año se denominaría como una distimia. Además, todo esto les producirá dificultades para concentrarse y memorizar, lo cual no solo traerá consigo ausentismo escolar, sino también un deterioro de su capacidad cognitiva, la que a su vez puede traer dificultades para conciliar el sueño, dolores de cabeza, problemas estomacales entre otros. Adicionalmente, es necesario tomar en cuenta que la depresión puede aparecer en esta etapa de forma leve para luego aparecer en la adultez en un nivel grave (Navarro et al., 2017).

Asimismo, Brakemeier et al. (2017) mencionan que es frecuente la aparición de otras sintomatologías cuando la distimia afecta a niños y adolescentes, por

ejemplo, incontinencia urinaria o fecal, hiperactividad, conducta hiperactiva, desórdenes por déficit de atención, y otros trastornos de conducta. No obstante, a diferencia de las personas adultas, se manifiesta una sintomatología menos vegetativa. Además, la distimia puede llegar a desarrollarse hasta la adultez, incluso si comenzó en la infancia, lo cual significa en el futuro un paciente adulto con una visión poco optimista del mundo y con una pobreza de conciencia notoria, comparado con una persona con un estado de ánimo normal. En otras palabras, los efectos de poseer una autoestima baja y una forma de pensar negativa, que continúan por largo tiempo, pueden llegar a ser significativamente negativos el resto de la vida. Adicionalmente, se sabe que los pacientes con distimia tienden a concentrar sus energías hacia sus trabajos, dejándoles muy pocas para las actividades de socialización, familiares y de tiempo libre.

3. FAMILIA DISFUNCIONAL

Alcaina (2004, como se cita en Sagbaicela, 2018) define a las familias disfuncionales como aquellos sistemas de relaciones en donde cada uno de los miembros se ve de una manera u otra afectado por los problemas de un miembro en particular. La rigidez en las familias disfuncionales se acentúa más si estas se exponen a situaciones más estresantes cada vez; es decir, frente a un conjunto de factores o circunstancias que puedan producir estrés.

La familia disfuncional tiene por característica general funciones no solo con una incorrecta distribución, sino también con un inadecuado mantenimiento. Esto trae como resultado un desarrollo muy lento así como largo; es decir, los roles dentro de una familia disfuncional no logran un desarrollo como resultado de una

evolución con el paso del tiempo, motivo por el cual se tornan inapropiados. Esto, a su vez, produce en la familia una incapacidad para la adaptación a nuevas circunstancias (Carreras, 2016).

Asimismo, la disfuncionalidad familiar es un conjunto de problemas que se le presentarán a la familia en una serie de situaciones, que actúan como un obstáculo para su funcionamiento apropiado; a su vez, afectará de forma directa la formación no solo de la vida de los menores dentro de la familia, sino también sus personalidades. En otras palabras, una familia cuya vida presenta obstáculos es una en la que los progenitores no tienen la capacidad de asumir sus roles, y una en donde los miembros constituyentes tampoco pueden llegar a lograr una adaptación ni biológica ni social (Faller, 2020).

La disfuncionalidad en las familias tiene efectos negativos en la comunicación de sus miembros, pues los sentimientos no pueden ser expresados con libertad y sus necesidades emocionales tampoco encuentran satisfacción. Es decir, una unidad familiar como esta, no alcanza niveles de productividad adecuados. Además, mientras la familia disfuncional no tiene la capacidad de admitir que presenta una serie de problemas, la agresividad y la indiferencia son las respuestas normales a los intentos por proporcionarles ayuda; esto es así, ya que buscarán continuar con aparente normalidad. Asimismo, a estas familias las caracteriza tanto una incapacidad para hacer frente a sus problemas como una limitación para llevar a cabo juntos actividades productivas (Sierra, 2018).

3.1. Tipos de Familias Disfuncionales

Cuenca (2018) cita a Muñoz (2014) donde menciona en su artículo, psicología – familias disfuncionales, que existen cinco tipos de caracterización para las familias disfuncionales, entre ellas destacó:

3.1.1. Disfuncionalidad por Adicciones

Esta se refiere al consumo de sustancias tales como la marihuana y cocaína (de consumo ilegal) o también las medicinas, el tabaco, y el alcohol (de consumo legal).

3.1.2. Disfuncionalidad por Violencia

Hace referencia a progenitores que hacen uso de maltratos de tipo sexual, psicológico y físico como sus medios de control.

3.1.3. Disfuncionalidad por Explotación o Abuso

Esta disfuncionalidad se refiere a la forma como los hijos, a través de diferentes modalidades (tales como el abuso físico, psicológico, sexual, la explotación y la violencia), pueden perder no solo el derecho a su independencia, sino también su individualidad e incluso su libertad, haciéndoles objeto de su propia posesión.

3.1.4. Disfuncionalidad por Abandono

Se refiere a los diferentes tipos de abandono del cual los hijos pueden llegar a ser objeto. Por ejemplo, el abandono por ausencia, en el que al menos uno de los progenitores no se encuentra físicamente, o el abandono -por motivos laborales, de estudio o por negligencia- el cual afecta a los hijos incluso en sus cuidados y necesidades más básicas.

3.1.5. *Disfuncionalidad por Relaciones Inadecuadas entre Padre y Madre*

Se refiere al progenitor o los progenitores que no han establecido relaciones adecuadas con sus hijos o que aplican demasiada presión a estos en un modo tal, que la convivencia es poco sana y siempre pasa por dificultades. Ahí donde se tiene progenitores con una muy mala relación está el origen de la gran mayoría de familias disfuncionales.

Habiendo enumerado los tipos de familia disfuncional, se puede mencionar que el último referente a la disfuncionalidad por relaciones inadecuadas entre padre y madre es el que se evidencia en el presente caso de estudio, debido a que el padre de la adolescente no se involucra en ningún aspecto familiar, no frecuenta a la menor y no mantiene comunicación con la madre ni con la consultante. Además, de existir conflictos entre la madre y el padrastro, una mala relación entre los miembros de la familia y llegar a excluir a la adolescente de las actividades familiares.

3.2. Características de la Familia Disfuncional

Diversos autores nos presentan algunas de las principales características presentes en las familias disfuncionales (Rivera et al., 2018).

a) El amalgamamiento. Del verbo amalgamar, que significa “entremezclar”. Es una familia en donde no existe respeto a la privacidad de sus miembros. Es un patrón de conducta disfuncional que impide el desarrollo de una personalidad sana, ya que reduce el espacio vital físico, mental, emocional y espiritual de uno o más miembros de la familia.

b) La rigidez. Este tipo de familias establecen normas que no son flexibles y que actúan de la misma forma para todos los integrantes de la familia, excluyendo a la

persona que las impone. Como consecuencia, se presenta la rebeldía del adolescente contra todos, además de fracasos y resentimientos; y es así como se va perdiendo la capacidad para elaborar criterios razonables de acuerdo con las circunstancias.

c) Sobreprotección. Esta es una de las características de los padres que puede llegar a lisiar emocionalmente a un hijo. Intentar resolver todos los problemas de los hijos, restringiéndoles la oportunidad de que aprendan a resolver por sí mismos sus propios problemas a través de sus experiencias negativas y positivas. Las consecuencias de la sobreprotección son ira, miedo, temor, depresión y deseos de evadir la realidad cuando no está presente la figura (paterna, materna, entre otros) que los protege.

d) La evitación del conflicto. Es una de las características más dañinas que se puede presentar en una familia disfuncional, puesto que evita los enfrentamientos al no hablar de las situaciones dolorosas; la carga emocional de estas queda como una “bomba de tiempo” que explota en el momento menos esperado. Como consecuencia, comienza el desplazamiento de emociones y estalla la tensión con problemas menores que son sobredimensionados; un claro ejemplo es crear “batallas campales” por las malas calificaciones de un hijo, cuando el verdadero problema es quizás el alcoholismo del padre o la actitud sumisa y masoquista de la madre. Una familia sana no oculta los problemas que existen entre sus miembros, sino los pone “sobre la mesa”, en busca de soluciones y con la participación de los involucrados.

3.3. Consecuencias de la Disfuncionalidad Familiar en Adolescentes

3.3.1. Consecuencias a Nivel Emocional

Al experimentar una carencia de vínculos positivos con sus padres, los hijos jóvenes de familias disfuncionales percibirán falta de comprensión, empatía, comunicación y sensibilidad de parte de los miembros de su familia, razón por la cual es altamente probable que dichos adolescentes terminen por desarrollar una baja autoestima, lo que puede desencadenar un cuadro de depresión y ansiedad si no se cuenta con los recursos personales necesarios. Asimismo, dichos adolescentes se caracterizarán por presentar una inestabilidad emocional frecuente en la forma de irritabilidad, ira, agresividad e incluso culpabilidad. Por otra parte, si se considerase el esquema familiar opuesto, entonces se podrá hablar de adolescentes resilientes, que a pesar de haber vivido crisis familiares, optaron por un cambio para convertirse en mejores personas e incluso en ejemplos a seguir. En otras palabras, la etapa adolescente pone a prueba qué tan flexible puede llegar a ser el sistema familiar (Effio, 2019).

3.3.2. Consecuencias a Nivel Social

Rivadeneira y Trelles (2013, como se cita en Delgado y García, 2020) afirman que el efecto social que una familia disfuncional produce se deja ver cuando a los adolescentes de estas familias les es muy complicado abrirse a sus afectos, expresar lo que realmente necesitan, cumplir con las reglas, volverse responsables y solucionar problemas para que pueda desarrollar sus relaciones de una forma más apropiada.

3.3.3. Consecuencias a Nivel Conductual

La disfunción familiar es un factor que puede generar en los adolescentes el desarrollo de comportamientos que no son saludables, los cuales pueden empeorar en conjunción con la edad, la etapa escolar y sus actividades. Dichos comportamientos pueden variar desde el desarrollo de conductas disruptivas, pasando por conductas desafiantes y hostiles hacia la figura que represente la autoridad, hasta comportamientos en los que pueden reclamar sobre el cumplimiento de ciertas reglas y responsabilidades; además, se puede correr el riesgo de desarrollar dependencia a las bebidas alcohólicas, el tabaco y otros estupefacientes, sintomatología que podría sugerir una dependencia grave. Es decir, el estar bajo una cantidad significativa de estrés y el pesimismo que significa formar parte de una familia disfuncional pueden llegar a generar daños serios en la salud mental de sus integrantes (Effio, 2019).

3.3.4. Consecuencias a Nivel Escolar

Sagbaicela (2018) señala que los niños de familias disfuncionales presentan dificultades frecuentes durante la adquisición de material académico y para lograr un desempeño normal en el colegio, lo cual obstruye el desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje. Dichos problemas ocasionan desinterés por aprender, incomunicación, falta de cumplimiento de las tareas asignadas, absentismo, e inconvenientes en determinadas habilidades y áreas académicas, tales como el leer, el escribir y los cálculos aritméticos.

4. ADOLESCENCIA

Para Güemes et al. (2017), la adolescencia es aquel estadio preparatorio hacia la edad adulta pues, en primer lugar, el significado etimológico de “adolescencia” alude al camino hacia la maduración y el crecimiento, y, en segundo lugar, dicha palabra hace referencia a “la falta de esencia”. Por su parte, García y Parada (2017) además de ver a la adolescencia como un período transitorio que media entre la infancia y la adultez (en algún punto entre los 10 y 19 años), es también una etapa de cambios biológicos, sociales, emocionales y cognitivos.

La American Academy of Pediatrics (AAP, 2019) describe las 3 fases de la adolescencia, a saber: la pre-adolescencia, la adolescencia temprana y la adolescencia tardía. Será necesario centrarse en la última, ya que la consultante se encuentra dentro de este grupo.

4.1. La Adolescencia Tardía

Para la Organización Mundial de la Salud (2016) esta etapa es la última de la adolescencia y ocurre entre los 15 y 19 años. Así, los cambios que este grupo de adolescentes experimentan a nivel físico son similares en las diferentes etapas, debido a que los cambios más drásticos ya han ocurrido. Es por ello que se asume que dicho período no difiere mucho de la etapa adulta y que, en realidad, se trata de una construcción social que ocurre en ciertas idiosincrasias culturales. No obstante, es también un hecho que las construcciones de tipo social ejercen un impacto real, y como tal, ejercerá un efecto sobre la marcha hacia la madurez.

En esta etapa es cuando se alcanza la máxima estatura a la que el cuerpo puede llegar, y las características corporales que se logran aquí son completamente las de una persona adulta. Asimismo, la desproporción entre las partes del cuerpo -

traída por la primera fase- desaparece, dejando ver una corporalidad más unificada y cohesiva. Además, la masa muscular comienza a aparecer, y la inclinación del cuerpo por ganar grasas se mantiene casi invariable, aunque la adopción de una dieta cada vez más saludable juega un papel significativo en estas características.

Con respecto a los cambios a nivel psicológico, esta etapa trae consigo la culminación del desarrollo de la conciencia social, así como también el comienzo de una mayor dedicación a diversas situaciones o escenarios por medio del pensamiento abstracto; es decir, situaciones que no están limitadas al uso de los sentidos. Se podría decir que, en comparación con los períodos previos de la adolescencia, esta puede significar un abandono de su forma de ser egocéntrica, aunque no totalmente. Además, a diferencia de la etapa anterior, no solo los planes que formulan a largo plazo cobran una mayor relevancia para ellos, sino que también la importancia que le daba a su imagen disminuye, al punto de dejar de ser una de las piedras angulares de su personalidad, lo cual da pie a que sientan interés por temas sociales y políticos, de acuerdo con la coyuntura.

5. MODELOS TEÓRICOS

5.1. Modelo Cognitivo de la Depresión

Beck et al. (2002, citado por Gonzáles et al., 2018) construyeron este modelo tomando como foco la depresión. Su elaboración se basa en observaciones que fueron realizadas en establecimientos de salud privados e investigaciones en laboratorio. La depresión, para este autor, se puede explicar a través de la llamada tríada cognitiva, los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas.

Inicialmente, la tríada cognitiva se refiere a los filtros de la información con que la persona con depresión tiende a interpretar la realidad y llega a tener una

visión muy negativa sobre sí mismo, el futuro y el mundo exterior. A través de estos tipos de pensamientos, su autoconcepto y autoestima se vuelven muy negativos; no ve posibilidades para el cambio y no tiene ilusiones con respecto al futuro, o ve el exterior y el resto de las personas como algo muy negativo.

Para Beck, la depresión posee un armazón estructural que permite entender la razón por la que los consultantes con depresión mantienen las actitudes que generan sus sufrimientos y, al mismo tiempo, les hace desestimar todas aquellas cosas positivas que hay a su alrededor o que los demás le aportan. Así, se puede definir también a la tríada cognitiva como el núcleo o la base del pensamiento del sujeto capaz de transformar las situaciones y circunstancias que experimenta. En muchas ocasiones se encuentran en estado latente, y se activan con determinados acontecimientos en el ambiente, que harán que el sujeto responda de una manera determinada.

Seguidamente, la tríada cognitiva se manifiesta en la consciencia de la persona con depresión por medio de interpretaciones muy específicas y exactas, de acuerdo con las diversas circunstancias que experimenta. En este modelo, tales interpretaciones toman el nombre de pensamientos automáticos, los cuales son mensajes irracionales del individuo, puntuales y breves, o también extremos y polarizados; por ejemplo, “soy un fracaso total”, “no sirvo como padre”, “perdí en todo”, etc. De este modo, la depresión es un estado natural que resulta del constante bombardeo de dichos pensamientos automáticos y negativos sobre la consciencia del individuo.

Finalmente, las distorsiones cognitivas son los mecanismos que las personas con depresión frecuentemente utilizarán para expresar evaluaciones incorrectas de

las situaciones para autoengañarse y provocarse malestar a sí mismos. Entre las distorsiones más comunes se tienen por ejemplo, el pensamiento polarizado (“Nunca haces nada bien”, “Nunca logro mis objetivos”), las sobre generalizaciones (“Esta persona siempre me trata de la misma manera”, “Esta persona siempre llega tarde”), la lectura de pensamiento (“Seguro que por dentro me está criticando”, “Lo dijo porque se burlaba de mi”), la adivinación del futuro (“Acabará dejándome”, “Lo suspenderá haga lo que se haga”), la culpabilización (“Él tiene la culpa de todo”, “La culpa de todo es mía”), los deberías dogmáticos (“Debería tratarme mucho mejor”, “Si esta persona es mi amiga, me debería llamar todas las semanas”), la magnificación (“¡Es horrible!, ¡Se ha retrasado el bus!”), la minimización (“Que me elogiara no tiene importancia”), entre otras.

Es importante recalcar que estas formas de pensar negativas son mecanismos de selección o filtración de los estímulos externos, que la persona con depresión utiliza frecuentemente para confirmar sus propias creencias. Por ejemplo, si un consultante cree que el mundo es agresivo u hostil con él, entonces seguramente prestará mucha más atención a comentarios que haga que los confirmen, desestimando todos aquellos comentarios positivos que le pudiesen ayudar a salir de su depresión. Vernon y Doyle (2018) resaltan las bondades de la terapia cognitiva luego de haberla utilizado con resultados positivos en numerosos casos de trastornos, tales como los psicóticos, suicidas, bipolares, de drogodependencias, de personalidad, etc., y también como una terapia que ayudó a mantener los buenos resultados y a prevenir las recaídas.

5.2. Teoría de la Funcionalidad Familiar según Olson

El marco teórico con base en los aspectos que mide la funcionalidad familiar se refleja en el modelo Circunflejo de Olson al evaluar tres dimensiones que forman parte de la funcionalidad familiar: la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación.

La cohesión mide el grado o la intensidad de los lazos emocionales en la forma de afecto que existen mutuamente entre todos los miembros de una familia. Este afecto se refleja en el apoyo emocional, la consideración y las muestras de preocupación que cada miembro recibe de los otros, por aquellas situaciones problemáticas. La adaptabilidad, por su parte, mide la flexibilidad de una familia para cambiar frente a situaciones o circunstancias nuevas que ejercen un estrés social o psicológico. También se refiere a la capacidad de la familia para adaptarse a los cambios de liderazgo, a nuevos roles y a las reglas que derivan de nuevas relaciones entre los miembros.

La comunicación, a su vez, mide la empatía o la capacidad de los miembros de una familia de escuchar activa y reflexivamente, como receptores de los mensajes de un determinado emisor. Además, la comunicación también mide el grado de libertad de expresión que cada miembro de la familia puede manifestar libremente, frente a determinadas situaciones o circunstancias. (Villarreal y Paz, 2017).

En resumen, este modelo propone que aquellas familias con una buena funcionalidad familiar son aquellas cuyas dimensiones de cohesión, adaptabilidad y comunicación tienen niveles equilibrados y balanceados. Por otro lado, aquellas cuyas dimensiones muestran niveles desequilibrados se acercan a la definición de

familia disfuncional. Esto repercute directamente sobre sus miembros y puede generar síntomas emocionales y, en el peor de los casos, alteraciones mentales.

5.3. Teoría Psicosocial de Erick Erickson

La teoría psicosocial de Erickson (como se cita en Eugenia, 2018) utiliza las ideas de la teoría de Sigmund Freud, pero se diferencian en que esta última amplía el concepto del Yo. Erickson, por su parte, resalta la influencia de la sociedad sobre la personalidad en desarrollo.

Tomando en cuenta esta influencia, la teoría de Erickson se puede disgregar en ocho etapas diferentes, las cuales abarcan el desarrollo del ciclo de la vida de los seres humanos, así como también son jerárquicas, porque integran las cualidades y limitaciones de las etapas anteriores. Es importante resaltar que estas etapas se encuentran en desarrollo constante porque son parte de un proceso, razón por la cual el autor señala que las transiciones entre etapas pueden llegar a ser fuentes de crisis. Sin embargo, para este autor dichos cambios profundos suelen ser particularmente importantes en la etapa adolescente, ya que es aquí en donde se ganan habilidades nuevas, que les permitirán alcanzar su próxima etapa de desarrollo.

La teoría de Erickson propone 8 etapas distintas por las cuales el adolescente lleva a cabo el desarrollo de sus competencias, tomando en cuenta su grado de madurez: (1) Confianza vs. Desconfianza; (2) Autonomía vs. Vergüenza (3); Iniciativa vs. Culpa; (4) Laboriosidad vs. Inferioridad; (5) Identidad vs. Confusión de roles; (6) Intimidad vs. Aislamiento; (7) Generatividad vs. Estancamiento, y (8) Integridad vs. Desesperación.

Tomando en cuenta lo anterior, la familia tiene una gran importancia para la transición exitosa de las primeras etapas en el desarrollo psicosocial por las que pasa el adolescente. El no afrontar cada una de estas, con la ayuda de los padres, generaría ciertas dificultades como: sentimientos de inferioridad, culpa, inseguridad y percepción inadecuada de sí mismo, que se ven agravados si el adolescente se cría dentro de una familia disfuncional y que repercuten directamente sobre su salud mental.

6. INVESTIGACIONES

6.1. Investigaciones Nacionales

Melendres (2019) en Piura, “Prevalencia y Factores asociados a depresión mayor y/o distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura”, buscó identificar la prevalencia y los factores asociados a Depresión Mayor y/o Distimia en 635 postulantes a la Universidad Nacional de Piura, a través de la Escala de Hamilton, Escala de Birleson y la Escala de Distimia del CIE-10. Este estudio fue observacional, analítico, prospectivo y transversal. Los resultados encontrados en ese estudio muestran que el 53,9% fueron hombres, donde la prevalencia de Depresión mayor fue de 18,0%, de Distimia 6,8% y ambos 4,0%. Los factores hallados en cuanto al ámbito personal y familiar estuvieron asociados al sexo femenino, la relación sentimental, el colegio de procedencia, convivencia de los padres, antecedentes de algún familiar con trastorno mental o con conducta suicida, y el fallecimiento de un familiar cercano.

Carranza (2020) en Callao, “Disfuncionalidad familiar y Depresión en adolescentes de una Institución Educativa de Bellavista” , buscó determinar la relación entre la disfunción familiar y la depresión en 244 adolescentes, los cuales

fueron analizados a través de la Escala APGAR Familiar y El BDI-II. Este estudio fue descriptivo correlacional y de diseño no experimental. Los resultados encontrados por tal estudio revelan una correlación inversa entre las variables de estudio ($\rho=.489$) y la dimensión cognitiva/afectiva ($\rho=.418$); por lo cual se puede entender que, a mayor funcionalidad menor depresión en adolescentes. Además, el 68% de la muestra presentó depresión grave, seguida por un 27.6% con depresión moderada; mientras que, en relación a la disfunción familiar, el 48.4% manifestó disfunción familiar severa y un 29.9% en un nivel moderado.

Soplopucó en Trujillo (2019) “Terapia racional emotiva conductual en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza” estudio experimental con una muestra de 24 adolescentes de una institución del estado en Trujillo, a fin de evaluar y estimar la efectividad de la aplicación de la terapia TREC en dichos estudiantes. La muestra se repartió en dos grupos de igual número (12 para el grupo experimental y 12 para el grupo de control). Seguidamente, se hizo uso del Cuestionario de Depresión para Niños para la recolección de los datos y su posterior comparación. Se llevó a cabo un total de 10 sesiones en las que se emplearon la técnica de entrenamiento en detección de creencias irracionales (método ABC), la imaginación racional emotiva, desensibilización, ataque a la vergüenza, técnica de hipnosis, diálogo forzado, técnica humorística, técnica del modelado vicario, reestructuración racional sistémica, reforzamiento racional, debate socrático y entrenamiento en habilidades sociales. Luego, al comparar los resultados de los grupos experimental y de control, se obtuvo que los primeros mostraron valores apreciablemente bajos para la depresión y su sintomatología, en comparación con de los del grupo control. Por

otra parte, el grupo experimental logró un valor promedio más alto en recursos positivos después de que recibieron la terapia, y de la misma manera, dichos valores fueron superiores a los logrados por el grupo de control. Los resultados sugieren que dicha terapia tiene efectividad contra de los síntomas de la depresión.

6.2. Investigaciones Internacionales

Hamburger (2018), “Estudio de caso Consultante K, Trastorno Distímico de inicio Temprano, en unidad Universitaria” en Cartagena, planteó como objetivo principal la reducción de los síntomas negativos en una mujer de 21 años que dijo presentar ansiedad en la primera entrevista, cuando se habló de su estado de ánimo. Asimismo, relaciona el incremento de ansiedad con situaciones que impliquen el acercamiento hacia sus compañeros y el desarrollo de temas relacionados a la afectividad. A través del Inventario de Beck, se obtuvo un puntaje de 19 en el Pre-test, lo que implicó un grado leve a moderado de depresión. Con estos resultados se estableció un conjunto de 9 sesiones para abordar el trastorno de la consultante; el tratamiento se enfocó en la Terapia Cognitivo Conductual, además de emplear técnicas como psicoeducación, autorregistros, pensamiento emoción, conducta y cambio de pensamiento, parada de pensamiento, técnica de respiración diafragmática, imaginación positiva y modelamiento. Los resultados del post-test indicaron una disminución significativa de la distimia temprana, así como el de los pensamientos de incapacidad, los sentimientos de tristeza y frustración. También implicó una reducción del nivel de ansiedad, lo que le ha permitido volver a iniciar una relación.

Por otro lado, Serna et al. (2019), “Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia”, condujeron un estudio de

investigación descriptiva no experimental, que tiene como objetivo determinar la relación entre la depresión y el funcionamiento familiar, sobre una muestra constituida por 240 adolescentes provenientes de familias disfuncionales. Además, se hizo uso del Inventario de Depresión de Beck y el APGAR familiar de Smilkstein. Con relación a los resultados descriptivos, el 14.2 % de los adolescentes afirmaron tener antecedentes familiares de problemas psicológicos y 24.3 % intento de suicidio en la familia; 10.1 % manifestó existencia de casos de suicidio en la familia. Por otro lado, el 14.5 % informó tener problemas psicológicos o psiquiátricos. En cuanto a la ideación y conducta suicida, se encontró que el 47.5 % ha pensado en morir como la solución a sus problemas; 34.7 % ha realizado conductas autolesivas no suicidas y 18.9 % ha realizado uno o más intentos de suicidio. La disfuncionalidad familiar fue percibida en 48.2% de la muestra. Asimismo, se encontró asociación estadísticamente significativa entre depresión moderada/grave con la disfunción familiar leve y grave ($p < 0.001$). La depresión también se asoció con antecedentes personales y familiares de conducta suicida, relaciones familiares regulares o malas y conflictos familiares.

Piox en Guatemala (2016), “Terapia Racional Emotiva y síntomas depresivos”, realizó una investigación cuasi-experimental y cuantitativa sobre una muestra de 43 estudiantes (entre los 13 y 18 años) del Instituto de Educación Básica de Olinstepeque, Guatemala, a fin de validar la efectividad de la Terapia Racional Emotiva Conductual TREC (solución de problemas psicológicos a través de un enfoque filosófico) en relación a cómo esta influye positivamente en el cambio de la sintomatología depresiva. A los adolescentes del grupo seleccionados se les enseñó a identificar el origen filosófico de sus problemas psicológicos, donde se

empieza con la detección de las ideas irracionales, la discusión de cada creencia irracional y a conseguir una nueva filosofía de vida que les ayude a pensar de forma sensata en el futuro, en la que ellos mismos buscan alternativas de cambio a sus creencias irracionales; esto es a través del modelo ABC propuesto por Ellis, que implicó el debate filosófico, imaginación racional emotiva, reestructuración racional emotiva sistemática y debatir creencias irracionales. Luego de aplicar a la muestra esa terapia grupal, se procedió a aplicar el Inventario de Depresión de Beck estandarizado. Basados en los resultados, se corroboró la efectividad de dicha intervención, ya que las puntuaciones posteriores al test psicométrico de Beck (1.5 de 20.0) fueron significativamente menores que los obtenidos en la etapa preliminar (14.3 de 20.0), los cuales habían marcado niveles altos de depresión en la institución.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Problemática de Estudio

La madre llega al centro solicitando atención psicológica para su menor hija de 15 años, refiriendo que presenta problemas emocionales.

En un primer momento, la progenitora fue atendida por la psicóloga de turno, quien resalta en el cuaderno de atenciones que la adolescente presenta un cuadro de depresión, según la información que le brinda el psiquiatra a la madre.

En la primera consulta, la progenitora menciona que su menor hija anteriormente ha recibido apoyo psicológico sin éxito, así como también, asistió al psiquiatra, quien le ha referido verbalmente que su menor hija padece de trastorno de depresión (no cuenta con informe). Según comenta, ella no aceptó el tratamiento farmacológico que el psiquiatra le brindó.

Asimismo, señala que su hija tiene este problema desde hace dos años, habiendo observado manifestaciones como llanto por las noches, tristeza la mayor parte del día, presencia de ideas suicidas con baja intensidad, se autoagrede golpeándose las rodillas y se arranca el cabello cuando algo no le sale bien, así como también, comenta que su menor hija no se acepta como es, ya que no le gusta la forma de su cuerpo.

En cuanto al ámbito académico, señala que ha bajado las calificaciones desde hace 2 años, haciendo énfasis en que es producto de desmotivación y falta de interés; en dos oportunidades ha llevado cursos vacacionales. Además, tiene conocimiento de que su hija fue víctima de bullying cuando era niña y solo cuenta con una amiga.

Por otro lado, en el ámbito familiar, manifiesta que ella no tiene una buena relación con su hija, siempre existen conflictos entre ambas, refiere que se hablan gritando y que ella mantiene una actitud rígida, dura y distante con la adolescente; señala que así es su manera de ser y, además, que no le gusta las conductas de su hija, como, por ejemplo, golpearse, arrancarse el cabello, pasar todo el día en su habitación, no querer participar en actividades familiares, entre otras. De la misma manera, no mantiene comunicación ni una relación cercana con el padre de la menor, es decir, no se involucra en ningún aspecto ni la frecuenta. Según la madre, en el entorno familiar, el padrastro y la hermana menor de la adolescente evitan mantener contacto con ella, llegando a excluirla de actividades familiares y prefieren no involucrarse en la problemática.

Por su parte, la adolescente indica que es consciente de presentar dificultades emocionales, las cuales son generadas por la separación de sus padres cuando ella era pequeña, la falta de comunicación y acercamiento con su padre, la mala relación que existe con las personas que viven en casa (mamá, padrastro y hermana menor), las frecuentes discusiones entre su madre y su padrastro, las diferencias con su hermana menor en cuanto al cuerpo o al cariño que le brinda la madre, y el rechazo hacia su imagen personal. Del mismo modo, comenta que su madre es homofóbica y ella se siente atraída por una persona de su mismo sexo, por lo que tiene miedo a seguir siendo rechazada y no aceptada por su entorno familiar.

Además, en el ámbito psicológico, señala que presenta constante tristeza, visión negativa de las cosas que se generan en su día a día, dificultad para concentrarse, sentimientos de soledad, desesperanza, desmotivación al realizar actividades y desinterés por la escuela, por participar en actividades sociales y por

tener amigos, señalando que prefiere pasar la mayor parte del tiempo sola en su habitación, dibujando o escribiendo libros. Asimismo, manifiesta que estos síntomas han sido persistentes desde que tenía 13 años.

En relación con los pensamientos suicidas, la consultante menciona que en ocasiones están dando vueltas en su cabeza, son de baja intensidad y no le generan malestar emocional. Refiere pensamientos como: “Ya no quiero vivir, hay muchos problemas” y “Todo será mejor si yo ya no estoy aquí”, sin embargo, señala que no se quitará la vida porque prometió no volver a intentarlo, ya que, en una oportunidad, le solicitó a su mamá un cúter, poniendo como excusa que era para un trabajo académico; indica que ella se encontraba decidida a lastimarse, pero fue interrumpida por su progenitora.

Con base en todo lo mencionado, la adolescente acepta de manera voluntaria la atención psicológica, refiriendo que está dispuesta a poner de su parte para mejorar su salud mental.

1.2. Delimitación del Problema

Con base en las problemáticas identificadas como, sentimientos de tristeza la mayor parte del tiempo, ideación suicida, autoagresión y la no aceptación, se determina que las áreas que deben abordarse son:

- Emocional, donde se trabajará la identificación de emociones, valía personal, habilidades para obtener reforzadores emocionales y entrenamiento en habilidades de regulación emocional.

- En el área cognitiva se verán las creencias irracionales, pensamiento distorsionado, hechos vs interpretaciones, cambiar esquemas cognitivos disfuncionales y autoaceptación.
- En el área conductual se busca que se involucre en actividades familiares, entrenamiento en habilidades sociales y que retome actividades que antes realizaba y disfrutaba.
- Finalmente, se va a realizar psicoeducación en la familia.

2. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

2.1. Lista de Instrumentos Empleados

2.1.1. Entrevista

Este instrumento es el que da inicio a toda intervención psicológica, ya que consiste en el diálogo de dos o más personas, donde el psicólogo elabora preguntas con la finalidad de obtener la mayor información posible acerca de la problemática del consultante.

Es por ello, que el instrumento fue de importancia para el caso, debido a que se logró recabar la información necesaria sobre las dificultades que presenta la consultante, profundizando en los acontecimientos vividos; por ejemplo, la separación de sus padres, la mala comunicación con los miembros de su familia, el rechazo a su cuerpo, el intento suicida, el bullying y las bajas calificaciones en el colegio.

2.1.2. Observación Psicológica

Este instrumento se utiliza durante todas las sesiones porque nos ayuda a conocer las conductas verbales y no verbales, que se generan en la consultante en su vida cotidiana.

Debido a ello, el instrumento es relevante para la intervención, ya que permitió conocer a fondo conductas no verbales, realizar una exploración de las conductas positivas como negativas que presenta la consultante, así como también registrar la evolución durante las sesiones.

2.1.3. Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI)

Fue creado por Theodore Millon, con la colaboración de Carrie Millon, Pf D. y Roger Davis en el año 1993, con el objetivo de evaluar las características de personalidad y los síndromes clínicos de los adolescentes entre 13 a 19 años. Dicho instrumento cuenta con 160 ítems que evalúan 27 dimensiones pertenecientes a: Prototipo de personalidad, Preocupaciones expresadas y Síndromes clínicos.

En el Perú se realizó la validación por Kely Danitza Aponte Rojas y Grober Eliseo Mamani Coronado en el año 2018, quienes encontraron que el inventario cuenta con una Validez de Contenido, mediante el método de V de Aiken 0,65, por lo que los ítems son aceptados y adecuados para el instrumento. Asimismo, en cuanto a la confiabilidad, se encontró el Alpha de Cronbach de 0,859, lo que nos indica que es altamente confiable.

Basados en la información brindada en el motivo de consulta, este instrumento es relevante para el caso, ya que a nivel clínico nos ayuda a identificar

o descartar trastornos de la personalidad o algún síndrome clínico presente en la consultante, para de esa manera generar una intervención oportuna.

2.1.4. Escala de Autoevaluación de la Depresión (EAD)

Creada por W. Zung en el año 1965, con el objetivo de evaluar el estado de ánimo depresivo. Dicho instrumento cuenta con 20 ítems, los cuales deben ser respondidos en escala tipo Likert.

En el Perú se realizó la validación por Bertha Katheryn Silva Pastor de Pajares en el 2019, quien encontró que la escala cuenta con una validez de constructo, calculada por la correlación de Pearson, donde se verifican valores de 0.26 a 0.78, por lo que cuenta con un buen nivel de homogeneidad. De igual manera, en cuanto a la confiabilidad, se observó que el análisis Omega de McDonald es de 0.95%, lo que nos muestra que es un instrumento confiable.

El instrumento en mención fue de gran importancia para determinar la presencia o ausencia de sintomatología depresiva. Asimismo, nos permite identificar el nivel de depresión (leve, moderado o grave) como se especifica en el DSM-V y en el CIE-10, el cual será determinante en el establecimiento del tratamiento a seguir, así como también nos dará una direccionalidad sobre la necesidad de contar con la intervención de un psiquiatra, para el tratamiento farmacológico.

2.1.5. Escala de Bienestar Psicológico SPWB de Carol D. Ryff

Creada por Carol Ryff en el año 1989, con el objetivo de obtener un modelo multidimensional. Dicho instrumento cuenta con 32 ítems, los cuales evalúan seis dimensiones, que deben de ser respondidas con la escala de Likert.

En el Perú se realizó la validación del instrumento por Naomi del Pilar Álvarez Solórzano en el año 2019, quien encontró que la escala cuenta con una Validez de Contenido, mediante el método de V de Aiken 0,65, por lo que los ítems son aceptados y adecuados para el instrumento. Asimismo, en cuanto a la confiabilidad, se observó que el análisis Omega de McDonald es de 0.96%, lo que nos muestra que es un instrumento confiable.

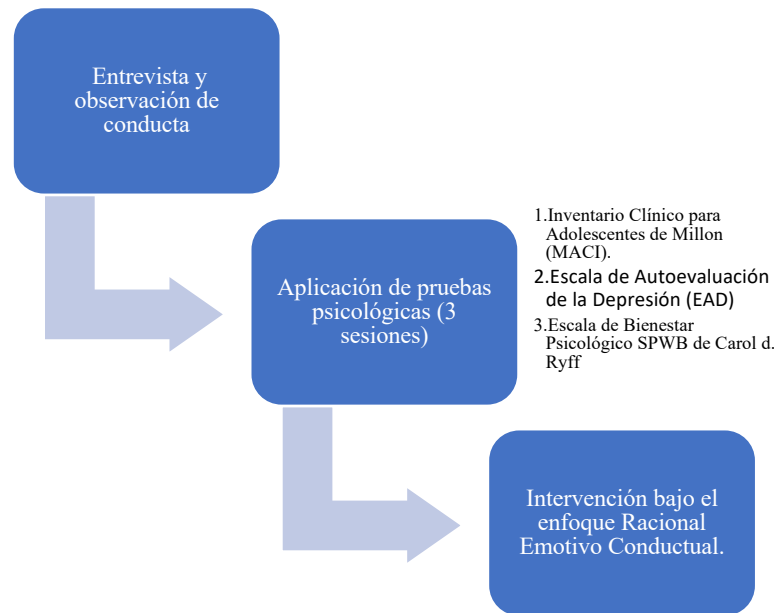
Esta prueba es relevante a nivel clínico, ya que es una de las más utilizadas para determinar el bienestar psicológico general del adolescente, y nos permite conocer el nivel de aceptación de sí mismo, la calidad de los vínculos, el control y sus proyectos de vida. Para este caso específico, nos permitió identificar la dimensión en la que la adolescente manifiesta un bajo bienestar psicológico y la relación que guarda con los resultados en la escala de depresión, que luego serán abordadas en las sesiones respectivas.

3. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

Inicialmente, se realizó una entrevista con observación psicológica, se aplicó la Escala de Autoevaluación de la Depresión (EAD). En una segunda sesión, se aplicó el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI), finalmente, en una tercera sesión se aplicó la prueba de Escala de Bienestar Psicológico SPWB de Carol d. Ryff.

Figura 2

Procedimiento de la Evaluación



4. DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA: REPORTE

4.1. Observación

La consultante es de estatura promedio y contextura delgada. Tez blanca, cabello lacio y ojos de color negro.

Asistió a las sesiones con vestimenta holgada, con capucha, cubriéndose la cara con el cabello, pero con adecuada higiene personal.

La consultante está en estado de alerta, orientada en tiempo, espacio y persona. A lo largo de las sesiones, se observa que por momentos responde estableciendo contacto visual, con lenguaje coherente y claro, usa un tono de voz adecuado.

Durante la entrevista hace preguntas para clarificar, si no comprende alguna expresión; siempre se muestra colaboradora. Al momento de la evaluación se

observó que la consultante mantiene la atención en temas de su interés; si se habla sobre ideas suicidas o un tema referente al ámbito familiar o de su cuerpo, tiende a mover las piernas, morderse las uñas o solicita el cambio de la actividad.

Se identifica también que cuando la consultante expresa acontecimientos asociados al intento suicida, se muerde los labios y se le humedecen los ojos. De igual manera, se le percibe nerviosa con movimientos constantes en las piernas y manos cuando mencionó que no tenía amigas; además, las mismas manifestaciones se presentan cuando se refiere a las experiencias de bullying vividas en el colegio, también al referirse a las dietas extremas que realiza, y cuando indica que su progenitora es homofóbica. Finalmente, mantiene la mirada hacia el suelo cuando habla sobre los eventos de autoagresión.

4.2. Resumen de Anamnesis

En la etapa prenatal, fue un embarazo no planificado, sin complicaciones que duró ocho meses, nació por cesárea y fue atendida en una clínica de Lima, no requirió de incubadora.

En la infancia, respecto al desarrollo motor, lenguaje y cognitivo se fue dando con total normalidad, alcanzando habilidades según su edad cronológica.

En la niñez, empezó a ir al jardín desde los 2 años, se le hacía muy difícil quedarse en el colegio, refiere que no tenía muchos amigos. En el recreo, solía comer su lonchera sola, no participaba de juegos grupales. A los 5 años sus padres se separan y ambas (madre e hija) dejan de tener contacto con el padre, por lo que no desea asistir al colegio y su mamá tenía que quedarse con ella. En la primaria, tuvo un rendimiento académico medio, contaba con solo una amiga, ya que refiere que le hacían bullying por ser “gordita”.

En la pubertad, sigue manteniendo contacto cercano solo con su amiga de la infancia, con la que realiza actividades académicas y sociales. En el ámbito académico, sigue manteniéndose con un rendimiento medio. Por el lado familiar, existe una mala relación y no hay comunicación asertiva con los miembros de su familia, no le gusta participar en actividades familiares y permanece la mayor parte del tiempo en su habitación. Debido al constante bullying de sus compañeros del colegio por su contextura, decidió someterse a dietas y ejercicios, lo que la ayudó a bajar de peso; asimismo, a los 13 años se presentó el primer y único intento de suicidio con cúter, sin embargo, mantiene pensamientos suicidas a la fecha de la evaluación.

Actualmente, la adolescente ha bajado su rendimiento académico, tiene malas calificaciones. Mantiene la amistad con su compañera de la infancia, siguen realizando actividades juntas, no le gusta mostrarse al público, en general. No cuenta con una buena relación con sus familiares y prefiere mantenerse en su habitación dibujando o escribiendo libros.

4.3. Pruebas psicológicas

4.3.1. Escala de Autoevaluación de la Depresión (EAD)

Análisis Cuantitativo

Tabla 3

Resultados de la Escala de Autoevaluación de la Depresión (EAD)

Escala	Puntuación obtenida	Categoría
Depresión	69	Depresión Moderada

Análisis Cualitativo

Se empleó la escala de Autoevaluación de la Depresión (EAD), donde se obtuvo una puntuación en el Índice EAD de 69, ubicándola en la categoría de Depresión Moderada. Resaltando puntuaciones altas en los ítems 1 y 3, los cuales se encuentran relacionados con el área afectiva, nos indican que la consultante se encuentra melancólica presenta tristeza, acompañada de llanto recurrente. Así como también, los ítems 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 describen el ámbito fisiológico, revelando problemas de sueño, bajo apetito, taquicardia y cansancio. Finalmente, los ítems 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20 están asociados al campo psicológico, un indicador de presencia de sentimientos asociados con la confusión, soledad, desesperación, irritabilidad, indecisión, insatisfacción y pensamientos suicidas.

4.3.2. Escala de Bienestar Psicológico SPWB de Carol d. Ryff.

Análisis Cuantitativo

Tabla 4:

Resultados de la Escala de Bienestar Psicológico SPWB de Carol d. Ryff.

Dimensión	Puntuación obtenida	Categoría
Autoaceptación	16	Bajo
Relaciones Positivas	17	Bajo
Autonomía	24	Medio
Manejo del ambiente	17	Bajo
Propósito de vida	24	Medio
Crecimiento personal	20	Bajo

Análisis Cualitativo

Se aplicó la escala de Bienestar Psicológico SPWB de Carol d. Ryff, donde se obtuvo 118 puntos, lo que nos indica que, en la dimensión de auto aceptación, la consultante presenta sentimientos de insatisfacción y decepción con lo que le ha sucedido a lo largo de los años. Asimismo, presenta un nivel bajo en la dimensión de relaciones positivas, develando deficiencias para establecer relaciones cercanas con las personas, sin mantener vínculos significativos. En cuanto a la autonomía, se manifiesta en un nivel medio, lo cual nos indica la necesidad de tomar decisiones y actuar de acuerdo con las demandas sociales. Por otro lado, en el dominio del entorno se encuentra en un nivel medio, lo que nos expresa ciertas deficiencias para cambiar o mejorar su contexto. En algunas ocasiones deja pasar las oportunidades que le brinda el ambiente, así como también, se ubica en un nivel medio en la dimensión de propósito de vida, lo que nos señala que la consultante posee

deficiencias para establecer metas, le cuesta tener un sentido de vida, no visualiza el pasado como un propósito. Finalmente, en la dimensión de crecimiento personal, se encuentra en un nivel bajo, con marcados sentimientos de incompetencia para desarrollar nuevas actividades, presenta un estancamiento personal y no percibe una mejoría en su salud mental, a pesar de las estrategias desarrolladas.

4.3.3. Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI).

Análisis Cuantitativo

Tabla 5

Resultados del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI)

Escala	Puntuación obtenida	Categoría
Introvertida	95	Principal preocupación
Pesimista	79	Problemática
Oposicionista	90	Principal preocupación
Difusión de la identidad	108	Principal preocupación
Desvalorización de sí mismo	101	Principal preocupación
Desagrado por propio cuerpo	106	Principal preocupación
Insensibilidad social	81	Problemática
Abusos en la infancia	78	Problemática
Trastornos de la alimentación	88	Principal preocupación
Afecto depresivo	104	Principal preocupación
Tendencia al suicidio	106	Principal preocupación

Análisis Cualitativo

Se administró el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI), el cual nos indica que la consultante alcanza puntajes elevados para síndrome de personalidad depresiva e introvertida. Asimismo, la escala de introvertido nos muestra que la consultante es reservada, poco emotiva, indiferente, poco sociable y tiende a no involucrarse emocionalmente con las personas. En cuanto a la escala pesimista, alcanza un nivel problemático, lo que evidencia que la consultante suele sentirse abatida, desanimada desde la infancia, visualiza el futuro como amenazador, triste, y desarrolla sentimientos de culpa. Seguidamente, en la escala opositorista, los resultados indican sentimientos de descontento, se comporta de manera imprevista, se siente confusa y de mal humor. Por otro lado, la escala de difusión de la identidad nos expresa que exhibe confusión de quién es y de lo que desea, distorsiona sus metas y valores. Igualmente, la escala de desvalorización de sí mismo nos muestra que se encuentra insatisfecha de su imagen, presenta temor de no lograr lo que ella quisiera ser. De igual manera, la escala de desagrado por el propio cuerpo nos demuestra que se siente descontenta con las deficiencias de la maduración morfológica de su cuerpo y de su nivel de atractivo físico y social. En la escala de insensibilidad social alcanza un nivel problemático, lo que indica que carece de empatía y no tiene interés en construir vínculos personales afectuosos. Igualmente, la escala de abusos en la infancia se encuentra en un nivel problemático, lo cual demuestra que presenta vergüenza o disgusto por haber vivido abusos verbales, físicos o sexuales por parte de algún familiar. De igual forma, en la escala de trastornos alimenticios se obtiene un nivel de principal preocupación, lo cual es un indicador de que presenta una tendencia a la anorexia o a la bulimia

nerviosa. Del mismo modo, la escala de afecto depresivo nos muestra un bajo nivel de actividad, sentimientos de culpa, aislamiento social y pérdida de confianza. Finalmente, la escala de tendencia suicida valida la presencia de ideación y planes suicidas.

4.4. Características de la Personalidad

Los rasgos que presenta la consultante están relacionados con los de una persona límite, debido a que la consultante se encuentra en una crisis del estado de ánimo, es decir tristeza, ira o miedo; generando dificultades en alcanzar su potencial social en la escuela. Asimismo, se presenta como una persona insegura, dependiente que no puede tomar sus propias decisiones por temor al qué dirán, la mayoría de veces tiende a ser pesimista, por lo que tiene una visión muy negativa del futuro y del mundo que la rodea. Además, presenta baja tolerancia a la frustración y tendencia a la agresividad cuando las cosas no salen como ella esperaba o cuando existen problemas en el hogar, por lo que se generan pensamientos irracionales que le conllevan a autoagredirse.

Del mismo modo, la adolescente presenta sentimientos de soledad, por lo que prefiere pasar la mayor parte del tiempo sola en su habitación, así como también, se evidencia sentimientos de culpabilidad que le generan pensamientos suicidas, provocados por un conjunto de situaciones negativas en el entorno familiar. Finalmente, presenta problemas de identidad, ya que manifiesta una atracción hacia una persona de su mismo sexo.

4.5. Conclusión Diagnóstica

A partir de la información descrita y de acuerdo con el CIE-10, se determina como presunción diagnóstica F34.1 Distimia (Trastorno Depresivo Persistente

según DSM-V), evidenciándose presencia de un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, acompañado de irritabilidad, insomnio y baja autoestima.

A continuación, se muestran los síntomas que presenta la consultante según el CIE-10.

Tabla 6

Síntomas de Distimia según CIE-10

F34.1 Distimia

1. Persistencia del humor depresivo por al menos un año.
2. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.
3. Insomnio.
4. Pérdida de confianza o sentimientos de inferioridad.
5. Dificultad para concentrarse o para tomar de decisiones.
6. Llanto fácil.
7. Pérdida de interés de actividades placenteras.
8. Percepción de incapacidad para realizar responsabilidades rutinarias.
9. Pesimismo sobre el futuro.
10. Aislamiento social.
11. Disminución de la locuacidad.

Diagnóstico diferencial:

La sintomatología narrada y la intensidad de los mismos no guardan relación con un diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor, ya que el tiempo de persistencia es de dos semanas, con un nivel de intensidad significativa e incapacitante en las áreas académicas, social y familiar, descartando síntomas como: pérdida importante de peso sin realizar dietas, o aumento de peso y agitación, o retraso psicomotor casi todos los días.

Asimismo, no se relaciona con un diagnóstico de Trastorno Depresivo Recurrente, debido a que el tiempo de persistencia de los síntomas es de al menos dos semanas, en el que la consultante no debe de presentar por lo menos durante 2 meses ninguna alteración significativa del estado de ánimo.

4.6. Recomendaciones

Para la adolescente:

- Asistir a tratamiento psicológico bajo el enfoque Racional Emotivo Conductual.
- Solicitar una evaluación con el psiquiatra.
- Compartir espacios de recreación y esparcimiento con su familia y amigos.
- Participar en actividades deportivas.
- Solicitar una cita con el nutricionista.

Para la madre:

- Terapia familiar para mejorar la relación con su menor hija.
- Actividades familiares como: actividades lúdicas, paseos, almuerzos o cenas.

- Mayor presencia en la vida de la adolescente, pasar tiempo de calidad, expresarle sus sentimientos y afectos.
- Motivar la comunicación constante de manera asertiva.
- Monitorear sus actividades.

5. INTERVENCIÓN

5.1. Problema Delimitado

Con base en la problemática identificada, se trabajará sobre los síntomas y signos de la depresión persistente (Distimia) corroborada a partir de las evaluaciones psicológicas, entrevista y observación de conducta.

- Emocional, se trabajará el entrenamiento en relajación, identificación de emociones, educación emocional, mindfulness, autoaceptación, autorregulación.
- En el área cognitiva se verán entrenamientos en asertividad, pensamientos absolutistas y dicotómicos, rumiación, habilidades de comunicación, autoinstrucciones, solución de conflictos, psicoeducación.
- En el área conductual se trabajará bajo la activación conductual buscando que se involucre en actividades familiares y sociales.
- Finalmente, se va a trabajar psicoeducación en la familia.

5.2. *Objetivos de la Intervención*

Objetivo General

- Desarrollar recursos psicológicos que mejoren el estado emocional de la consultante a través de la Terapia Racional Emotiva Conductual.

Objetivos Específicos

- Desarrollar la capacidad para identificar y manejar las emociones (tristeza e ira).
- Incrementar la capacidad de auto aceptación de sus fortalezas y debilidades.
- Desarrollar la capacidad para la identificación y modificación de distorsiones cognitivas.
- Fortalecer la capacidad de solución de conflictos.
- Brindar psicoeducación sobre distimia a la progenitora.

5.3. *Técnicas*

5.3.1. Selección y Sustento de las Técnicas Empleadas

El plan de intervención consta de 18 sesiones, con tiempo de duración de 5 meses, una vez por semana, de 45 minutos con sujeto a cambio, de acuerdo con las necesidades que requiera la consultante. De igual manera, la presente intervención busca acompañar a la consultante, ayudándola a prevenir situaciones de riesgo que puedan agravar el problema y de esta manera evitar una situación lamentable.

Técnicas Empleadas:

Las técnicas empleadas fueron en base al modelo Racional Emotivo Conductual, el cual plantea abordar los componentes cognitivos, emocionales y

conductuales, que son de mayor eficacia para consultantes con depresión y ansiedad.

A continuación, se explicarán las técnicas realizadas en las sesiones que forman parte de la Terapia Racional Emotiva Conductual.

Para la *identificación de emociones*, fue pertinente trabajar empleando ejercicios situacionales, ya que de esta manera se podrá reconocer qué emociones se generan en dichas situaciones, cuáles son positivas y cuáles son negativas.

Ataque a la vergüenza esta técnica busca ayudar al consultante a cambiar su creencia irracional. Inicialmente, se estimula al consultante a afrontar una situación donde sienta vergüenza. Luego, se ayuda al consultante a comprender que su emoción no es insoportable ni inevitable, por ejemplo, “Debo actuar bien o de lo contrario no tengo valor como persona”. Finalmente, el consultante modifica y comprueba una creencia racional, por ejemplo, “Prefiero comportarme bien, pero si no lo hago puedo seguir aceptándome”.

Imaginación Racional Emotiva se usó esta técnica debido a que ayuda a guiar al consultante en la identificación de una emoción más apropiada y funcional. Para ello, inicialmente, se realiza un ejercicio de respiración. Luego, se le indica al consultante que imagine una situación activadora que conlleve un fuerte sentimiento de ansiedad, depresión, pánico o rabia. Seguidamente, se le solicita que mantenga el acontecimiento, pero que cambie el sentimiento identificado por otro negativo saludable, por ejemplo, angustia por preocupación. Posteriormente, cuando logra cambiar el sentimiento se le pregunta ¿Cómo lo ha cambiado? Y ¿Qué hiciste para para cambiarlo? Finalmente, se realiza el feedback de la actividad.

Autorrevelamiento esta técnica fue esencial porque ayuda al consultante a comprender que no es el único con dicho problema. Para empezar, se identificó el problema mediante un ABC y luego se expuso un caso similar al del consultante, para que de esa forma pueda relacionar las situaciones.

Juego de Roles invertido fue pertinente utilizar esta técnica, porque ayuda al consultante a confrontar sus propias creencias irracionales. Inicialmente, se le indica al consultante que va a asumir el rol de terapeuta y el terapeuta el rol del consultante. Luego, se le pide al consultante que represente el uso de las creencias racionales en una situación específica y que compruebe cuáles son las emociones. Finalmente, se realiza el feedback de la actividad.

Diálogo forzado fue oportuno realizar esta técnica, ya que permite que el consultante realice un análisis de sus creencias irracionales. Para iniciar, se elabora una lista de creencias irracionales del consultante. Luego, se lee en voz alta cada una por separado. Seguidamente, se le solicita al consultante que argumente de manera firme sus creencias irracionales. Finalmente, se realiza un feedback de la actividad.

Diario de emociones fue fundamental utilizar esta técnica, debido a que nos ayuda a tener un registro de las emociones que presenta el consultante durante la semana. Es por ello, que se indica al consultante que durante una semana va a anotar cada tres o cuatro horas qué emociones siente, cuáles son sus pensamientos, acciones, reacciones corporales que están asociadas a la situación.

Mindfulness es esencial la aplicación de esta técnica porque busca una conciencia libre de juicios sobre nuestras sensaciones, sentimientos, pensamientos

y toma en cuenta lo que sucede en nuestro interior en cada situación. Para esta técnica, se realizan diversos ejercicios de respiración y relajación.

Se utilizaron técnicas de *reestructuración cognitiva*, que busca corregir, modificar, cuestionar y reformular los pensamientos asociados a las emociones y conductas perturbadoras que se generen frente a situaciones estresantes.

Hechos vs. Interpretaciones es importante la aplicación de esta técnica, debido a que busca diferenciar los hechos reales de los pensamientos o interpretaciones que le podamos dar a cada situación. Para ello, se le explica al consultante qué es un hecho y qué es una interpretación. Luego, se le brinda una relación de frases donde tiene que identificar si es un hecho o una interpretación. Finalmente, se realiza el feedback.

ABC es la técnica base de toda intervención, ya que permite clarificar la situación, los pensamientos y las emociones que se presentan en cada caso. Para ello, se dibuja en un papel un cuadro con 3 columnas y 2 filas. Luego, se le pregunta al consultante cuál es la problemática que más le perturba en ese momento, seguidamente se identifican los pensamientos, emociones y conductas según corresponda.

Preguntas clarificadoras: Es importante emplear esta técnica, ya que nos ayuda a tener una idea más clara de la conceptualización de cada pensamiento del consultante. Para ello, se utilizar preguntas como ¿Qué sientes? ¿Por qué? ¿Qué significa para ti? ¿Qué crees acerca de...?

Psicoeducación es una de las técnicas más aplicadas porque nos ayuda a brindar información relevante al consultante. Inicialmente, se identifica el tema a

tratar, luego se realiza una pequeña introducción de dicho tema; finalmente, se realizan actividades para situar la necesidad.

Los pasajeros del bus, esta técnica fue conveniente, ya que permite que el consultante pueda diferenciar lo bueno y lo malo, y así lograr una buena salud mental. Es por ello, que se le indica que “Tú eres el chofer del bus, del bus de tu vida”, pero subirán pasajeros indeseables quieras o no, estos son rudos, molestos y dicen cosas muy feas que te afectan y te impiden dirigir el bus hacia dónde tú desees ir. Luego, se le realiza la pregunta ¿Cuál es la solución? Finalmente, se realiza un análisis de la respuesta obtenida.

Solución de problemas, es una técnica fundamental, debido a que enseña a la consultante a generar alternativas y a tomar decisiones. Para ello, se le brinda a la consultante una situación y ella tiene que identificar el problema. Luego, se le pide que dé alternativas de solución. Finalmente, se realiza un análisis de su respuesta frente a la situación y se le brindan más opciones de solución.

Entrenamiento en manejo de negociación, esta técnica busca describir las conductas que no cumplen con lo esperado. Para ello, se recolecta información y se reconocen las dificultades que serán un obstáculo para llegar a un acuerdo. Luego, se buscan soluciones que beneficien a todos.

Valores, es pertinente utilizar esta técnica porque genera que el consultante tenga conductas de acuerdo con su propósito de vida. Inicialmente, se le solicita al consultante que realice una lista de sus actividades placenteras, luego, se le brinda unas cartas de colores donde el consultante tendrá que escribir sus valores y ponerlos en orden de importancia. Finalmente se trabaja en cuanto a los valores desalineados.

Activación conductual, esta técnica es esencial, debido a que ayuda a que el consultante se reincorpore en actividades y evite la rumiación. Para ello, se identifican las conductas evasivas, luego se definen los objetivos a corto y largo plazo. Seguidamente, se realiza una lista de actividades que generen un impacto positivo en la rutina de la consultante, empezando por actividades simples y fáciles.

Consideraciones Éticas

- ***Beneficencia***, desde el inicio se busca que la consultante pueda mejorar su estado emocional, para así disminuir los daños que se podrían situar y generar beneficios como: mejorar su bienestar psicológico, favorecer la relación con sus familiares, involucrarse con el entorno social y mejorar sus calificaciones.
- ***No maleficencia***, no se utilizaron estrategias o técnicas que no hayan sido previamente comprobadas científicamente o que lleguen a afectar negativamente a la consultante.
- ***Principio de verdad***, la información presentada se ciñe netamente a la intervención del caso abordado.
- ***Confidencialidad***, la información sobre la consultante ha sido totalmente cuidada y preservada; se realizó un cambio de datos para prevenir la identificación.
- ***Autonomía***, en todo momento se respetó la capacidad de decisión de la consultante, quien tuvo la posibilidad de desistir en el momento que lo deseaba.

5.3.2. Ejecución: Descripción del Plan de Intervención

Descripción del Plan de Intervención

Se coordinó la intervención con la psicóloga a cargo del Departamento de Salud Mental. Seguidamente, se elaboró el plan de intervención con el cronograma de las sesiones, el cual consistió en 18 sesiones virtuales de 45 minutos cada una, el mismo que fue supervisado y aprobado por la licenciada y explicado a la progenitora. De esa manera, la intervención tuvo como finalidad desarrollar recursos psicológicos que mejoren el estado emocional de la consultante a través de la Terapia Racional Emotiva Conductual y prevenir situaciones de riesgo que puedan agravar el problema y de esta manera evitar una situación lamentable.

Sesión Modelo

Las sesiones virtuales duran 45 minutos y están divididas en 3 etapas: inicio, desarrollo (tema a abordar) y cierre. En el inicio se le pregunta a la consultante ¿cómo está?, ¿cómo le ha ido durante estos días? Si ha surgido alguna situación que le preocupe, se realiza el ABC para identificar la problemática. Seguidamente, en el desarrollo se trabaja el tema según lo establezca el plan de intervención (sujeto a cambio, bajo la necesidad de la consultante) donde se realizan actividades que nos ayuden a abordar el tema. Finalmente, en el cierre se realiza un resumen para clarificar lo tratado en sesión y, si es necesario, se deja una tarea que realiza durante la semana.

Tabla 7*Cronograma de Trabajo/Plan de intervención con la consultante.*

Sesión	Objetivo	Actividades	Materiales
Sesión 1: “Reconociendo mis emociones”	Identificar las emociones en la vida cotidiana.	-Video acerca de las emociones. -Realizar ABC. -Recordar situaciones e identificar las emociones. -Preguntas clarificadoras. -Tarea: Anotar en una hoja de registro la situación, el pensamiento y la emoción que se generó.	-Laptop -Papel bond -Lápiz -Borrador -Hojas de registro
Sesión 2: “¿Cuándo siento ...?”	Identificar emociones: tristeza e ira.	-Resumen de la semana. -Se revisa la tarea. - Realizar ABC. -Imaginación Racional Emotiva -Preguntas clarificadoras. -Tarea: Diario emocional. -Feedback.	-Música relajante -Hoja bond -Lápiz -Borrador

Sesión 3: “¿Qué pienso cuando...?”	La consultante conocerá la relación que existe entre pensamientos y emociones.	-Resumen de la semana. -Se revisa la tarea. - Realizar ABC. -Análisis de las situaciones de la hoja de registro. -Preguntas clarificadoras. -Debate sobre los pensamientos irracionales. -Feedback.	- Hoja bond - Lápiz - Borrador
Sesión 4: “¿Qué hago cuando...?”	Conocer la relación que tienen los pensamientos, emociones y conductas.	-Resumen de la semana. -Realizar ABC. -Ataque a la vergüenza. -Preguntas clarificadoras. -Feedback.	- Hoja bond - Lápiz - Borrador
Sesión 5: “Técnicas de relajación”	Lograr que la consultante identifique una emoción saludable a eventos desagradables trabajados mediante la imaginación.	-Resumen de la semana. - Realizar ABC. -Preguntas clarificadoras. -Mindfulness. -Feedback.	- Música relajante
Sesión 6:	Diferenciar los hechos y las interpretaciones.	-Resumen de la semana. - Realizar ABC.	-Material de ejemplos.

“Hechos vs interpretaciones”		-Ejercicios de ejemplos para reconocer los hechos y las interpretaciones. -Preguntas clarificadoras. -Feedback.	- Hoja bond - Lápiz - Borrador
Sesión 7: “Psicoeducación”	Brindar información acerca de las creencias racionales e irracionales.	-Resumen de la semana. -Realizar ABC. -Breve explicación de creencias racionales e irracionales. -Preguntas clarificadoras. -Ejemplos. -Feedback.	- Laptop - PPT
Sesión 8: “Creencias irracionales”	Identificar las creencias irracionales.	-Resumen de la semana. -Resumen de la sesión anterior. - Realizar ABC. -Lista de ejemplos para identificar las creencias. -Preguntas clarificadoras. -Feedback.	- Hoja bond - Lápiz - Borrador
Sesión 9: “Identificando mis creencias”	Identificar, analizar y discutir las creencias irracionales.	-Resumen de la semana. -Realizar ABC. -Identificar las creencias irracionales.	- Hoja bond - Lápiz - Borrador

		<ul style="list-style-type: none"> -Juego de roles invertidos. -Preguntas clarificadoras. -Feedback. 	
<p>Sesión 10: “Mis creencias irracionales”</p>	<p>Abordar las creencias más persistentes en la consultante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Resumen de la semana. -Realizar ABC. -Diálogo forzado. -Preguntas clarificadoras. -Feedback 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja bond - Lápiz - Borrador
<p>Sesión 11: “Solución de conflictos”</p>	<p>Lograr que la consultante identifique herramientas de solución ante situaciones estresantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Resumen de la semana. -Realizar ABC. -Actividad: Solución de problemas. -Preguntas clarificadoras. -Los pasajeros del bus. -Feedback. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja bond - Lápiz - Borrador
<p>Sesión 12: “Valía personal”</p>	<p>Lograr que la consultante identifique y analice sus fortalezas e incremente la aceptación de las debilidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Resumen de la semana. -Realizar ABC. -Video reflexivo. -Mindfulness (Autoaceptación, autocompasión). -Preguntas clarificadoras. 	<ul style="list-style-type: none"> - Música relajante - Hoja bond - Lápiz - Borrador

		-Feedback.	
Sesión 13: “Valores”	Lograr que la consultante identifique y fortalezca sus valores.	-Resumen de la semana. -Realizar ABC. -Actividad de valores. -Diálogo. -Preguntas clarificadoras. -Feedback.	- Hoja bond - Cartas de colores - Lápiz - Borrador
Sesión 14: “¿Cuáles son mis actividades favoritas?”	Lograr que la consultante identifique las actividades de su agrado.	-Resumen de la sesión. -Realizar ABC. -Activación conductual. -Preguntas clarificadoras. -Lista de actividades. -Registro de actividades. -Feedback	- Hoja bond - Ficha de registro - Lápiz - Borrador
Sesión 15: “Horario de actividades”	Incentivar a que realice actividades placenteras.	-Resumen de la semana. -Realizar ABC. -Establecer un horario de actividades. -Entrenamiento en manejo de negociación. -Preguntas clarificadoras.	- Hoja bond - Ficha de registro - Lápiz - Borrador

		-Tarea: Hoja de registro. -Feedback.	
Sesión 16: “Psicoeducación”	Brindar información acerca de la importancia de la familia y los tipos de comunicación.	-Resumen de la semana. -Breve explicación del tema. -Realizar ABC. -Autorrevelamiento. -Diálogo. -Preguntas clarificadoras. -Feedback.	- Laptop - PPT - Hoja bond - Lápiz - Borrador
Sesión 17: “Fortaleciendo los vínculos familiares”.	Incentivar a la consultante en la participación de actividades familiares.	-Resumen de la semana. -Realizar ABC. -Realizar lista de actividades. -Diálogo del tema. -Preguntas clarificadoras. -Feedback.	- Hoja bond - Lápiz - Borrador
Sesión 18: “Recordando lo realizado”	Reforzar todos los temas abordados.	-Resumen de la semana. -Realizar ABC. -Diálogo sobre lo trabajado. -Preguntas clarificadoras.	- Hoja bond - Lápiz - Borrador

		-Entrevista. -Feedback.	
--	--	----------------------------	--

Sesiones con la Progenitora

Tabla 8

Cronograma de Trabajo con la progenitora

Sesión	Objetivo	Actividades	Materiales
Sesión 1 “Psicoeducación”	Brindar información acerca de los síntomas de la distimia, comunicación asertiva y escucha activa.	-Diálogo. -Exposición de la distimia, sus síntomas, comunicación asertiva y escucha activa. -Preguntas clarificadoras.	- Laptop - Zoom - PPT
Sesión 2 “Entrevista”	Obtener información acerca del avance de la consultante en el hogar.	- Diálogo acerca de las conductas que tiene la consultante en el hogar y cómo es la dinámica familiar.	- Laptop - Zoom - Hoja bond. - Lista de cotejo - Lápiz

5.3.3. Indicadores de Logro

Los indicadores de logro se establecieron de acuerdo con los objetivos planteados en la intervención. Tienen como finalidad conocer si al término de las sesiones la consultante logra alcanzar los siguientes aspectos:

- La consultante emplea recursos psicológicos (afectivos, cognitivos y sociales) facilitados durante la intervención, logrando mejorar su estado emocional.
- La consultante logra reconocer y manejar los estados emocionales de tristeza e ira, de manera que identifica, analiza y aplica las estrategias brindadas.
- La consultante incrementa el número de fortalezas reconocidas y disminuye la intensidad de atención de sus debilidades.
- Identifica, analiza y discute 5 pensamientos irracionales, de manera que los modifica por pensamientos racionales.
- La consultante, ante situaciones de la vida cotidiana, es capaz de analizar y encontrar por lo menos una alternativa de solución a un problema.
- La madre reconoce por lo menos 6 síntomas de distimia y aplica la comunicación asertiva, escucha activa cuando su hija se siente triste, llora, no sale de su cuarto o presenta conductas autoagresivas.

5.3.4. Monitoreo y Evaluación de la Intervención

El monitoreo tuvo como finalidad conocer el progreso de la consultante durante el desarrollo de la intervención. Para ello, se utilizaron las siguientes herramientas:

Pre-test y post-test, con el propósito de responder al primer indicador, se utilizaron como pre-test las pruebas de Autoevaluación de Zung y de Bienestar Psicológico, que fueron aplicadas a la adolescente al inicio de la intervención, para así conocer la línea base de la depresión y del bienestar psicológico en el que se encontraba. De la misma manera, al finalizar la intervención, se volvió a aplicar las mismas pruebas para comparar los resultados obtenidos y así conocer la efectividad de la intervención.

Entrevista, se empleó esta herramienta para dar respuesta al primer y sexto indicador. Se realizan entrevistas con la madre para obtener información sobre cómo visualiza a su hija, cuáles son las actividades que realiza y cerciorarse de que lo registrado en las fichas sea verídico. Asimismo, se realizaron entrevistas a la consultante para conocer cómo se siente ella frente al acompañamiento, si ella considera que hay cambios, cómo está realizando las actividades a partir de la intervención.

Diario de tristeza e ira, se utilizó esta herramienta para responder al segundo indicador. Esta es una escala que se utilizará todas las semanas para registrar del 0 al 10 el promedio de tristeza e ira que experimenta durante el día, donde se anotará la situación que incrementa esta emoción y qué estrategia utilizó.

Ficha de registro de fortalezas y debilidades, inicialmente en esta ficha la consultante escribirá sus fortalezas y debilidades, donde cada mes debe de registrar

qué fortalezas ha incrementado y qué debilidades ha disminuido. Utilizado para responder al tercer indicador.

Ficha de registro de pensamientos, al inicio de la intervención se le pide a la consultante que registre los pensamientos que se generan en las situaciones más importantes para ella durante 3 semanas, luego que identifique si es un hecho o una interpretación. Seguidamente, se solicitará que coloque si es un pensamiento racional o irracional. En caso sea irracional, que indique qué realizó o qué solución podría dar para cambiar ese pensamiento. Utilizado para responder al cuarto indicador.

Lista de cotejo, se utilizó esta herramienta para dar respuesta al quinto y sexto indicadores. Esta es una lista de indicadores, elaborada manualmente, empleada al finalizar la intervención para conocer si las sesiones realizadas y las estrategias brindadas se han puesto en práctica en la vida cotidiana.

En la siguiente tabla se presentan los objetivos con su correspondiente indicador y herramientas de monitoreo que evalúan a dichos indicadores.

Tabla 9

Integración de objetivos, indicadores y monitoreo

Objetivos	Indicadores	Monitoreo
Desarrollar recursos psicológicos que mejoren el estado emocional de la consultante a través de la Terapia Racional Emotiva Conductual.	La consultante emplea recursos psicológicos (afectivos, cognitivos y sociales) facilitados durante la intervención	- Pre-test y Post-test - Entrevista

	logrando mejorar su estado emocional.	
Desarrollar la capacidad para identificar y manejar las emociones (tristeza e ira).	La consultante logra reconocer y manejar los estados emocionales de tristeza e ira, de manera que identifica, analiza y aplica las estrategias brindadas.	- Diario de emociones (Tristeza e ira)
Incrementar la capacidad de autoaceptación de sus fortalezas y debilidades.	La consultante incrementa el número de fortalezas reconocidas y disminuye la intensidad de atención de sus debilidades.	- Ficha de registro de fortalezas y debilidades
Desarrollar la capacidad para la identificación y modificación de distorsiones cognitivas.	Identifica, analiza y discute 5 pensamientos irracionales, de manera que los modifica por pensamientos racionales.	- Psicoeducación - Ficha de registro de pensamientos - ABC
Fortalecer la capacidad de solución de conflictos.	La consultante ante situaciones de la vida cotidiana es capaz de analizar y encontrar por	- ABC - Lista de cotejo

	lo menos una alternativa de solución a un problema.	
Brindar psicoeducación sobre distimia a la progenitora.	La madre reconoce por lo menos 6 síntomas de distimia y aplica la comunicación asertiva, escucha activa cuando su hija se siente triste, llora, no sale de su cuarto o presenta conductas auto agresivas.	- Psicoeducación - Entrevista

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

1. RESULTADOS

1.1. Descripción de los Resultados Hallados

Con respecto al primer indicador: **La consultante emplea recursos psicológicos (afectivos, cognitivos y sociales) facilitados durante la intervención logrando mejorar su estado emocional.** Como herramienta de monitoreo para el primer indicador se realizó una entrevista semiestructurada con la progenitora, donde se elaboró una guía de entrevista con preguntas relacionadas a las tres categorías de los recursos psicológicos brindados. Es importante mencionar que la información que se disgrega es netamente cualitativa, basada en las descripciones subjetivas de la progenitora. Asimismo, las técnicas trabajadas durante la intervención estuvieron en base al control de emociones, la activación conductual, el cambio de pensamiento, el uso de la comunicación asertiva, entre otras. Los resultados se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 10

Resultados de la guía de entrevista semiestructurada

Recursos Psicológicos	Instrumento: Guía de entrevista semiestructurada.
<i>Afectivos (Autocontrol, manejo de emociones y valía personal)</i>	La madre refiere que ha observado en varias ocasiones que la consultante está realizando técnicas de relajación en su habitación. De la misma manera, menciona que ha disminuido el llanto por las noches; cuando se siente molesta o incómoda se toma un tiempo para respirar, por lo que ya no reacciona con agresividad, es decir,

puede sobrellevarlo y no le dura mucho tiempo. Asimismo, cuando algo no sale como ella quería continúa esforzándose hasta lograrlo y cuando se siente un poco triste realiza actividades relajantes sugeridas, por ejemplo, dibujar, pintar, escribir, escuchar música, etc. Además, en cuanto a las conductas autoagresivas, refiere que no presenta moretones y le ha crecido el cabello.

Finalmente, la madre manifiesta que ha observado que este ámbito ha sido uno de los más dificultosos para la consultante. Sin embargo, señala que la adolescente le ha solicitado comprarle otro estilo de ropa con la finalidad de renovar su closet, por lo que al finalizar la intervención ha mejorado su aspecto personal y se preocupa más por su forma de vestir. Asimismo, señala que, a pedido de la consultante, está siguiendo una alimentación saludable brindada por un nutricionista. Finalmente, ha podido notar mayor organización al momento de programar sus actividades, cumpliendo con los horarios establecidos en el hogar.

<i>Cognitivos</i>	La progenitora señala que cuando se presenta alguna
<i>(Cambio</i>	<i>de</i> dificultad en el hogar, la consultante se toma el tiempo
<i>pensamiento,</i>	de analizar, luego participa dando una alternativa de solución y saca lo positivo de la situación. Además,

reflexión, toma de decisiones) menciona que la adolescente se ha vuelto más independiente, ya no le consulta las cosas, es decir, puede tomar sus propias decisiones. Asimismo, ha podido notar que en la pared de su cuarto ha pegado frases positivas y que cuenta con un diario donde coloca la reflexión de sus pensamientos.

Sociales (Habilidades sociales, red de apoyo, relaciones interpersonales) En la entrevista, la madre comenta que la consultante ha mejorado en la manera de expresarse, ya no lo hace de mala gana o levantando la voz; además, ya no se queda callada ahora expresa su punto de vista. Así como también, se involucra más en actividades familiares, pasa más tiempo con su hermana menor, saca a pasear al perro, recoge el pan, asiste a clases de danza, donde en varias oportunidades la ha visto conversando con sus compañeras.

Asimismo, la progenitora señala que cuando la consultante se siente triste, frustrada o agobiada busca a su abuelo o la busca a ella contándole lo que le sucede y le solicita un consejo. Asimismo, afirma que cuando ella está limpiando, cocinando o cualquier miembro de la familia está realizando alguna actividad que requiera ayuda, la adolescente no espera a que se la soliciten, sino que se ofrece a realizarlo. Finalmente, manifiesta que se ha involucrado en grupos de estudio, generando

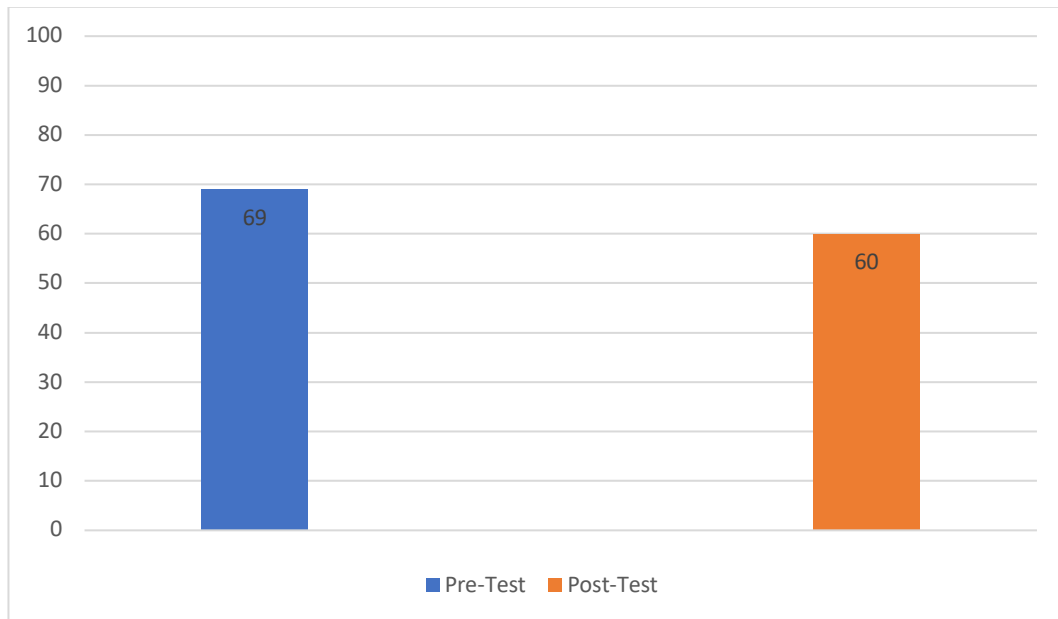
una mejora en sus calificaciones y aprobó los dos primeros bimestres.

En la tabla 10, de acuerdo con lo manifestado por la progenitora, se visualiza que la consultante aplica las técnicas brindadas y trabajadas, generando así una mejora en su estado emocional. Cabe mencionar que antes de que se lleve a cabo la intervención, la consultante prefería pasar la mayor parte del tiempo sola en su habitación, presentaba constante llanto, conductas autoagresivas, sus calificaciones habían disminuido, mantenía una mala relación y poca comunicación con los miembros de la familia y se mostraba descuidada en cuanto a su vestimenta. Sin embargo, al finalizar la intervención, y con los datos recabados en la entrevista, la consultante logra utilizar técnicas de relajación, disminuir el llanto por las noches, tomarse un tiempo para respirar cuando se siente molesta o incómoda, logra ser persistente en lo que desea, puede tomar decisiones, comunicar lo que desea y cómo se siente, ha mejorado sus calificaciones, participa en actividades familiares, sociales, entre otras; todo esto demuestra el mejoramiento de su estado emocional gracias a los recursos psicológicos que se le han brindado a través de la terapia Racional Emotiva Conductual.

Adicionalmente, como herramienta de apoyo se aplicó la Escala de Autoevaluación de la Depresión (EAD), al ingresar y el término de la intervención (18 sesiones), con la finalidad de valorar la mejoría en lo que respecta a su estado emocional.

Figura 3

Resultados de la Escala de Autoevaluación de Depresión (EAD)

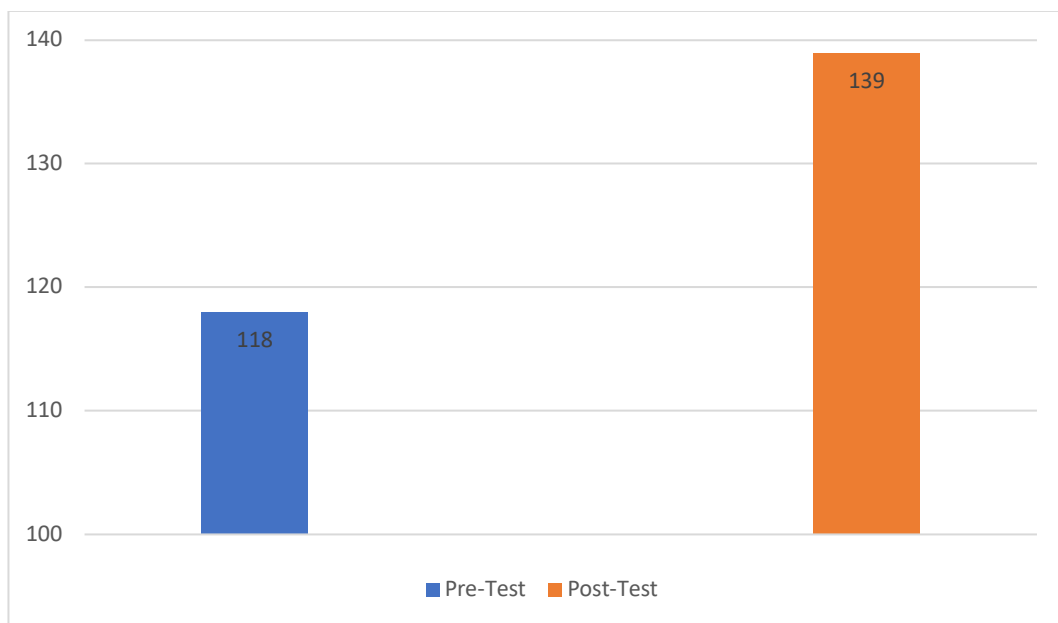


En los resultados mostrados en la Figura 3, se observa que en el pre-test se obtuvo un puntaje de 69 en el índice EAD, lo cual ubica a la consultante en un estado de Depresión Moderado; se identificaron puntuaciones positivas en los síntomas, tales como, tristeza, constante llanto, pérdida de interés de actividades placenteras, aislamiento social, ideas suicidas y de autoagresión. Después del proceso de intervención, se administra la misma prueba, donde se evidencia que el nivel moderado se mantiene; sin embargo, la puntuación de los ítems disminuye, y alcanza un puntaje total de 60 en el índice EAD. Esto quiere decir, que los ítems como pensamientos relacionados al suicidio, tristeza la mayor parte del tiempo, desvaloración personal, problemas del sueño, irritabilidad, sentimientos de indecisión y desesperación se han visto disminuidos, pasando de 4 puntos a 2, es decir, de estar presente “casi siempre” a la categoría “algunas veces”.

De la misma manera, como soporte a los resultados del indicador 1, se aplica la Escala de Bienestar Psicológico SPWB de Carol d. Ryff, a fin de corroborar si al mejorar su estado emocional -es decir, su nivel de depresión- también se incrementa su bienestar psicológico. Los resultados se muestran en el siguiente Figura.

Figura 4

Resultados de la Escala de Bienestar Psicológico de Carol d. Ryff.



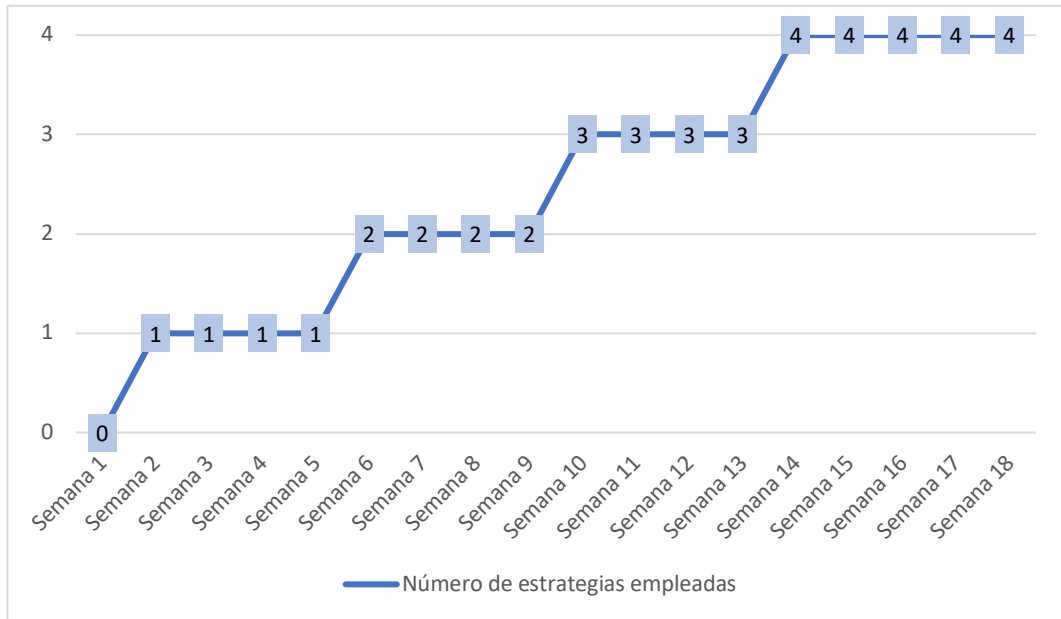
En los resultados mostrados en el Figura 4, se visualiza que en el pre-test se obtuvo un puntaje de 118, lo cual demuestra que la consultante cuenta con un bienestar psicológico moderado. Ello manifiesta la poca aceptación de sí misma, sentimientos de insatisfacción, deficiencia para establecer relaciones cercanas, deficiencias para lograr sus metas y no logra desarrollar nuevas actividades. Luego de la intervención psicológica se aplica nuevamente la escala, donde obtiene 139 puntos, que se ubica aún en el nivel moderado, aunque su puntuación se ha incrementado en 21 puntos; este sigue siendo un cambio no significativo según la

escala. Cabe mencionar que las mejoras responden a una actitud positiva hacia sí misma, deseo de cumplir metas e incrementa su percepción para influenciar positivamente en su ambiente. Finalmente, esto nos muestra que conforme vaya empleando los recursos psicológicos brindados y mejorando su estado emocional, es decir, su nivel de depresión, la consultante va aumentando su bienestar psicológico.

En cuanto al segundo indicador: **La consultante logra reconocer y manejar los estados emocionales de tristeza e ira, de manera que identifica, analiza y aplica las estrategias brindadas.** Como método de medición del segundo indicador se empleó el diario de emociones en el que se iba verificando por semana lo que la consultante registraba en cuanto a la estrategia que utilizó. El logro del indicador responde al total de estrategias que emplea ante eventos sucedidos a lo largo de cada semana, durante 18 sesiones. Cabe señalar que la información que se disgrega es según la percepción de la consultante, las cuales se han ido codificando según el diario de emociones con datos numéricos. Los resultados se muestran en el siguiente Figura.

Figura 5

Resultados del Diario Emocional de la Tristeza e Ira

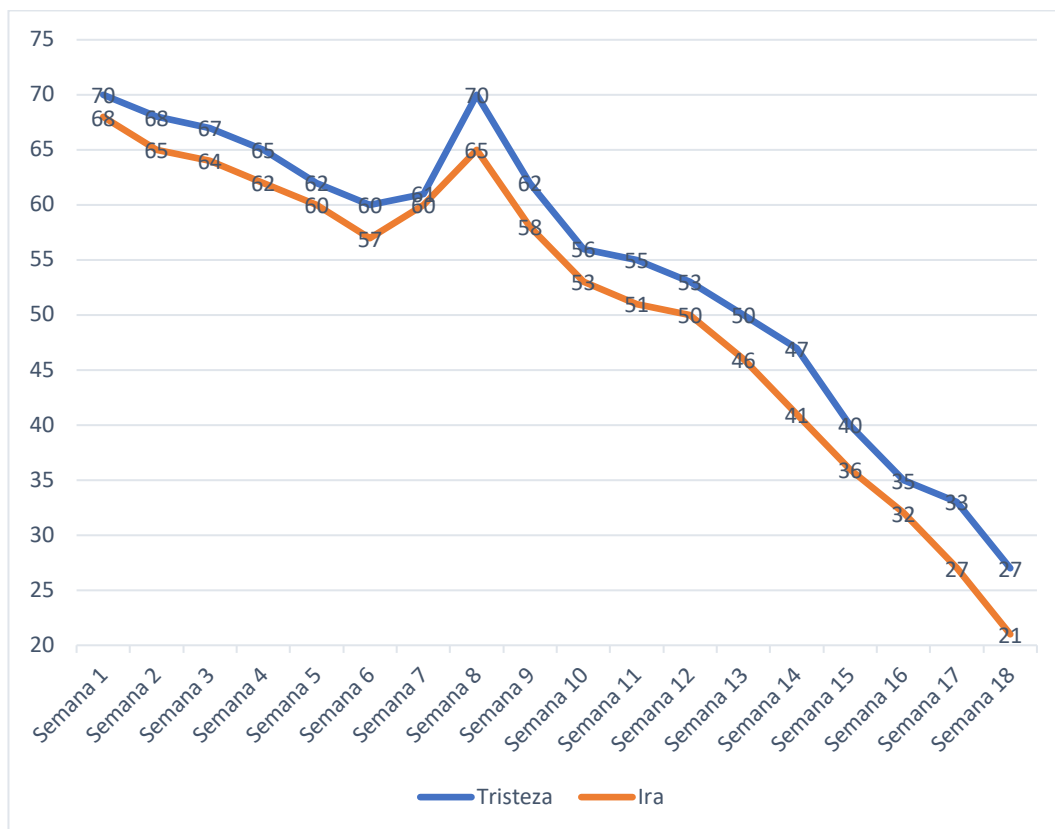


En la Figura 5, se muestra cuántas estrategias logra utilizar para manejar las emociones de tristeza e ira. En la primera semana inicia con 0 estrategias, luego, por 2 semanas se mantiene en 1 estrategia (ABC), durante las semanas 6, 7, 8 y 9 utiliza 2 estrategias brindadas (ABC y diario de emociones), en las siguientes 4 semanas, 10, 11, 12 y 13 emplea 3 estrategias (ABC, diario de emociones y técnicas de relajación) y en las sesiones 14, 15, 16, 17 y 18 hace uso de 4 estrategias propuestas (ABC, diario de emociones, técnicas de relajación y cambio de emoción).

De igual manera, se utilizó el diario de tristeza e ira, donde se buscó medir la intensidad de las emociones. Semanalmente, la consultante debía registrar datos en una escala del 0 al 10, siendo el puntaje máximo por semana 70. El monitoreo y la retroalimentación se fueron dando durante 5 meses. Los resultados obtenidos se muestran en el siguiente Figura.

Figura 6

Resultados de Lista de Cotejo de Estrategias Empleadas



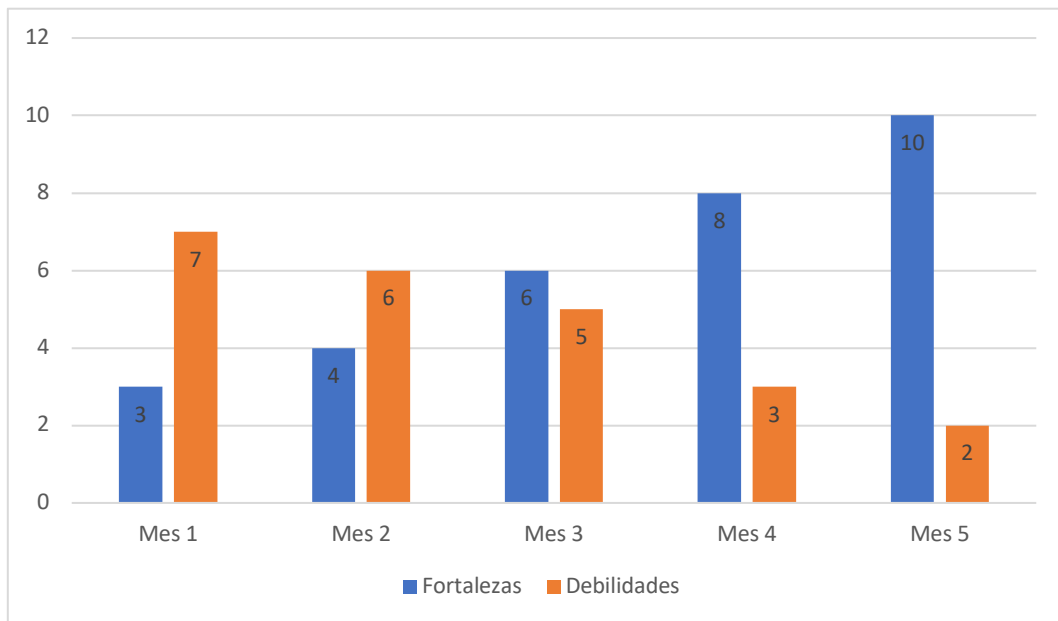
En el Figura 6, se visualiza que la consultante logra reconocer sus emociones de tristeza e ira, identifica la intensidad de su sentir. Los resultados evidencian que durante las primeras semanas, las emociones fueron disminuyendo progresivamente, sin embargo, en la semana 8 se obtuvo 70 puntos de tristeza y 65 de ira, lo cual indican un pico de puntuación máxima debido a una problemática familiar que se presentó (discusión entre la madre y el padrastro); una vez que se analizó y se aplicaron las estrategias, el descenso de la intensidad de las emociones siguió disminuyendo hasta obtener por semana una puntuación mínima de 27 en tristeza y 21 en la emoción de ira.

Finalmente, estos resultados demuestran que la consultante logra analizar y aplicar las estrategias trabajadas durante las sesiones, lo que le permite afrontar saludablemente y mejorar su estado emocional. Podemos evidenciar, que mientras la consultante emplea las estrategias brindadas, su estado emocional mejora.

En el tercer indicador: **La consultante incrementa el número de fortalezas reconocidas y disminuye la intensidad de atención de sus debilidades.** Como herramienta de medición del tercer indicador se utilizó una ficha de registro de fortalezas y debilidades, donde en la segunda sesión de la intervención la consultante escribió cuáles eran sus fortalezas y debilidades. Durante la intervención se emplearon técnicas como: psicoeducación, valores y mindfulness (Autoaceptación y Autocompasión) para lograr disminuir la intensidad de atención de sus debilidades y reemplazarlas por fortalezas. Finalmente, las debilidades se trabajaron durante las sesiones 12, 13 y 14, las cuales fueron monitoreadas en 3 semanas. Los resultados obtenidos se muestran en el siguiente Figura.

Figura 7

Resultados de Ficha de Registro de Fortalezas y Debilidades



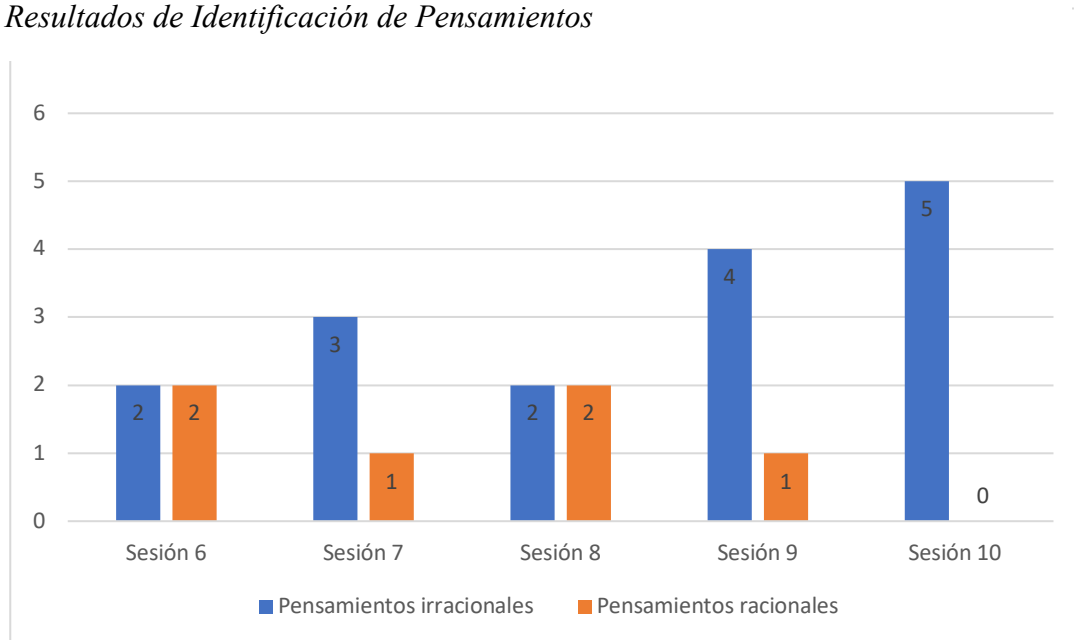
En el Figura 7, los resultados demuestran que en el primer mes se registran 3 fortalezas y 7 debilidades, seguidas de un progreso continuo de aumento de fortalezas y disminución de debilidades, finalizando la intervención con el reconocimiento y aceptación de 10 fortalezas y 2 debilidades.

En el cuarto indicador: **Identifica, analiza y discute 5 pensamientos irracionales, de manera que los cambia por pensamientos racionales.** Como herramienta de medición para el cuarto indicador se empleó una lista de cotejo de 25 pensamientos seleccionados, a partir de las manifestaciones que la consultante ha tenido en las entrevistas y sesiones de la intervención. La finalidad es verificar si durante cada sesión (6, 7, 8, 9 y 10) la consultante logra identificar, analizar y discutir 5 pensamientos. Además, se empleó la psicoeducación, ficha de registro de pensamientos, el ABC y la lista de pensamientos, donde la consultante debía identificar y analizar cuáles eran los pensamientos racionales y cuales eran

irracionales. Cabe señalar que la información que se disgrega es según la percepción de la consultante, las cuales se han ido codificando según la lista de cotejo con datos numéricos. Los resultados se muestran en el siguiente Figura.

Figura 8

Resultados de Identificación de Pensamientos



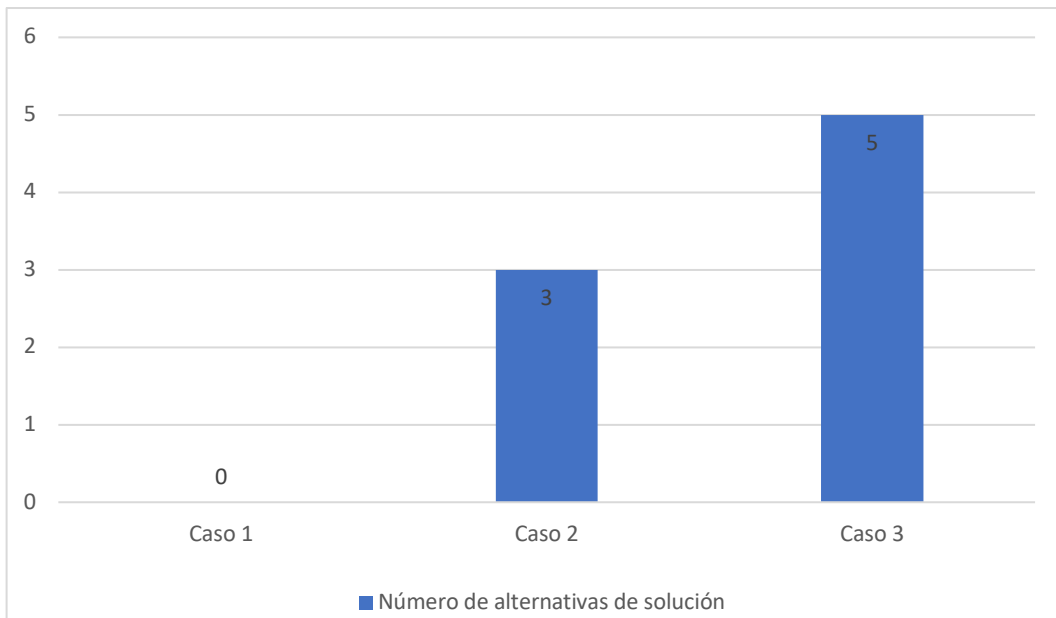
Los resultados constatan que durante las sesiones 6, 7 y 8, la consultante logra identificar, analizar y discutir 4 de los 5 pensamientos brindados. Sin embargo, en la novena y décima sesión, la consultante logra identificar, analizar y discutir los 5 pensamientos planteados en la lista alcanzando el puntaje 5/5, lo que demuestra un avance progresivo conforme se van dando las intervenciones, feedback y la práctica de las estrategias realizadas.

Con los resultados indicados, la consultante demuestra que logra identificar sus pensamientos irracionales de la vida cotidiana y ha desarrollado su habilidad para discutir y cambiar sus pensamientos irracionales asociados a pensamientos suicidas, sobre sus capacidades y sobre la intención del entorno.

En el quinto indicador: **La consultante, ante situaciones de la vida cotidiana, es capaz de analizar y encontrar por lo menos una alternativa de solución a un problema.** Como herramienta de medición del quinto indicador se utilizó una lista de cotejo con 3 casos de la vida cotidiana, donde por cada caso se realizó un ABC para identificar la problemática, las emociones y los pensamientos. Seguidamente, la consultante debía realizar una lista de alternativas de solución para dicho problema. Este tema se trabaja como parte de todas las sesiones, sin embargo, en la sesión 11 nos centramos en la verificación del mismo. Es importante mencionar que la información que se disgrega es según la percepción de la consultante, las cuales se han ido codificando según la lista de cotejo con datos numéricos. Los resultados se muestran en la siguiente Figura.

Figura 9

Resultados de Alternativas de Solución por Caso



En el Figura 9, se observa que, en el primer caso, la consultante no encuentra solución a la problemática brindada (obtiene 0 puntos); sin embargo, en el segundo caso la consultante analiza e identifica 3 posibles soluciones para el problema (obtiene 3 puntos de lo esperado); finalmente, en el tercer caso, la consultante es capaz de analizar y encontrar 5 alternativas de solución para la problemática planteada (obtiene 5 puntos sobre lo esperado). Esto indica que su capacidad de toma de decisiones se ha visto incrementada, tomando en cuenta la estrategia del ABC.

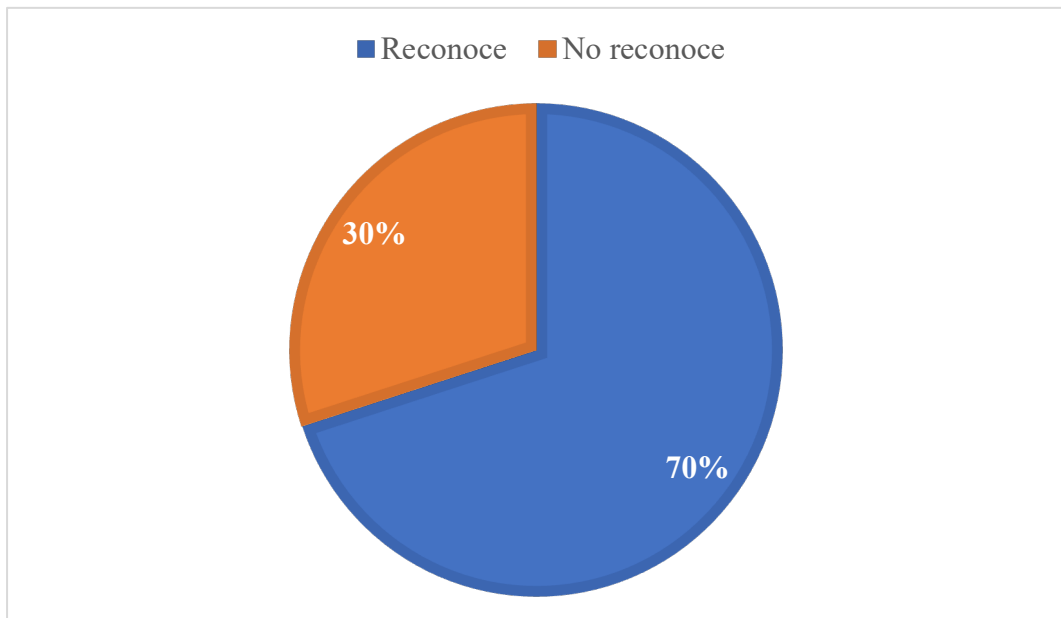
Adicionalmente, se evidencia que la consultante es capaz de analizar y encontrar alternativas de solución a problemas que se pueden presentar en la vida cotidiana. Asimismo, mediante la técnica de los pasajeros en el bus y del ABC, la consultante demuestra que frente a situaciones problemáticas que se presentaron durante la semana, ella logra identificar por lo menos una alternativa de solución.

Finalmente, en el sexto indicador: **La madre reconoce por lo menos 6 síntomas de distimia y aplica la comunicación asertiva con escucha activa cuando su hija se siente triste, llora, no sale de su cuarto o presenta conductas autoagresivas.** Como herramienta de monitoreo del sexto indicador se realizaron dos entrevistas en diferentes momentos (una con la progenitora y otra con la hija). En la entrevista con la madre se empleó una lista de cotejo de 10 síntomas. Por otro lado, se realizó una entrevista con la consultante, para conocer si la madre aplicaba la comunicación asertiva y la escucha activa en el hogar. Es importante mencionar que se emplearon dos sesiones (1 y 2) con la progenitora de psicoeducación para brindarle información acerca de los síntomas de distimia, la importancia de la

comunicación asertiva y la escucha activa que debe mantener para contribuir al progreso de su menor hija. No se continuó con las sesiones debido a la inasistencia de la progenitora. Cabe resaltar que la información que se disgrega es netamente cualitativa, basada en las descripciones subjetivas de la consultante. Los resultados se muestran en el siguiente Figura.

Figura 10

Resultados de la Lista de Cotejo de Síntomas



En el Figura 10, se observa que la madre es capaz de reconocer 7 síntomas de la distimia que se pueden presentar en su menor hija. Sin embargo, no reconoce los síntomas de: no disfrutar las actividades que normalmente le gustan, cambios en los hábitos alimentarios y bajo rendimiento escolar.

Figura 11

Resultados del uso de Comunicación Asertiva y Escucha Activa por parte de la madre



En el Figura 11, se muestra que la madre aplica la comunicación asertiva y escucha activa en la mitad del total de las situaciones que se han presentado a lo largo de la intervención, según la manifestación de la consultante; por ejemplo, ante eventos en el que la consultante llora, se siente triste, no sale de su cuarto o no desea realizar alguna actividad.

1.2. Análisis de los Resultados Encontrados con Fuentes

Para responder al objetivo general: **Desarrollar recursos psicológicos que mejoren el estado emocional de la consultante a través de la Terapia Racional Emotiva Conductual.** Como resultado se obtiene que el desarrollo de recursos psicológicos ha desembocado en hábitos saludables en la consultante, como, mantener un diario donde coloca la reflexión de sus pensamientos y pegar frases positivas en su habitación; además realiza actividades de apoyo en el hogar y asiste a clases de danza en grupo. De igual manera, mejora la comunicación con los miembros de su familia, comparte momentos con personas cercanas, mejora sus hábitos alimenticios, mantiene su habitación limpia y cambia su apariencia personal (ya no se viste con ropa holgada), lo que evidencia que todas las acciones que realiza y la aplicación de técnicas brindadas han favorecido la mejora en su estado emocional. Estos cambios han estado sujetos a eventos donde la consultante ha pasado conflictos, por ejemplo, discusiones en el hogar; sin embargo, con los recursos brindados los fue superando de manera progresiva. Para obtener estos resultados durante la intervención se utilizaron las técnicas de psicoeducación, identificación de emociones, ataque a la vergüenza, imaginación racional emotiva, autorrevelamiento, juego de roles invertido, diálogo forzado, diario de emociones, mindfulness, hechos vs interpretaciones, ABC, solución de problemas, valores y activación conductual.

Al finalizar la intervención se mide el nivel de depresión, donde la consultante logra disminuir su puntuación en el post-test, pasando de 69 a un total de 60 puntos en el Índice EAD, manteniéndose aún en un nivel de depresión moderada. Así como también, se aplica la escala de bienestar psicológico, lo que

indica que la consultante mejora su bienestar psicológico aumentando 21 puntos, llegando a alcanzar un puntaje de 39.

Rivera et al. (2021), en México, señala que es importante fortalecer recursos psicológicos en jóvenes para la prevención de problemas emocionales y de conducta, debido a que esto los ayudará a enfrentar situaciones de estrés o complejas que se les puedan presentar en la vida y así tomar decisiones positivas sobre la problemática.

Asimismo, Vivanco (2021) en Ecuador, manifiesta la eficacia de la TREC y la importancia de mejorar el estado emocional de las personas, ya que permite beneficiarse de estrategias y recursos psicológicos que ayudan a afrontar las situaciones difíciles que se puedan presentar, así como también orientar sus acciones basadas en la toma de decisiones positivas, mejorando la calidad de vida de los consultantes.

Los resultados expuestos son también consistentes con los resultados obtenidos por Soplopucó (2019) en Trujillo, quien señala la eficacia de la TREC y la importancia de intervenir en los síntomas de depresión, ya que es un canal para mejorar el autoconcepto y la calidad de vida, que previene la deserción escolar de este grupo muestral, además de mejorar su percepción, en cuanto a su capacidad de aprendizaje y rendimiento académico. Esto también implicó que los adolescentes empiecen a desenvolverse socialmente con sus profesores y compañeros de escuela, y aún más con los integrantes de su familia. Para conseguir esto, requirió de técnicas eficaces como el ABC, la imaginación racional emocional, desensibilización, Ataque de vergüenza, Técnica de hipnosis, Autodiálogo forzado, entre muchas

otras más, que lograron resultados favorables en el aumento del ánimo y la estabilidad emocional de sus consultantes.

Se debe tomar en cuenta que la elección de la TREC se realizó siguiendo los criterios que reporta la literatura científica; en otras palabras, se escogió considerando la evidencia empírica que demuestra su gran efectividad en diversos trastornos y enfermedades clínicas, incluyendo la distimia (Palomino, Santiago, y Zárate, 2017).

Tal es así que, en el presente estudio de caso se logra mejorar el estado emocional, lo cual se asemeja a los hallazgos de los estudios señalados. Específicamente, la efectividad radica en el modelo teórico y las técnicas empleadas, como se ha mencionado anteriormente; la terapia racional emotiva ha mostrado efectividad científica en diagnósticos de depresión. Asimismo, las técnicas que se han empleado han seguido la misma orientación, centradas en trabajar sobre aspectos emocionales y cognitivos para la solución de la problemática, permitiendo que la consultante muestre mejor bienestar psicológico por medio de recursos psicológicos.

Con respecto al objetivo específico 1: **Desarrollar la capacidad para identificar y manejar las emociones (tristeza e ira)**. La consultante logró la disminución, control y modificación de sus emociones de tristeza e ira. Para lograr esto, durante todas las sesiones se le brindó un número creciente de técnicas, con la finalidad de que modifique la interpretación errónea de situaciones problemáticas como: discusiones con sus padres, con su hermana menor y sus bajas calificaciones en el colegio. Inicialmente, la vivencia de estos problemas solo le producían

emociones negativas de tristeza e ira, que le impedían afrontar dichas situaciones apropiadamente.

Asimismo, se llevó a cabo la estrategia del diario de tristeza e ira, en el que registraba dichas emociones, y donde, a medida que trascurrían las sesiones, se fue comprobando su disminución. Se evidencia que al inicio la tristeza y la ira registraron una puntuación máxima de 70 y al finalizar las sesiones llegaron a 27 puntos, en el caso de la tristeza, y 21 en el de la ira. Esto nos demuestra que la consultante fue capaz de mejorar gradualmente el control de la tristeza y la ira, por ende, fue mejorando su habilidad para cambiarlas por otras más saludables.

Además, en las últimas 4 semanas de la intervención se registró un mayor uso de estrategias, lo que ayudó a la consultante a manejar las situaciones que se le podían presentar, en especial las familiares; por ejemplo, las discusiones entre su madre y padrastro, lo que le genera emociones como tristeza e ira, desembocando en frustración. A pesar de ello, debido a la concientización de la importancia sobre el uso de estrategias para la regulación emocional, la consultante logra tener un mayor control de sus emociones.

En esta misma línea de pensamiento, Ellis (1997) también señala la relevancia que tiene la autoregulación emocional y el desarrollo de emociones positivas en los consultantes con depresión, ya que son estas las que impulsan a superar sus obstáculos, a lograr objetivos, a desarrollar actitudes y una motivación mayor, en general aumentar su bienestar psicológico.

Por ejemplo, Soplopucó (2019), menciona que es importante intervenir en las emociones, ya que esto refuerza el control de las mismas y ayuda a disminuir el desgaste psicológico para hacer frente a las dificultades que se presentan en la vida

cotidiana. Es por ello que él trabajó con el control de las emociones y su modificación, partiendo de la identificación de las creencias irracionales que el consultante tenía de sí mismo, su familia, sus amistades, y la escuela. Para ello, usó diversas técnicas, como, la imaginación racional emotiva, ABC, desensibilización (mindfulness) y role-playing. Al finalizar su intervención, constató que sus consultantes lograron la distinción y reconocimiento de sus pensamientos irracionales, lo que no solo permitió establecer estrategias que posibilitaron intercambiar emociones negativas por otras más adaptativas, sino que también se evidenció en ellos una mayor tendencia y capacidad para experimentar felicidad.

En ese sentido, basados en los estudios mencionados, se puede evidenciar que las intervenciones, en casos de depresión que se centran en las emociones, tienen un efecto multiplicador que permite desarrollar una mayor motivación, toma de decisiones y ayuda para superar obstáculos, generando resultados positivos en el bienestar emocional de los consultantes.

En relación con el objetivo específico 2: **Incrementar la capacidad de autoaceptación de sus fortalezas y debilidades.** La consultante logró el incremento del reconocimiento de sus propias fortalezas, así como también la disminución de la intensidad de atención de sus propias debilidades. Para lograr esto, se trabajaron técnicas tales como psicoeducación, valores, y mindfulness en autoaceptación y autocompasión.

Es por ello que se llevó a cabo la estrategia de cambiar las debilidades de la consultante por fortalezas nuevas. Al finalizar la intervención, se pudo evidenciar que la consultante incrementa la aceptación de sus fortalezas y disminuye sus debilidades, generando una actitud más positiva hacia sí misma, obteniendo mayor

motivación para realizar actividades sociales e incluso alcanzar metas; es decir, cuanta con mayor control sobre su mundo, se siente capaz de influenciar en su ambiente y está actuando de acuerdo con su propósito de vida.

Estos resultados son coherentes con los encontrados por Langer et al., (2017), quienes demostraron que el mindfulness, aplicado en contextos educativos, produce una reducción significativa de los síntomas de ansiedad y depresión.

Por ejemplo, Romero (2017), señala que es importante trabajar sobre las fortalezas y debilidades, debido a que repercute en la autoestima de los consultantes, es decir, en cómo se visualizan en el abordaje de las diferentes dificultades que se presenten. Es por ello que buscó mejorar la valía personal en una consultante con trastorno de fobia social, utilizando el enfoque terapéutico de la TREC, a través técnicas como relato de su biografía, debate de sucesos importantes, defectos y virtudes, lo que le permitió sentirse más segura respecto a su futuro. Sus resultados revelan que, al inicio de la intervención, la consultante presentaba ideas de desvalorización, inferioridad y autocondena, lo cual hacía que la consultante se sintiera mal; sin embargo, en el post-test, la autoestima pasó a ser normal, por lo que presenta una valía personal considerable e incrementa la aceptación hacia sí misma y hacia los otros.

En este sentido, considerando los resultados obtenidos en el presente caso de estudio y en el anteriormente mencionado, se evidencia la importancia de la intervención en la autoaceptación de sus fortalezas y en la disminución de sus debilidades, debido a que le permite tener mayor confianza en sí misma, deja de compararse con ideales, establece metas más apropiadas y reconoce el valor que tiene por ser quien es.

Con referencia al objetivo específico 3: **Desarrollar la capacidad para la identificación y modificación de distorsiones cognitivas.** Habiendo concluido la intervención, la consultante es capaz de identificar sus pensamientos irracionales y modificarlos por otros racionales, por medio de un número de técnicas de reestructuración cognitiva, ABC, debate filosófico y el ataque a la vergüenza.

Al término de la intervención, la consultante logra identificar sus pensamientos irracionales cotidianos, planteados en términos de cadenas cíclicas de pensamientos, emociones, y conductas. De manera similar, la técnica de ataque a la vergüenza le permitió a la consultante ser consciente de situaciones que le resultaban incómodas o vergonzosas, como, por ejemplo, el temor a exponerse frente al público. Esto le facilitó comprender que sus emociones pueden ser cambiadas a positivas, si sus creencias siguen una línea racional. Asimismo, la técnica del debate forzado permitió convencer a la consultante de que las ideas que mantenía de sí misma tales como, “No soy la hija que mi mamá esperaba” o “Todo será mejor si yo ya no estoy aquí”, no solo eran creencias irracionales, sino también falsas, lo cual ayudó a disminuir su tendencia a hacerse daño y mejoró su autoconcepto.

Para Victoria et al., (2019), es importante modificar las distorsiones cognitivas en los consultantes depresivos, ya que son las que generan sesgos en el procesamiento de la información, que provocan la retención de emociones descompensadoras y desesperanzadoras e incrementan la posibilidad de cometer suicidio o de realizar conductas autoagresivas.

Asimismo, Beck et al. (2002) mencionan que toda emoción y conducta negativa de las personas se originan desde sus distorsiones cognitivas o esquemas de pensamientos distorsionados; es por ello que considera necesario el abordaje de estos, para romper la cadena pensamientos-emociones-conducta, que produce que el consultante se haga daño a sí mismo.

Es por ello que Piox (2017) considera importante la modificación de los pensamientos irracionales, debido a que intervienen en el desarrollo de los consultantes, interfieren con las metas trazadas y en la adecuada adaptación a la nueva vida social y académica. Para el autor es necesaria la aplicación de técnicas eficaces como ABC, ataque a la vergüenza, el debate filosófico y la reestructuración racional emotiva, los cuales podrían generar resultados positivos para casos con fobia social y depresión. Para ello, Piox logró que su consultante, que provenía de un hogar disfuncional, logre identificar sus distorsiones cognitivas frecuentes, por ejemplo, la catastrofización, donde asumía que sus amigos pensaban que sus comentarios eran tontos, o saltaba a conclusiones apresuradas, en donde predecía que se equivocaría a la hora de exponer un trabajo.

En el presente estudio de caso, la consultante logra identificar y modificar sus pensamientos irracionales por otros racionales, lo cual se asemeja a los resultados obtenidos en los estudios anteriormente señalados. Esto se puede evidenciar con las técnicas empleadas, las cuales permitieron que la consultante lograra disminuir las ideas suicidas y conductas autoagresivas, así como también, mejorar su percepción de las situaciones, facilitando su involucramiento en actividades familiares y sociales.

En cuanto al objetivo específico 4: **Fortalecer la capacidad de solución de conflictos.** Al término de las sesiones, la consultante es capaz de identificar un número de posibles soluciones a problemas que se le puedan presentar en la vida cotidiana, haciendo uso de las técnicas de psicoeducación, ABC, los pasajeros del bus y solución de conflictos.

Para fortalecer la capacidad de identificar alternativas de solución, se realizó un análisis de cada una de las situaciones problemáticas planteadas, haciendo uso de la técnica ABC. Esto le permitió a la consultante identificar la cadena de pensamientos, emociones y conductas que cada uno de estos casos producían, así como también mejorar su capacidad para sobrellevar situaciones tanto conflictivas como estresantes, y tomar decisiones de manera más efectiva y satisfactoria con su familia.

Esteves et al. (2020) consideran importante intervenir en la solución de problemas para que los consultantes puedan recuperar la confianza, no solo para afirmarse en el dominio de su entorno, sino también para desarrollar relaciones sociales más positivas con los demás.

Romero (2017) considera importante mejorar la capacidad de solución de problemas, para conseguir que su consultante afronte eficazmente aquellas situaciones problemáticas que le generan ansiedad y, de esta manera, desarrolle la seguridad emocional necesaria para desenvolverse en el ámbito social, lo que implica una disminución progresiva de la ansiedad. Para lograrlo, empleó las técnicas de modelado, solución de problemas y registro de pensamiento, donde se analizaron todas las posibles soluciones, para luego elegir la más adecuada y evaluarla posteriormente en términos de los resultados.

En este sentido, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el presente caso de estudio y lo anteriormente expuesto, se constata la importancia del abordaje en el fortalecimiento de la capacidad de solución de conflictos, debido a que esto permite sobrellevar situaciones conflictivas con su familia e identificar soluciones a problemas cotidianos que se le puedan presentar, y así desarrollar relaciones sociales más positivas y placenteras.

Finalmente, en relación con el objetivo específico 5: **Brindar psicoeducación a la progenitora sobre distimia.** Al finalizar la segunda intervención, mediante la técnica de la psicoeducación, la madre logra incrementar su conocimiento acerca de los síntomas de distimia que presenta su menor hija, así como también es capaz de aplicar una comunicación asertiva y escucha activa en la mitad de las situaciones, calificadas como conflictivas para su hija.

Durante las pocas sesiones con la progenitora (dejó de asistir por motivos desconocidos), ella logró avances positivos que le ayudaron a comprender con mayor facilidad la problemática en la que se encuentra su menor hija. No obstante, se buscó que la progenitora esté al tanto del tratamiento y se involucre en la mejora del estado emocional de su hija. Esto se logró parcialmente, ya que la madre se muestra interesada por utilizar una comunicación asertiva y una escucha activa, cada vez que su hija se encierre en el dormitorio o cuando se encuentre desmotivada para la realización de actividades cotidianas. Sin embargo, la falta de continuidad del tratamiento, así como también su negativa a solicitar atención psiquiátrica, predice la probabilidad de que estos cambios no perduren a largo plazo.

De igual manera, Cuevas y Moreno (2017) señalan que la psicoeducación es una herramienta de cambio, porque los procesos cognitivos, biológicos y sociales

particulares de cada individuo se involucran para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida. Es por ello que resaltan la importancia de la psicoeducación en el entrenamiento de habilidades, tanto del consultante como de sus familiares, ya que favorecen el empoderamiento y la reintegración con su entorno familiar a nuevos espacios de interacción social. Además, la psicoeducación es de vital importancia en el desarrollo de la autonomía, debido a que ofrece esperanza y confianza en el transcurso de la enfermedad, proveída por el consultante y sus familiares, los cuales se vuelven un punto realmente importante de soporte emocional y moral.

Asimismo, Romero (2019) encontró beneficios importantes en el uso frecuente de la psicoeducación con un consultante con fobia social y sus familiares, pues les ayudó a conocer más y a lidiar mejor con el trastorno, origen y sintomatología de su consultante. En el caso de los parientes, estos se comprometieron más con el tratamiento, lo que permitió que este se sostenga en el tiempo. Romero también impartió psicoeducación en temas tales como habilidades sociales, valía personal, hipnosis TREC, la técnica del ataque a la vergüenza, entre muchas otras. Todas estas contribuyeron a que el consultante afronte las situaciones cotidianas que le generaban temor. Por ejemplo, ahora siente poca ansiedad en situaciones sociales, ya que es capaz de enfrentar la ansiedad que le genera el entorno utilizando todo su aprendizaje previo.

En el presente estudio de caso, la progenitora logra obtener información sobre la distimia, comunicación asertiva y escucha activa, lo cual se asemeja a los resultados obtenidos en los estudios anteriormente señalados. Esto se pudo lograr con la técnica de psicoeducación, ya que permite que la progenitora incremente su

interés por involucrarse en el tratamiento; sin embargo, dicho involucramiento no se mantiene durante toda la intervención debido a las inasistencias. De igual manera, se identifica que la progenitora reconoce 7 síntomas que presenta su menor hija, lo que ha ayudado a mejorar la relación madre e hija, la aplicación de la comunicación asertiva y escucha activa, ante la presencia de síntomas como tristeza y llanto.

2. REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA

2.1. Limitaciones Encontradas en el Proceso de la Intervención

En los siguientes párrafos se presentan las limitaciones que se generaron en el proceso de intervención, así como también, se expone cómo fueron resueltas, de acuerdo con la experiencia profesional obtenida.

Cambio de horarios por parte de la consultante: por lo que se optó por establecer un horario constante, por ejemplo, todos los jueves a las 5pm. Además, se creó un chat de WhatsApp con la consultante y la madre, donde se comentaban todos los cambios y así mejoramos la coordinación de las sesiones.

Realizar la mayoría de las sesiones de manera virtual: para obtener la concentración de la consultante se optó por adaptar dinámicas a la modalidad virtual.

En un principio, la falta de apoyo por parte de la madre: se realizó psicoeducación, para que la madre pueda comprender la problemática que su menor hija presentaba. Una vez finalizada la sesión, la madre se comprometió a brindar el mayor apoyo posible para la mejoría de la consultante.

La falta de apoyo por parte del padre: se intentó la comunicación con el padre para el involucramiento en el acompañamiento psicológico, sin embargo, no fue posible. Es por ello, que se realizó toda la intervención con la madre, su principal red de apoyo.

Al finalizar la intervención, no se llegó a realizar la etapa de seguimiento esperada, sin embargo, uno de los protocolos establecidos en el centro donde se desarrolló el presente caso de estudio es que mensualmente se realicen llamadas telefónicas con la finalidad de obtener información acerca del estado de la consultante post intervención, es decir, cómo se encuentra, si ha mejorado o recaído, cómo se está desarrollando, cuál es su desempeño escolar y qué actividades está realizando en la vida diaria, asimismo, se le recuerda al familiar de que cualquier situación que requiera nuestra ayuda o cualquier duda puede contactarnos.

Finalmente, la falta de un diagnóstico y tratamiento farmacológico por parte del psiquiatra, debido a la negativa de la madre: mediante la psicoeducación, se intentó concientizar a la madre sobre la importancia de la intervención del psiquiatra, sin embargo, no se obtuvo una respuesta positiva.

2.2. Impacto en la Institución con los Resultados Hallados

Sobre la consultante

La consultante logra utilizar recursos psicológicos mejorando su estado emocional, lo que le permite lidiar mejor con su problemática, aumentar sus habilidades para relacionarse y vivir de manera saludable.

Asimismo, el progreso en cada sesión le permitió adaptarse mejor al ámbito escolar, demostrándose que puede mejorar su rendimiento académico, si ella se lo propone, como también mejorar la comunicación con sus familiares.

Sobre la institución

A raíz de este caso clínico, se mejoró el proceso de evaluación con respecto a la selección de pruebas, ya que es fundamental para tener una idea más certera de la problemática del consultante y así tener un abordaje exitoso.

Por otro lado, se adaptaron fichas de registro, listas de cotejo, pruebas físicas a virtuales, las cuales ahora son de mucha utilidad para la intervención de nuevos casos.

Finalmente, a raíz la poca integración de la familia en el caso, la institución ha optado por realizar charlas informativas y programas de integración dirigidas a los miembros de la familia de los consultantes.

2.3. Aporte en el Área Psicológica y en el Contexto

Aporte al área de Psicología Clínica

En cuanto al área de psicología clínica, es importante señalar que es esencial no solo el trabajo con el consultante, sino también realizar un trabajo en equipo, es decir, integrar a los familiares para una adecuada intervención y obtener mejores resultados.

Asimismo, intervenir bajo el enfoque Racional Emotivo Conductual es eficiente para casos de depresión o ansiedad. Sin embargo, es importante investigar acerca de otras técnicas y enfoques terapéuticos.

De la misma manera, los instrumentos creados para el caso pueden ser empleados por otros profesionales; sin embargo, deben ser adaptados y validados para sus consultantes, estableciendo indicadores de logro para cada uno, y estos se concretarán en pruebas que permitirán el monitoreo de la intervención.

Por otro lado, uno de los aportes al área de psicología clínica es la necesidad de medir con instrumentos psicométricos cuando hay presencia de sintomatología que se quiere disminuir.

Finalmente, con el presente estudio de caso se brinda una información consistente y específica sobre lo que es un caso con distimia, donde se señalan los pensamientos, emociones y conductas, lo que puede ser utilizado en el entorno educativo, para los profesionales de psicología que se están preparando, ya que con la información brindada pueden identificar las características clínicas de consultantes adolescentes con distimia.

Aporte al Contexto

En cuanto al contexto familiar, se concientiza sobre la importancia de la comunicación asertiva y la escucha activa, para el mejoramiento de la dinámica familiar, con el fin de disminuir los conflictos internos y así lograr que todos los integrantes mejoren su salud mental.

En el entorno educativo, la consultante ha mostrado mayor apertura y fortalecimiento en el área, mejorando su desempeño e incrementando sus calificaciones.

2.4. Demandas Profesionales Requeridas y Capacitación Técnica

Las demandas profesionales están relacionadas a dos áreas, es decir, las competencias técnicas o de conocimiento y las habilidades blandas para el adecuado desarrollo de la intervención.

En cuanto a las competencias técnicas, la experiencia adquirida a través del arduo trabajo realizado permitió una mayor capacidad para establecer un diagnóstico presuntivo, de síntesis, de regulación emocional, así como también una mayor capacidad para identificar, plantear y resolver problemas.

Al presente, continúo llevando una especialización en Terapia Racional Emotiva Conductual, la cual ha servido de base para un mejor desenvolvimiento como terapeuta, así como para la implementación de las técnicas necesarias para la mejora del estado emocional y el desarrollo de recursos psicológicos del presente caso de estudio.

En relación con las habilidades blandas, pude potenciar mi creatividad, debido a que la virtualidad te obliga a cambiar las estructuras de lo establecido; asimismo, cuando la consultante ingresaba a la sesión con una problemática nueva, tenía que adaptar lo ya programado en el plan de intervención.

Finalmente, me ayudó a fortalecer mi autonomía, ya que tuve que establecer mi propio plan de intervención; sin embargo, en diversas oportunidades estuvo supervisado por una licenciada colegiada.

2.5. Autoevaluación y Autocrítica Personal e Institucional.

A continuación, se va a realizar una autoevaluación y autocrítica sobre el desempeño mostrado en el desarrollo del caso y sobre la disposición del centro.

En cuanto a mi autoevaluación considero que en esta experiencia pude aprender más sobre la intervención en consultantes con trastorno de depresión; de la misma manera, pude poner en práctica todo lo aprendido durante la carrera y en la especialización de TREC. Asimismo, uno de los aprendizajes más grandes que me llevo, es que los padres, la psicoeducación y la concientización de la problemática constituyen un valor fundamental para tener una intervención exitosa.

Del mismo modo, considero que mi desempeño fue bueno, ya que pude obtener resultados satisfactorios al concluir la intervención y pude lograr los objetivos planteados.

Sin embargo, referente a mi autocrítica es que no se aplicaron escalas para evaluar síntomas de depresión, lo cual se considera fundamental, debido a que nos podría dar una visión más amplia sobre cuáles son los síntomas más frecuentes en la consultante.

Además, considero que otra autocrítica es que se debió de insistir y concientizar más a la madre para realizar una intervención con los miembros de la familia y la progenitora con la finalidad de abordar la disfuncionalidad familiar y así obtener un resultado más oportuno y eficaz, debido que al considerar al ámbito familiar y la dinámica de la misma como uno de los factores que predisponen a la distimia, la mejoría de la consultante se ve pausada y estancada, evidenciándose al mantenerse en un nivel moderado en la escala de depresión y bienestar psicológico.

Lo más difícil de todo este proceso, inicialmente, fue convencer a la madre de la problemática por la que estaba pasando su menor hija, así como también, comunicarnos con el padre de la consultante y lograr entablar una conversación para mejorar la intervención. Además, una dificultad fue adaptar las dinámicas o

las técnicas a la virtualidad, ya que muchas de ellas se explican, se entienden y se observan mejor cuando es presencial.

Considero que uno de mis mayores logros fue que la consultante evite la intensificación y disminuya sus ideas suicidas y de autoagresión, lo cual era perjudicial, ya que esto atentaba contra su vida.

Finalmente, en cuanto a la evaluación del centro, considero que, para la derivación de los consultantes, deberíamos de decidir qué tipo de terapia es la más adecuada para el caso y según eso derivarlos, ya que, por ejemplo, en el caso expuesto, lo mejor fue la TREC, debido a que se enfoca en los pensamientos, emociones y conductas.

RECOMENDACIONES

- Ampliar las sesiones de intervención en la que los miembros principales de la familia sean partícipes de la recuperación del consultante a través de la psicoeducación y diálogo expositivo. Esto a fin de que conozcan más acerca del desorden emocional en el que se encuentra su familiar y de las consecuencias que este podría desencadenar, si la familia no logra implicarse. Además, se recomienda una mayor participación de la familia en las sesiones, conjuntamente al consultante, y en el seguimiento de las recomendaciones del tratamiento establecido por el psicólogo.
- Se recomienda realizar la etapa de seguimiento al consultante, debido a que esto ayudará a evaluar el impacto generado, potenciar todo lo trabajado, haciendo que se mantenga de manera habitual y, sobre todo, prevenir las recaídas.
- Seleccionar pruebas recientes que cumplan con la validez y confiabilidad pertinente y que además hayan sido adaptadas a la realidad del Perú. Esto a fin de que pueda identificar los desórdenes emocionales, entre otras, que contribuyan a obtener un adecuado diagnóstico presuntivo.
- Implementar otras técnicas que refuercen a la TREC, tales como la técnica humorística, la técnica de modelado vicario, u otros medios como hacer ejercicio, los cuales mejoran la oxigenación del cerebro y alivian el estrés. Además, escuchar música clásica es también recomendable, en particular la música de piano, pues produce efectos beneficiosos en el tratamiento de enfermedades como el Alzheimer, la demencia, o la distimia.

- Profundizar en investigaciones acerca de tratamientos eficaces para la distimia, que no solo se enfoquen en casos individuales sino también grupales, ya que de estos últimos se pueden obtener resultados más significativos, por lo que cuentan con un grupo de control y uno experimental. De esta manera, se podrá constatar la eficacia de los tratamientos o programas que se planteen.

CONCLUSIONES

- Se concluye que de acuerdo con el CIE-10 la presunción diagnóstica es F34.1 Distimia (Trastorno Depresivo Persistente según DSM-V).
- El enfoque que se trabajó en el presente estudio de caso fue el Enfoque Racional Emotivo Conductual (TREC), el cual demuestra su efectividad en casos de depresión, incluyendo la distimia.
- En cuanto al objetivo general, terminada la intervención, la consultante mejora su estado emocional, generado por el empleo de recursos psicológicos; asimismo, se mantiene el nivel moderado de depresión con una puntuación en el índice EAD de 60.
- En relación con el primer objetivo específico, la consultante llegó a obtener 27/70 puntos de intensidad en el caso de la tristeza y 21/70 en el de la ira haciendo uso progresivo de estrategias brindadas, iniciando con 0 y culminando con 4 estrategias, lo que evidencia una mejora en el control de sus emociones.
- Por otro lado, en el segundo objetivo específico, al finalizar la intervención, la consultante logra el reconocimiento y aceptación de 10 fortalezas y 2 debilidades, lo cual le permitió que se sintiera más segura para afrontar las dificultades en torno a su familia y la escuela, así como para percibir actitudes positivas hacia ella misma. En otras palabras, mejoró su habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para su propio bienestar personal.

- Con respecto al tercer objetivo específico, conforme se dieron las sesiones, la consultante logra identificar, analizar y discutir de manera progresiva los 5 pensamientos planteados en cada sesión, alcanzando el puntaje 5/5, lo que indica que modifica sus pensamientos irracionales por otros racionales, logrando interiorizar la relación causal entre sus pensamientos, respecto a sus emociones y a la manera de comportarse.
- En relación con el cuarto objetivo específico, la consultante es capaz de analizar y encontrar progresivamente hasta 5 alternativas de solución para las diversas problemáticas que se le puedan presentar (obtiene 5 puntos sobre lo esperado). Esto indica que su capacidad de toma de decisiones se ha visto incrementada.
- Finalmente, en el quinto objetivo específico, la progenitora es capaz de reconocer 7 síntomas de distimia que se pueden presentar en su menor hija; asimismo, la madre aplica la comunicación asertiva y escucha activa en la mitad del total de las situaciones que se han presentado a lo largo de la intervención, lo cual permitió una mayor integración de la madre en el tratamiento de su hija.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L., Seligman, M. y Teasdale, J. (1989). *Hoplessness in humans: Critique and reformulation*. Journal of Abnormal Psychology, 87(2), 49-74.
- Alcaina. P. (2004). *Psicopatología e Interacción Familiar*.
www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad/manual/a5n11.htm
- Alvarez, N. (2019). *Propiedades psicométricas de la escala de Bienestar Psicológico*. [tesis de licenciatura, Universidad de Lima] Repositorio Institucional UL,
https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/10604/Alvarez_Propiedades_psicom%C3%A9tricas.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- American Academy of Pediatrics (21 de mayo, 2019) *Etapas de la adolescencia*.
MEDICINA. <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
- Aponte, K. y Mamani, G. (2018) *Adaptación y propiedades psicométricas del inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI) en colegios emblemáticos de la ciudad de Huánico, 2018*. [tesis de licenciatura, Universidad Nacional Hermilio Valdizán]
<https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/3884/TPS%2000250A64.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual de Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-(5ª ed.)*. Editorial Medica Panamericana.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>

- Belloch, A., Sandín, V., Ramos, F. (2016). *Manual de psicopatología*. Mc Graw Hill.
- Berger P. y Luckman T. (1997) *La construcción social de la realidad*. Paidós Studio: Barcelona.
<https://zoonpolitikonmx.files.wordpress.com/2014/09/la-construccic3b3n-social-de-la-realidad-berger-luckmann.pdf>
- Carranza, L.(2020). *Disfuncionalidad familiar y Depresión en adolescentes de 3ero y 4to grado de secundaria de una Institución Educativa, Bellavista*. [tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo] Repositorio Institucional UCV.
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/54277?show=full>
- Carreras, A. (2016). *Apuntes. Roles, reglas y mitos familiares*. *Rev. Polos del Conocimiento*,53(5),419-433. DOI: 10.23857/pc.v5i12.2064
- Cuenca, M. (2018). *La disfuncionalidad familiar y su incidencia en la conducta de los estudiantes del noveno año de educación general básica del Colegio Fiscal Espran durante el periodo lectivo 2017-2018*. [Tesis de Maestría, Universidad Laica Vicente Rocafuerte]. Repositorio Institucional ULVR
[.http://repositorio.ulvr.edu.ec/bitstream/44000/1624/1/T-ULVR-0880.pdf](http://repositorio.ulvr.edu.ec/bitstream/44000/1624/1/T-ULVR-0880.pdf)
- Cuevas, J. y Moreno, N. (2017). *Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora*. *Enfermería universitaria*, 14(3), 207-218. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.003>
- Delgado, K y Garcia, M (2020).*Familias disfuncionales y su impacto en el comportamiento de los estudiantes*. *Polo del Conocimiento*,5(12),419-433. DOI: 10.23857/pc.v5i12.2064

- Effio, A.(2019).*Disfunción familiar como factor asociado a depresión en alumnos de Secundaria del Colegio Pablo María Guzmán, Surco*. [tesis de licenciatura, Universidad Ricardo Palma] Repositorio Institucional URP. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/2211>.
- Eguszika, R. (2012). *Persistent depressive disorder, dysthymia, and chronic depression: Update on diagnosis, treatment*. *Psychiatric Times*, 31(8), 46-56.
- Esteves, A., Paredes, Rene., Calcina, Carmen. y Yapuchura, C. (2020). *Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar*. *Comunicación*, 11(1), 16-27. <https://dx.doi.org/10.33595/2226-1478.11.1.392>
- Eugenia, A.(2018).*Psicología del desarrollo de la niñez*; 2° edición, Editorial Brujas, Argentina.
- Faller, P. (01 de julio de 2019). *¿Qué es realmente una familia disfuncional?*. <https://www.porestonet.net/2019/07/01/que-es-realmente-una-familia-disfuncional/>
- Ferrero, N.(2021) *.S.O.S Materiales y Recursos Terapéuticos TREC y TOC*. Psicotrec, Perú.
- García C. y Parada D. (2017).“*Construcción de adolescencia*”: *una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas*. *Universitas humanística*, 85(2), 347-373 doi:10.11144/Javeriana.uh85.cach
- García, J. (2019). *La distimia femenina y los fenómenos de amor y desamor*. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 82(3), 218-226. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v82i3.3577>

- Goena, J. y Molero, P. (2019). *Distimia*.
https://www.researchgate.net/publication/336189831_Distimia
- González, D., Barreto, A., y Salamanca, Y. (2017). *Terapia cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología*. *Revista Iberoamericana de Psicología*, *10*(2), 201-207.
<https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/1114>
- González, S., Pineda, A., y Gaxiola, J. (2018). *Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector*. *Universitas Psychologica*, *17*(3), 1-11. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.dafr>
- Güemes, M., Ceñal, M. y Hidalgo, M.(2017). *Pubertad y Adolescencia* . *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, *5*(1), 7-22.
<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCER E/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>
- Hamburger, A. (2018) *Estudio de caso consultante K, Trastorno Distímico de inicio Temprano, en unidad universitaria*.
http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/bitstream/10819/7104/1/Estudio%20de%20caso%20Consultante%20K_%20Alberto%20Hamburger_2018.pdf
- Hazelden Co-Occurring Disorders Program, (15 de junio, 2015). *Learn More About CDP*. <http://www.hazelden.org/web/go/cooccurring>
- Keller, M. y Shapiro, R. (1982). "Doble depresión": superposición de episodios depresivos agudos sobre trastornos depresivos crónicos. *El Diario*

Americano de Psiquiatría, 139 (4), 438–442.
<https://doi.org/10.1176/ajp.139.4.438>

Langer, A., Schmidt, C., Aguilar, J., Cid, C. y Magni, A. (2017). *Mindfulness y promoción de la salud mental en adolescentes: efectos de una intervención en el contexto educativo*. *Revista médica de Chile*, 145(4), 476-482. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000400008v>

Lega, L., Calvo, M., y Sorribes, F. (2017). *Terapia racional emotiva conductual: una versión teórico-práctica actualizada*, 1º edición, Editorial Epsa Libros, España.

Mantilla et al. (2017). *La disfuncionalidad familiar y los niveles de depresión en adolescentes de una comunidad educativa rural en Ambato, Ecuador*. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6230907>

Martinez, F. (2020). *Distimia*. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/342131423_DISTIMIA

Melendres, N. (2019). *Prevalencia y Factores Asociados a Depresión mayor y/o Distimia en postulantes a la Universidad Nacional de Piura-Perú, 2019*. [tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Piura] Repositorio Institucional UNP. <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1639/CCS-MEL-HUA-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Morán, M. (2019) *Disfuncionalidad familiar y comunicación en adolescentes de Instituciones Educativas públicas del Callao*. [tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo] Repositorio Institucional UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/47383>

- Moreno, Méndez y Sánchez (2018). *La disfuncionalidad familiar y su incidencia en los problemas de aprendizaje de los niños de tercer año de educación general básica elemental*. Espirales Revista Multidisciplinaria De investigación , 2 (20). <https://doi.org/10.31876/re.v2i21.341>
- Navarro, J., Moscoso, M., y Calderón, Gustavo. (2017). *La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática*. Liberabit, 23(1), 57-74. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.04>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016). *Salud mental del adolescente*. Recuperado de: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Palomino, J., Santiago, N. y Zarate P.(2017). *Revisión Bibliográfica de la Efectividad de la Terapia Racional Emotiva Conductual (REBT)*. Apuntes Científicos Estudiantiles de Psicología, 1(3), 20-39. https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/r_psicologia/article/view/934
- Pastor, S. (2019). *Propiedades Psicométricas de la escala de depresión de Zung, en alumnos del quinto grado de secundaria de la provincia de Ascope*. [tesis de licenciatura, Universidad Señor de Sipán] Repositorio Institucional USS, https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6574/Silva%20Pastor%2C%20Bertha%20Katheryn_.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Piox, J. (2017). *Terapia racional emotiva y Síntomas depresivos*. [tesis de grado, Universidad Rafael Landívar] <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/22/Piox-Jaqueline.pdf>

- Pontet, J. (2019). *Tratando la distimia con atención plena Terapia cognitiva basada en Mindfulness para el tratamiento del trastorno depresivo persistente*. Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/23420/1/tfg-_julio_pontet_final.pdf
- Rivera et al. (2021). *Recursos psicológicos como predictores de problemas emocionales y conductuales en jóvenes universitarios*. Disponible en: <https://www.revistainteracciones.com/index.php/rin/article/view/228/325>
- Rivera, C., Arias, W., y Cahuana, M. (2018). Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*, 56(2), 117-126. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272018000200117#aff1
- Romero, J. (2017). *Estudio de caso clínico: terapia racional emotiva en un caso de fobia social*. [tesis de maestría, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3048/jordan_ra.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Rovira, C. (2016). *Estudio cualitativo sobre la percepción en mejora de la calidad de vida de las personas atendidas mediante una intervención psicosocial en una consulta de trabajo social clínico*. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Carme-Rovira-Aler/publication/353342321_ESTUDIO_CUALITATIVO_SOBRE_LA_PERCEPCION_EN_MEJORA_DE_CALIDAD_DE_VIDA_DE_LAS_PE

PERSONAS_ATENDIDAS_MEDIANTE_UNA_INTERVENCION_PSICO
SOCIAL_EN_UNA_CONSULTA_DE_TRABAJO_SOCIAL_CLINICO_
Trabajo_Social_y_Salud_n_/links/60f5b8a80859317dbdf4bf1c/ESTUDIO
-CUALITATIVO-SOBRE-LA-PERCEPCION-EN-MEJORA-DE-
CALIDAD-DE-VIDA-DE-LAS-PERSONAS-ATENDIDAS-
MEDIANTE-UNA-INTERVENCION-PSICOSOCIAL-EN-UNA-
CONSULTA-DE-TRABAJO-SOCIAL-CLINICO-Trabajo-Social-y-
Salud-n.pdf

Rovira, C. et al. (2019). *Evaluación de la efectividad de la terapia racional emotiva conductual (TREC) como instrumento de intervención en pacientes con distimia en una consulta de trabajo social (TS) de Atención Primaria*. Disponible en: <https://institutret.com/evaluacion-de-la-efectividad-de-la-terapia-racional-emotiva-conductual-trec-como-instrumento-de-intervencion-en-pacientes-con-distimia-en-una-consulta-de-trabajo-social-ts-de-atencion-primaria/>

Sagbaicela, J. (2018). *La disfuncionalidad familiar y su incidencia en los problemas de aprendizaje de los niños y las niñas de tercer año de educación general básica elemental de la unidad educativa Adalberto Ortiz Quiñonez*. [tesis de maestría, Universidad Laica Vicente Rocafuerte]. Repositorio Institucional ULVR. <http://repositorio.ulvr.edu.ec/handle/44000/3128>.

Salavarría, J. (2018) *Los hogares disfuncionales y el comportamiento de los educandos*. [tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Educación] Repositorio Institucional UNAE. <http://repositorio.unae.edu.ec/handle/56000/819>

- Sampaio, D., Figueira, M. y Alfonso, P.(2014). *Manual de Psiquiatría Clínica*. (1ª ed.). Lisboa: Lidel
- Serna, D., Terán, C., Vanegas A., Medina, O., Blandón O., y Cardona, D. (2019) *Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío*, Colombia. *Rev Habanera de Ciencias Médicas*,19(5), 31-53. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3153>
- Sierra, Y. (2018). *Disfuncionalidad familiar y su afectación en el desarrollo psicoafectivo de los adolescentes*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Pontificia Bolivariana.]. Repositorio Institucional UPB. https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5357/digital_36770.pdf?sequence=1
- Soplopucó, B. (2019) *Terapia racional emotiva conductual en la depresión de adolescentes de una institución educativa estatal de La Esperanza*. [tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo] Repositorio Institucional UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/31358>
- Suárez, P., Vélez, M. (2018). *El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental*. *Revista Psicoespacios*, 12(20),173- 198. <https://doi.org/10.25057/issn.2145-2776>
- Tafur, Y. (2020). *™ ansiosa-depresiva en relación con el funcionamiento familiar en un grupo de adolescentes de Lima Norte*. *Revista De Investigación Y Casos En Salud*, 5(1), 18-25. <https://doi.org/10.35626/casus.1.2020.228>

- Tovar, J. (2017). *El 5% de la población adulta de América Latina y el Caribe sufre depresión*. Disponible en: <https://efesalud.com/el-5-de-la-poblacion-adulta-de-america-latina-y-caribe-sufre-depresion/>
- Triverdi, J. y Kar, S. (2011). *Foccus issues in dysthymia*. *Neuropsychiatry*, 1(3), 291-322.
- UICIT de la FAPSI (2021). *Líneas de investigación vigentes*. <https://fapsi.cayetano.edu.pe/facultad/coordinacion-de-investigacion-ciencias-y-tecnologia.html>
- Vernon A. y Doyle K. (2017). *Cognitive Behavior Therapies: a guidebook for practitioners*. Amer Counseling Assn, New York, USA.
- Victoria, L., Ayala, N. y Bascuñán, R. (2019). *Las distorsiones cognitivas y el riesgo de suicidio en una muestra de adolescents chilenos y colombianos: un estudio descriptivo-correlacional*. *Psicogente* 22(41), 1-22. <https://doi.org/10.17081/psico.22.41.3308>
- Villarreal, D., y Paz, A. (2017). *Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú*. *Propósitos y Representaciones*, 5(2), 21 - 64. doi: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2017.v5n2.158>
- Vivanco, J. (2021). *Duelo patológico y su influencia en el estado emocional de una jóven de 21 años de edad del Canton Baba*. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/10930>
- World Health Organization. (2018). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10*. (10ª.ed.). Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>

ANEXOS

Anexo 1:

INVENTARIO CLÍNICO PARA ADOLESCENTES DE MILLON (MACI)

Esta prueba consiste en una lista de frases que las personas jóvenes usan para describirse a sí mismas. Se presentan aquí para ayudarte a describir tus sentimientos y actitudes. Cuando contestes trata de hacerlo tan honesta y seriamente como puedas, ya que los resultados serán utilizados para ayudarte a conocerte y poder ayudarte a planear tu futuro. Trata de responder a todas las frases, aun cuando no estés seguro de tu decisión.

ÍTEMS	V	F
1. Yo prefiero mucho más seguir a otros en vez de mandar.	V	F
2. Estoy bastante seguro de que sé quién soy y de lo que quiero en la vida.	V	F
3. Yo no necesito tener amistades íntimas como los otros jóvenes.	V	F
4. A menudo me fastidia hacer las cosas que otros quieren que haga.	V	F
5. Me esfuerzo al máximo para no herir los sentimientos de otras personas.	V	F
6. Puedo confiar en que mis padres serán comprensivos conmigo.	V	F
7. Algunas personas piensan de mí que soy un poco creído.	V	F
8. Nunca tomaría drogas, pasase lo que pasase.	V	F
9. Siempre trato de hacer lo que es adecuado.	V	F
10. Me gusta mi aspecto.	V	F
11. Aunque a veces me descontrolo comiendo, odio cuando aumento de peso.	V	F
12. Parece que nada de lo que pasa me hace sentir ni triste ni feliz.	V	F

13.Parece que tengo problemas para llevarme bien con otros adolescentes de mi edad.	V	F
14.Me da mucha vergüenza contarles a otras personas cómo abusaron de mí.	V	F
15.Nunca he hecho nada por lo hubiera podido ser arrestado.	V	F
16.Pienso que todos estaría mejor si yo estuviera muerto.	V	F
17.A veces, cuando estoy lejos de mi casa, empiezo a sentirme tenso y con miedo.	V	F
18.Generalmente actúo de forma rápida, sin pensar.	V	F
19.Supongo que soy un quejica que espera que pase lo peor.	V	F
20.No es raro sentirse solo y no deseado.	V	F
21.El castigo nunca me ha frenado para hacer lo que yo quería.	V	F
22.Parece ser que la bebida ha sido un problema para varios miembros de mi familia.	V	F
23.Me gusta seguir instrucciones y hacer lo que otros esperan de mí.	V	F
24.Me parece que encajo enseguida en cualquier grupo de chicos o chicas.	V	F
25.Muy poco de lo que he hecho ha sido apreciado por los demás.	V	F
26.Odio no tener ni el aspecto ni la inteligencia que quisiera.	V	F
27.Me gusta mi hogar.	V	F
28.Algunas veces meto miedo a otros chicos o chicas para que hagan lo que yo quiero.	V	F
29.Aunque la gente me dice que estoy delgado o delgada, yo sigo creyendo que peso demasiado.	V	F
30.Cuando tomo unas copas me siento más seguro de mí mismo.	V	F
31.La mayoría de la gente es más atractiva que yo.	V	F
32.Cuando estoy en medio de una multitud, a menudo siento que me va a dar un ataque de pánico o que me voy a desmayar.	V	F
33.A veces me provocho el vómito después de comer mucho.	V	F
34.Con frecuencia me siento como si no tuviera rumbo, como perdido en la vida.	V	F
35.Parece que no les caigo bien a la mayoría de los jóvenes.	V	F

36.Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo o sola.	V	F
37.Implicarse en los problemas de otros es una pérdida de tiempo.	V	F
38.Muchas veces siento que otros no quieren ser amistosos conmigo.	V	F
39.No me importa mucho lo que los otros jóvenes piensan de mí.	V	F
40.Solía “colocarme” tanto (con alcohol o drogas) que no sabía lo que estaba haciendo.	V	F
41.No me importa decirle a la gente cosas que le gusta oír.	V	F
42.Me veo a mí mismo muy lejos de lo que en realidad me gustaría ser.	V	F
43.Las cosas en mi vida van de mal en peor.	V	F
44.Tan pronto como tengo el impulso de hacer algo, lo hago.	V	F
45.A mi nunca me han llamado “delincuente juvenil”	V	F
46.Con frecuencia yo soy mi peor enemigo.	V	F
47.Muy pocas cosas o actividades parecen darme placer.	V	F
48.Siempre pienso en ponerme a dieta, aun cuando la gente me dice que estoy demasiado delgado o delgada.	V	F
49.Es muy difícil, para mí, sentir lástima por las personas que siempre están preocupadas por alguna cosa.	V	F
50.Es bueno tener una rutina para hacer la mayoría de las cosas.	V	F
51.No creo tener tanto interés por el sexo como la gente de mi edad.	V	F
52.No veo nada malo en utilizar a otros para conseguir lo que quiero.	V	F
53.Preferiría estar en cualquier lugar en vez de en casa.	V	F
54.A veces me siento tan desbordado que querría dañarme gravemente.	V	F
55.No creo haber sido abusado sexualmente.	V	F
56.Soy un tipo de persona teatral a quien le gusta llamar la atención.	V	F
57.Puedo beber más cerveza o licor que la mayoría de mis amigos.	V	F
58.Los padres y maestros son demasiados duros con los jóvenes que no siguen las reglas.	V	F

59.Me gusta mucho coquetear (ligar).	V	F
60.No me molesta ver a alguien sufriendo.	V	F
61.Al parecer no tengo muchos sentimientos por los demás.	V	F
62.Disfruto pensando en el sexo.	V	F
63.Me preocupa mucho pensar en que me dejen solo y abandonado.	V	F
64.Con frecuencia estoy triste y siento que nadie me quiere.	V	F
65.Se supone que debo ser delgado o delgada, pero siento que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.	V	F
66.Con frecuencia me lo merezco cuando los otros me critican.	V	F
67.La gente me presiona para que haga más de lo que es justo.	V	F
68.Creo que tengo un buen cuerpo.	V	F
69.Socialmente, siento que me dejan de lado.	V	F
70.Hago amigos y amigas fácilmente.	V	F
71. Soy una persona un tanto asustadiza y ansiosa.	V	F
72.Odio recordar algunas de las formas en que abusaron de mí.	V	F
73. No soy diferente a muchos jóvenes que roban cosas de vez en cuando.	V	F
74.Prefiero actuar primero y pensarlo después.	V	F
75.He pasado por periodos en los que he fumado “Canutos” varias veces a la semana.	V	F
76.Hay tantas normas en mi camino, que es difícil hacer lo que quiero.	V	F
77.Cuando las cosas se ponen aburridas, me gustan crear un poco de emoción.	V	F
78.A veces yo haría algo cruel para hacer infeliz a alguien.	V	F
79.Paso mucho tiempo preocupándome acerca de mi futuro.	V	F
80.Con frecuencia siento que no merezco las cosas buenas que hay en mi vida.	V	F
81.Me da un poco de tristeza cuando veo a alguien que se siente solo.	V	F

82.Como poco delante de otros, pero después me atiborro cuando estoy solo o sola.	V	F
83.Mi familia siempre está gritando y peleándose.	V	F
84.A veces me siento muy infeliz de ser quien soy.	V	F
85.Al parecer yo no disfruto estando con gente.	V	F
86.Tengo ciertas capacidades que otros jóvenes quieran tener.	V	F
87.Me siento muy incómodo con la gente, a menos que esté seguro de que realmente les gusto.	V	F
88.Matarme sería la manera mas fácil de resolver mis problemas.	V	F
89.A veces me confunde o me turba que la gente sea amable conmigo.	V	F
90.La bebida parece que me ayuda mucho cuando me siento deprimido.	V	F
91.Casi nunca espero algún acontecimiento con placer o emoción.	V	F
92.Soy muy bueno inventando excusas para salir de los problemas.	V	F
93.Es muy importante que los niños aprendan a obedecer a los mayores.	V	F
94.El sexo es algo placentero.	V	F
95.A nadie le importa realmente si yo vivo o si me muero.	V	F
96.Deberíamos respetar a nuestros mayores y no pensar que nosotros sabemos más.	V	F
97.A veces siento placer lastimando a alguien físicamente.	V	F
98.A veces me siento mal después de que me haya pasado algo bueno.	V	F
99.No creo que la gente me vea como una persona atractiva.	V	F
100.Socialmente soy solitario, pero no me importa.	V	F
101.Casi todo lo que intento me resulta fácil.	V	F
102.Hay veces en las que siento que soy mucho más joven de lo que realmente soy.	V	F
103.Me gusta ser el centro de atención.	V	F
104.Si quiero hacer algo, simplemente lo hago, sin pensar en lo que pueda pasar.	V	F

105. Tengo un temor terrible de que, por muy delgado o delgada que esté, volveré a subir de peso si como.	V	F
106. No me acerco mucho a las personas porque me da miedo que se burlen de mi.	V	F
107. Cada vez con más frecuencia he pensado en terminar con mi vida.	V	F
108. A veces me rebajo a mí mismo para que otra persona se sienta mejor.	V	F
109. Me da mucho miedo cuando pienso en estar completamente solo en el mundo.	V	F
110. Las cosas buenas no duran.	V	F
111. He tenido algunos choques con la ley.	V	F
112. Me gustaría cambiar mi cuerpo por el de alguna persona.	V	F
113. Hay muchas ocasiones en las que desearía ser mucho más joven de nuevo.	V	F
114. No he visto un automóvil en los últimos diez años.	V	F
115. Otras personas de mi edad parecer estar más seguras que yo de saber quiénes son y lo que quieren.	V	F
116. Muchas veces me desconcierta pensar en el sexo.	V	F
117. Hago lo que quiero sin preocuparme de si afecta a otros.	V	F
118. Muchas de las cosas que hoy parecen buenas, se volverán malas más adelante.	V	F
119. Parece que la gente de mi edad nunca me llama para que salgamos juntos.	V	F
120. Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin un "canuto".	V	F
121. Yo hago que mi vida sea peor de lo que debería ser.	V	F
122. Prefiero que me digan lo que tengo que hacer en lugar de tener que decidir por mí mismo.	V	F
123. He intentado suicidarme, en el pasado.	V	F
124. Me pego grandes atracones de comida un par de veces a la semana.	V	F
125. Últimamente parece que me deprimó por cosas pequeñas.	V	F
126. El año pasado crucé el Atlántico en avión 30 veces.	V	F
127. Hay veces en las que preferiría ser otra persona.	V	F

128.No me importa tratar mal a la gente para demostrar mi poder.	V	F
129.Me avergüenzo de algunas cosas terrible que me han hecho los adultos.	V	F
130.Intento hacer todo lo que hago lo más perfectamente que puedo.	V	F
131.Estoy contento con la forma en que mi cuerpo ha desarrollado.	V	F
132.Con frecuencia me asusto cuando pienso en las cosas que tengo que hacer.	V	F
133.Últimamente me siento inquieto y nervioso casi todo el tiempo.	V	F
134.Yo acostumbraba a probar drogas duras para ver el efecto que hacían.	V	F
135.Con mi simpatía puedo conseguir que la gente me dé casi todo lo que quiero.	V	F
136.Muchos otros jóvenes consiguen oportunidades que yo no consigo.	V	F
137.Hubo personas que hicieron cosas sexuales conmigo cuando yo, todavía, no podía entender.	V	F
138.Con frecuencia sigo comiendo hasta que me siento enfermo o enferma.	V	F
139.En un grupo, yo me burlaría de alguien sólo para humillarle.	V	F
140.No me gusta ser la persona en la que me he convertido.	V	F
141.Al parecer siempre echo a perder las cosas buenas que me pasan.	V	F
142.Aunque quiere tener amigos, no tengo casi ninguno.	V	F
143.Me agrada que ahora los sentimientos acerca del sexo se hayan convertido en una parte de mi vida.	V	F
144.Soy capaz de pasar mucha hambre con tal de ser más delgado o delgada de lo que soy.	V	F
145.Soy muy maduro para mi edad y sé lo que quiero hacer en la vida.	V	F
146.En muchas cosas me siento muy superior a la mayoría de la gente.	V	F
147.Mi futuro me parece sin esperanza.	V	F
148.A mis padres les ha costado mucho mantenerme en el camino correcto.	V	F
149.Cuando no me salgo con la mía, me descontrolo fácilmente.	V	F
150.A veces me divierte hacer ciertas cosas que son ilegales.	V	F

151.Supongo que dependo demasiado de otros para que me ayuden.	V	F
152.Mis amigos y yo podemos acabar muy borrachos cuando lo estamos pasando bien.	V	F
153.La mayor parte del tiempo me siento solo y vacío.	V	F
154.Me siento totalmente sin objetivos y sin saber a dónde voy.	V	F
155.Decir mentiras es una cosa normal.	V	F
156.He estado pensando en cómo y cuándo suicidarme.	V	F
157.Me gusta provocar peleas.	V	F
158.Hay veces en las que parece que no le importo a nadie en mi casa.	V	F
159.Es bueno tener una forma regular de hacer las cosas para no cometer errores.	V	F
160.Probablemente me merezco muchos de los problemas que tengo.	V	F

Anexo 2:

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE CAROL D. RYFF

EDAD:

SEXO: FEMENINO () MASCULINO ()

A continuación, se presentan algunos enunciados sobre el modo como usted se comporta, siente y actúa. No existe respuesta correcta o incorrecta. Responda con sinceridad. Su respuesta puede ser marcada con una equis (X).

ÍTEMS	Totalmente desacuerdo	Poco de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.						
2.Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.						
3.No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.						
4.En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mi mismo.						
5.Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.						
6.Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.						
7.Reconozco que tengo defectos.						

8.Reconozco que tengo virtudes.						
9.Disfruto haciendo planes a futuro y trabajar para hacerlos realidad.						
10.Sostengo mis decisiones hasta el final.						
11.En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.						
12.Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.						
13.Puedo confiar en mis amigos.						
14.Cuando cumplo una meta, me planteo otra.						
15.Mis relaciones amicales son duraderas.						
16.Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.						
17.Comprendo con facilidad como la gente se siente.						
18.Me adapto con facilidad a circunstancias nuevas o difíciles.						
19.Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.						
20.Tengo objetivos planteados a corto y largo plazo.						
21.Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.						
22.En general, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo.						
23.Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros tienen.						
24.Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.						
25.Tengo la capacidad de construir mi propio destino.						
26.Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.						

27. Mis amigos pueden confiar en mí.						
28. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.						
29. Tomo acciones ante las metas que me planteo.						
30. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.						
31. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.						
32. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.						
33. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.						
34. Es importante tener amigos.						
35. He sido capaz de conseguir un hogar y un modo de vida a mi gusto						

Anexo 3:

ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG

EDAD:

SEXO: FEMENINO () MASCULINO ()

Por favor, lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días. Marque con una equis (X).

ÍTEMS	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1.Me siento triste y decaído.				
2.Por las mañanas me siento mejor.				
3.Tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
4.Me cuenta mucho dormir por las noches.				
5.Como igual que antes.				
6.Aún tengo deseos sexuales.				
7.Noto que estoy adelgazando.				
8.Estoy estreñado.				
9.El corazón me late más rápido que antes.				
10.Me canso sin motivo.				

11.Mi mente esta tan despejada como antes.				
12.Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13.Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14.Tengo confianza en el futuro.				
15.Estoy más irritable que antes.				
16.Encuentro fácil tomar las decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Encuentro agradable vivir.				
19.Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto.				
20.Me gustan las mismas cosas que antes.				

Anexo 4:

MODELO ABC

A (SITUACIÓN)	B (PENSAMIENTOS)	C (EMOCIÓN Y CONDUCTA)

Anexo 5:

DIARIO DE TRISTEZA

Para que puedas observar cómo resolviste tu tristeza y qué tan intensa fue esta emoción, tenemos este ejercicio.

Escribe las situaciones de tristeza que se presentaron, qué tan intensas fueron (0 al 10) y observa al final del día si utilizaste alguna de las estrategias brindadas en sesión.

Día	Situación de tristeza	Intensidad (0 al 10)	Analiza si utilizaste alguna estrategia. Recuerda llenar esta columna al final del día.
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			

Anexo 6:

DIARIO DE IRA

Para que puedas observar cómo resolviste la ira y qué tan intensa fue esta emoción, tenemos este ejercicio.

Escribe las situaciones de ira que se presentaron, qué tan intenso fue (0 al 10) y observa al final del día si utilizaste alguna de las estrategias brindadas en sesión.

Día	Situación de Ira	Intensidad (0 al 10)	Analiza si utilizaste alguna estrategia. Recuerda llenar esta columna al final del día.
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			

Anexo 7:

LISTA DE COTEJO CON 3 CASOS

Caso 1

Un sábado tenía que despertar temprano para sacar a pasear al perro, sin embargo, no me despierto, me quedo dormida. Mamá toca desesperadamente la puerta gritando “Ya es tarde, son las 11am”, “Estás como siempre en la cama”, “Nunca puedes hacer nada”.

Alternativas de solución:

Caso 2:

Me invitan a comer a un restaurante, al cual no me apetece ir porque siento que nada me queda bien, además, tengo flojera. A pesar de ello, mi mamá me obliga y en el restaurante mi hermana pide un plato que no me gusta para mí porque tiene muchas calorías.

Alternativas de solución:

Caso 3:

Estoy en semana de exámenes, estoy intentando estudiar, pero no logro comprender nada y pienso “No sirvo para nada”, “Voy a volver a jalar”, “Mi mamá se va a molestar”.

Alternativas de solución:

Anexo 8:

FICHA DE REGISTRO DE PENSAMIENTOS

FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO

Anexo 9:

LISTA DE 25 PENSAMIENTOS

- “Mi cuerpo es horrible”
- “Voy a hacer ejercicio para verme bien”
- “Estoy gorda”
- “Voy a hacer dieta para bajar de peso”
- “Mi mamá no me entiende”
- “Prefiero morir antes de seguir decepcionando a todos”
- “No me gusta como soy”
- “Tengo que estudiar para poder aprobar”
- “Debería comer más saludable”
- “Tengo que pasar el año”
- “Debería de jugar con mi hermana”
- “Nadie me quiere”
- “No sirvo para nada”
- “Siempre me tratan mal”
- “Me gustaría tener otra familia”
- “En el colegio me odian porque siempre le digo a la profesora cuando me molestan”
- “En la calle todos me miran”
- “Nada de lo que me pongo me queda bien”
- “Debo de cambiarme de colegio para que nadie me moleste”
- “Si yo no existiera mi mamá, mi padrastro y mi hermana serían la familia feliz”
- “Tengo que hacer más amigos”
- “Cuando me golpeo me siento mejor”
- “El dolor me hace olvidar los problemas”
- “Debería de sacar a pasear al perro”
- “Quisiera ser como los demás”

Anexo 10:

FICHA DE REGISTRO DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES

FECHA	FORTALEZAS	DEBILIDADES
1ER MES		
2DO MES		
3ER MES		
4TO MES		
5TO MES		

Anexo 11:

LISTA DE COTEJO DE SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

SÍNTOMA	SI	NO
Aislamiento social		
Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad		
Insomnio		
Pérdida de confianza o sentimientos de inferioridad		
Llanto fácil		
Dificultad para concentrarse o para tomar de decisiones		
No disfrutar las actividades que normalmente le gustan		
Bajo rendimiento escolar		
Percepción de incapacidad para realizar responsabilidades rutinarias		
Pesimismo sobre el futuro		
Cambios en los hábitos alimentarios		

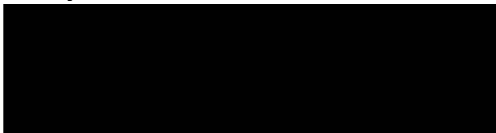

Anexo 12:

FICHA DE CONSENTIMIENTO

Certifico que mi área operativa ha tomado conocimiento de la presentación de este caso de estudio como Trabajo de Suficiencia Profesional y según nuestros procedimientos internos nos comprometemos a canalizarlo y apoyar las gestiones que fueran necesarias dentro de las normas vigentes, autorizando el uso de datos e información por tener fines académicos.

Certifico además, que el profesional tiene la competencia necesaria para su empleo.

Observaciones:

Nombre del Jefe del Área Operativa:	Mg. Milagros Cáceres Avila
Nombre del Área Operativa:	Directora General OA
Firma y sello:  Mg. Milagros Cáceres Avila Directora General OA Neuropsicóloga Educativa 	Fecha: 28/09/2021