

Terapia Racional Emotiva y desarrollo de competencias parentales como tratamiento para un adolescente con depresión mayor

Rational Emotive Therapy and development of parenting skills as a treatment for an adolescent with major depression


Alicia Hernández Montaña¹, Mónica Reyna Martínez¹ y José González Tovar¹


¹Universidad Autónoma de Coahuila, México

Resumen: Se presenta la intervención en el caso de un adolescente de 15 años con trastorno depresivo mayor leve. El objetivo fue analizar los efectos de un tratamiento basado en la terapia racional emotivo conductual, activación conductual y estrategias para la mejora de la interacción padre-hijo, con el propósito de reducir sintomatología depresiva. La evaluación se realizó mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Test de Creencias Irracionales de Ellis. Los resultados indicaron una disminución de la sintomatología depresiva y un aumento de respuestas incompatibles con el comportamiento depresivo.

Palabras clave: trastorno depresivo mayor, Terapia Racional Emotiva Conductual, Terapia de Activación Conductual, competencias parentales

Abstract: The intervention in the case of a 15-year-old adolescent with mild major depressive disorder is presented. The objective was to analyze the effects of a treatment based on rational emotional behavioral therapy, behavioral activation, and strategies to improve parent-child interaction, with the purpose of reducing depressive symptoms. The evaluation was carried out using the Beck Depression Inventory (BDI-II), the Beck Anxiety Inventory

Alicia Hernández Montaña  [0000-0001-8778-5805](https://orcid.org/0000-0001-8778-5805) es docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila.

Mónica Reyna Martínez  [0000-0003-3158-2114](https://orcid.org/0000-0003-3158-2114) es docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila.

José González Tovar  [0000-0002-2507-5506](https://orcid.org/0000-0002-2507-5506) es docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila.

Para citar este artículo: Hernández Montaña, A., Reyna Martínez, A. y González Tovar, J. (2023). Terapia Racional Emotiva y desarrollo de competencias parentales como tratamiento para un adolescente con depresión mayor. *Clínica Contemporánea*, 14(3), Artículo e21. <https://doi.org/10.5093/cc2023a17>

La correspondencia sobre este artículo deberá ser enviada a Alicia Hernández Montaña. E-mail: aliciahernandezmont@uadec.edu.mx



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

(BAI) and the Ellis Test of Irrational Beliefs. The results indicated a decrease in depressive symptoms and an increase in responses incompatible with depressive behavior.

Keywords: major depressive disorder, Rational Emotive Behavioral Therapy, Behavioral Activation Therapy, parenting skills

La adolescencia es un período de crecimiento que se inicia entre los 10 y 13 años, y puede extenderse hasta los 21 años, ocurren cambios 1) *sexuales*, que se manifiestan interna y externamente, donde regularmente al pasar a la adolescencia tardía, las personas pueden experimentar una mayor comodidad con su cuerpo, y 2) *psicológicos*, que contribuyen a la madurez, tales como la construcción de identidad, preocupación por su futuro, independencia de los padres y necesidad de pertenencia y aceptación de sus pares tanto en grupos como de forma individual (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2021).

Castro et al. (2022) señalan que los tipos de crianza son capaces de explicar la sintomatología depresiva en los adolescentes, entre los que se encuentran los estilos sobreprotector, autoritario e indulgente. Así, dicha sintomatología ocurre especialmente cuando los adolescentes perciben un estilo parental que se caracteriza por la escasa atención a sus necesidades, actitudes controladoras hacia sus conductas y reglas rígidas por parte de los padres (Ramírez- Caján y Díaz-Gervasi, 2017).

Tomando en cuenta lo anterior se ha recomendado la atención psicológica al representar un riesgo para la salud mental, de ahí que se enfatice el fomento de competencias para la parentalidad positiva mediante programas de educación parental, en este caso, existe evidencia que programas de segunda generación promueven la calidad de la interacción padres-hijos durante las actividades cotidianas con el fin de facilitar la sensibilidad parental, el empleo de límites adecuados, la empatía ante las necesidades de los hijos, entre otros (Martín-Quintana et al., 2009). Dentro del contexto terapéutico es crucial que el profesional de la salud conozca el ambiente donde se desarrollan los adolescentes porque aún siguen siendo dependientes de sus adultos cuidadores para cubrir sus necesidades físicas, emocionales y psicológicas, y a partir de estas interacciones, ya sean positivas o negativas, configuran su mundo interior dando sentido a las interacciones que establecen con el exterior (Gregory et al., 2020; Lo y Wong, 2020). La terapia estratégico estructural demuestra cómo las interacciones padre/madre- hijo que se establecen de manera repetitiva dan origen y mantienen la problemática (Haley, 1991; Minuchin, 2003; Papp, 2010).

Respecto a la intervención, los tratamientos de la depresión que según la Sociedad de Psicología Clínica (División 12 de la American Psychological Association – APA), tienen mejor evidencia de investigación se encuentran la Terapia Cognitiva y la Activación conductual. La terapia cognitiva (TC) se caracteriza por ser un proceso activo, directivo, bien estructurado y de tiempo limitado que trata con diversas alteraciones psiquiátricas como la ansiedad, la depresión, el estrés, fobias, etc. (Beck, 1976). Su supuesto teórico está basado en que la conducta de la persona está modulada en gran porcentaje por su capacidad de concebir al mundo. Para Riso (2006) las perturbaciones psicológicas tienen un común denominador llamado distorsiones del pensamiento, que tiene influencia notoria en las emociones y el comportamiento de las personas.

En este sentido, son varias las investigaciones que demuestran la eficacia de la TC para la depresión mostrando la utilidad de técnicas cognitivas como la reestructuración cognitiva, el diálogo socrático y una combinación adecuada con la psicoeducación, el entrenamiento en resolución de problemas, entre otras estrategias (Antón-Menárguez et al., 2016; Berrío, 2019; Dunn et al., 2012; Herskovic y Matamala, 2020). La terapia racional emotiva conductual (Ellis y Grieger, 1990) señala que es de vital importancia ayudar a las personas a pensar racionalmente, sentir de forma apropiada y a actuar funcionalmente con el fin de lograr la meta de vivir más tiempo y con felicidad. En esta forma, enfatiza que las cogniciones irracionales juegan un rol fundamental al influir en las percepciones e interpretaciones de los eventos que en primera instancia funcionan como activadores, y que durante la transacción provocan respuestas directas que no son saludables para las personas, en este caso, las emociones y las conductas.

La Activación Conductual (AC) fue desarrollada a partir de los estudios y modelo explicativo de Lewinsohn y Graf (1973), quienes conceptualizan la depresión como la falta de contingencia entre respuestas saludables de la persona y el reforzamiento positivo de estas que conduce a los sentimientos de tristeza, desesperanza e incapacidad típicos de la depresión, teniendo en consideración que la conducta se sostiene a partir de reforzamientos. Barraca (2015) menciona que el objetivo de la AC es activar determinadas conductas para reestablecer el contacto con el refuerzo positivo y aumentar la gratificación. El objetivo principal de la programación de actividades no es la reducción del malestar emocional, sino enfatizar la sensación a corto y largo plazo de control apetitivo para lograr la modificación y aumento de respuestas alternativas e incompatibles con el comportamiento depresivo tanto públicas como privadas, la experiencia emocional y cognitiva y la calidad de vida (Genise, 2020; González-Terrazas y Campos Aguilera, 2021; Martell et al., 2013). Entre los componentes que se han incluido en los tratamientos AC se encuentran la recuperación de tareas abandonadas, el replanteamiento de nuevos objetivos vitales, extinción de conductas de evitación y la recuperación de obligaciones domésticas, laborales y sociales (Barraca, 2010; Coto-Lesmes et al., 2020).

Bajo este orden de ideas el propósito de esta investigación fue diseñar e implementar un tratamiento basado en la terapia racional emotivo conductual, activación conductual y estrategias para la mejora de la interacción padre-hijo, con el propósito de reducir sintomatología depresiva y reforzar comportamientos positivos que permitan a un adolescente afrontar favorablemente sus actividades cotidianas.

Método

Consideraciones éticas

La presente intervención se realizó bajo principios éticos que son considerados dentro de las investigaciones en psicología en población mexicana (Sociedad Mexicana de Psicología [SMP], 2009), por lo que se informó de manera verbal el objetivo del estudio solicitando por escrito el consentimiento informado para garantizar que ningún participante fue involucrado sin saberlo, además, se comunicó el carácter confidencial respetando la integridad, justicia, equidad, respeto y defensa de los derechos humanos. Asimismo, se tomaron en cuenta los principios de la Declaración de Helsinki (2008, citado en Mazzanti, 2011), respecto a la primacía del bienestar de los seres humanos sobre los intereses de la ciencia y la sociedad, y el beneficio de la investigación para los participantes.

Diseño

Se trata de una intervención clínica que fue diseñada bajo el paradigma de investigación de estudio de caso con metodología ABA con enfoque mixto. En la primera fase, conocida como *baseline* se establece la línea base del comportamiento de la persona, es decir, se identifican la sintomatología clínica y estrategias de afrontamiento. La segunda fase es dedicada a la intervención, en la cual se registran los datos para evaluar la efectividad de la técnica de modificación de conducta o cognición previamente determinada. Por último, en la fase post-intervención se registra el comportamiento de la persona una vez más. La comparación de las fases A y B ofrece evidencia empírica y sirve para determinar si la intervención fue efectiva y si los objetivos fueron alcanzados (Ato et al., 2013; Kazdin, 2011).

Identificación del paciente

Fabián (nombre ficticio) es un adolescente de 15 años de edad, que cursa tercer año de secundaria en una institución privada de la ciudad de Saltillo, Coahuila, México. Es hijo único y vive con su padre, su madre falleció de cáncer cuando éste tenía 9 años de edad.

Antonio (nombre ficticio) es el padre del niño con 43 años de edad, posee un negocio propio de venta de materias primas en un horario que limita el tiempo de convivencia con su hijo. No tiene ninguna otra afición más que trabajar y desde el fallecimiento de su esposa no ha tenido pareja.

Motivo de consulta

Fabián fue llevado a consulta por su padre a petición de la psicóloga de la escuela. Refiere que en más de una ocasión se ha puesto muy nervioso ante la presentación de exámenes, le cuesta mucho trabajo estudiar y realizar tareas, lo que ha derivado en bajas calificaciones. Desde hace dos meses previos a la intervención que no asiste a los entrenamientos de fútbol, lo que también repercute en su evaluación escolar.

Historia del problema

Refiere que cuando su madre falleció lo que más resintió fue la ausencia de su padre por cuestiones laborales, recuerda que lo veía sólo por la tarde noche, y esto lo hacía sentir triste y solo. Una tía fue la que apoyó en su cuidado y estar rodeado de sus primos le ayudó a tener una buena infancia.

Describe a su madre como una persona amorosa, juguetona y paciente, estar a su lado le hacía sentirse feliz, cuando enfermó extrañaba su presencia, considera que es la época en la que su padre estuvo más cerca de él tratando de consolarlo. Cuando fallece la madre, la figura de la tía (hermana de la madre) fue crucial, su interacción permitió construir un vínculo seguro y cálido, él la describe como una de las personas más importantes de su vida. En aquellos tiempos era la encargada de cuidarlo después de la salida de la escuela, apoyarlo en las tareas académicas y de consolarlo en momentos de tristeza, lo que sugiere que es una figura con quien ha establecido un vínculo afectivo, sólido y disponible en los momentos de estrés, condición que pudo facilitar en Fabián la integración de la muerte de la madre. En la actualidad, aun recurre a ella, pero con menor frecuencia porque ya no pasa las tardes en su casa por consenso parental, ante lo cual él estuvo de acuerdo. Por su parte, el padre actualmente trabaja y cubre sus necesidades más instrumentales, es una figura interesada en el bienestar de su hijo, pero con problemas para aproximarse emocionalmente, lo que dificulta el acercamiento de Fabián. En otras palabras, la tía representa una figura vincular que le da soporte emocional, en cambio el vínculo con el padre se caracteriza por la falta de sensibilidad a las señales emocionales y habilidades para responder ante el estrés de su hijo. La interacción se ha distinguido por la inhibición de la expresión de las emociones del hijo, reduciendo la posibilidad de contar con una figura que le ayude a regularse en momentos de tristeza y conduciendo a construir una visión negativa de sí mismo (Garrido-Rojas, 2006).

Indica que sus problemas comenzaron en segundo de secundaria cuando sus calificaciones bajaron y su padre se volvió más estricto, refirió que le condicionaba las salidas y el celular con sus notas. Comenta que éste siempre ha sido muy exigente y se preocupa demasiado por sus calificaciones, la mayoría de sus conversaciones se centran en críticas negativas respecto a su desempeño, por lo que siente que lo está decepcionando.

Señala que cuando tiene que realizar trabajos académicos o presentar exámenes se pone muy nervioso y le duele la cabeza, “no voy a poder, voy a suspender”, cuando se trata de elaborar tareas las posterga lo más que puede y termina haciendo su menor esfuerzo y entregando con una sensación de insatisfacción y autorreproche. Esto ha llevado a que sus calificaciones sean bajas y las críticas de su padre se incrementen.

Durante la entrevista de evaluación con Fabián, empieza a informar que presenta síntomas depresivos desde poco más de seis meses, comenta que se siente triste gran parte del tiempo, que no le dan ganas de salir con sus amigos y no disfruta de las cosas como antes (practicar fútbol y jugar video juegos), además de tener una visión negativa de sí mismo (“soy un fracaso” “no valgo”) y del futuro (“voy a suspender”).

Análisis funcional del caso

En la Fase A se realizó la evaluación a través de la entrevista semiestructurada y aplicación de pruebas clínicas con la intención de realizar el análisis funcional. El objetivo fue realizar un encadenamiento de respuestas e hipótesis sobre la función de las conductas disfuncionales que el consultante presenta en la actualidad. Para explicar el origen del problema, recurrimos a eventos antecedentes que nos permiten comprender de forma paulatina la presencia de las dificultades del consultante. Un aspecto importante se centra en el fallecimiento de la madre del niño cuando contaba con 9 años de edad, por lo que ante su ausencia queda al cuidado de su tía, de tal forma que pudo convivir con sus primos y establecer vínculos emocionales que le permitieron socializar y resolver el duelo. No obstante, queda a cargo de su padre quien por motivos laborales cuenta pocas herramientas para aproximarse emocionalmente a Fabián y convivir. En la actualidad, el consultante se encuentra estudiando la secundaria, donde además de las exigencias del padre sobre las notas escolares se ha enfrentado a un contexto escolar demandante académicamente. Así, se observa que la sintomatología del consultante se activa principalmente frente a críticas negativas del padre, la realización de exámenes y elaboración de trabajos académicos. Las respuestas derivadas ante este tipo de situaciones aparecen de manera cognitiva a través de demandas de perfección “debo hacer las cosas bien” “si obtengo bajas calificaciones soy un fracaso” y demandas de aprobación “si saco malas notas voy a decepcionar a mi padre”. Lo que genera a nivel emocional respuestas de ansiedad, depresión y culpa. A nivel fisiológico tensión muscular. A nivel conductual falta de concentración en clases, mal desempeño en exámenes, postergación de tareas académicas, y disminución de actividades que le producen placer como jugar fútbol y video juegos. Todo lo anterior tiene efectos en Fabián que son modificables, tales como la escasa autoconfianza, los sentimientos de tristeza y soledad, y síntomas ansiosos derivados de las ideas de fracaso, las exigencias del padre, el limitado tiempo para convivir y el contexto escolar que lejos de ayudar también contribuyen a sus malas calificaciones y conductas de aislamiento, como por ejemplo, no implicarse en actividades escolares y de ocio. El efecto de lo anterior es el trastorno depresivo mayor, episodio único; además se observa que las consecuencias a corto plazo son disminuir la sensación de fracaso y distracción de pensamientos negativos, lo que a la larga puede incrementar sus bajas notas y derivar en un rezago escolar y aumentar todavía más las críticas del padre.

Evaluación inicial

Para el proceso de evaluación se emplearon las siguientes técnicas y pruebas como medidas pre y post de tratamiento:

Entrevista clínica de Manuel Muñoz (Muñoz, 2019). Formada de dos partes principales que se subdividen doce apartados. La primera parte, se compone de preguntas orientadas a conocer la historia del problema y del paciente, así como su situación actual, presencia y parámetros de la sintomatología, así como su afectación en las actividades de la vida cotidiana del consultante. En la segunda parte, se hacen preguntas más específicas con el fin de confirmar o descartar criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Inventario Depresivo de Beck (BDI-II; Beck et al., 1961) en su adaptación en población mexicana (Estrada et al., 2015). Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos y puede ser utilizado a partir de los 13 años de edad. Se compone de 21 ítems con opciones de respuesta tipo Likert en una escala del 0 al 3, utilizado para detectar y evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. Cuanta más alta sea la puntuación obtenida mayor será la severidad de los síntomas. Los rangos de severidad son: 0-13 ausencia o mínima depresión, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave. Su coeficiente alfa de Cronbach es de .90 en el factor general.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck et al., 1988) en su versión mexicana (Robles et al., 2001). Es un instrumento conformado por 21 reactivos que evalúa la gravedad de los síntomas de ansiedad y puede ser utilizado desde los 13 años de edad. La calificación se hace a través de una escala tipo Likert de cua-

tro puntos que va desde 0 (Nada en absoluto) hasta 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo). El puntaje total se obtiene de la suma de cada uno de los reactivos, siendo 0 el puntaje mínimo y 63 el máximo. Las normas de calificación en población mexicana son de 0 a 5 puntos, ansiedad mínima; de 6 a 15, ansiedad leve; de 16 a 30 puntos, ansiedad moderada, y de 31 a 63, ansiedad severa. Presenta una elevada consistencia interna de la escala total para población general de México (.911) (Padrós Blázquez et al., 2020).

Test de Creencias Irracionales de Ellis (TCI; Calvete y Cardeñoso, 1999), es un instrumento desarrollado para evaluar diez ideas irracionales. Consta de 100 ítems con cuatro opciones de respuesta: 1 (no estoy de acuerdo), 2 (desacuerdo moderado), 3 (acuerdo moderado) y 4 (estoy totalmente de acuerdo). Las ideas irracionales que se incluyen en este instrumento son: necesidad de aceptación, altas expectativas, culpabilización, reacción a la frustración, irresponsabilidad emocional, preocupación acerca de futuros problemas, evitación de problemas, dependencia, indefensión y perfeccionismo. Una puntuación de 5 ó 6 puntos, se considera una creencia que limita en determinadas circunstancias, mientras que una puntuación igual o superior a 7 es una creencia que limita muchas áreas de la vida del paciente. Ha obtenido adecuada consistencia interna (0.77) en población colombiana (Chávez y Quiceno, 2010).

Diagnóstico

La puntuación obtenida en el BDI II (Estrada et al., 2015) fue de 32, lo cual indica depresión severa. Por lo que respecta al BAI (Robles et al., 2001) obtuvo una puntuación de 30, indicativa de una ansiedad moderada según los puntos de corte. Para el test de creencias irracionales (Calvete y Cardeñoso, 1999) presenta cuatro creencias igual o superior a la puntuación 7: necesidad de aprobación, altas autoexpectativas, evitación de problemas y dependencia.

A partir de la información recabada a través de los instrumentos y la entrevista clínica podemos concluir que el diagnóstico de Fabián es 296.21 (F32.0) trastorno depresivo mayor leve, episodio único, con síntomas de ansiedad moderado, ya que cumple con más de cinco síntomas: estado de ánimo depresivo la mayor parte del día y casi todos los días, marcada disminución del interés o del placer de actividades, pérdida de energía, dificultad para concentrarse, sentimientos de desvalorización. Lo anterior se presenta durante un período superior de dos semanas y los síntomas no obedecen a efectos fisiológicos de una sustancia ni enfermedad médica, ni por un duelo complicado. Además, el paciente refiere que estos síntomas le provocan malestar clínicamente significativo (APA, 2014). Tras la exploración de la ansiedad, no se puede apreciar una entidad clínica específica (APA, 2014), pero se identifica que los eventos activadores se relacionan con el miedo a la evaluación negativa sobre su desempeño.

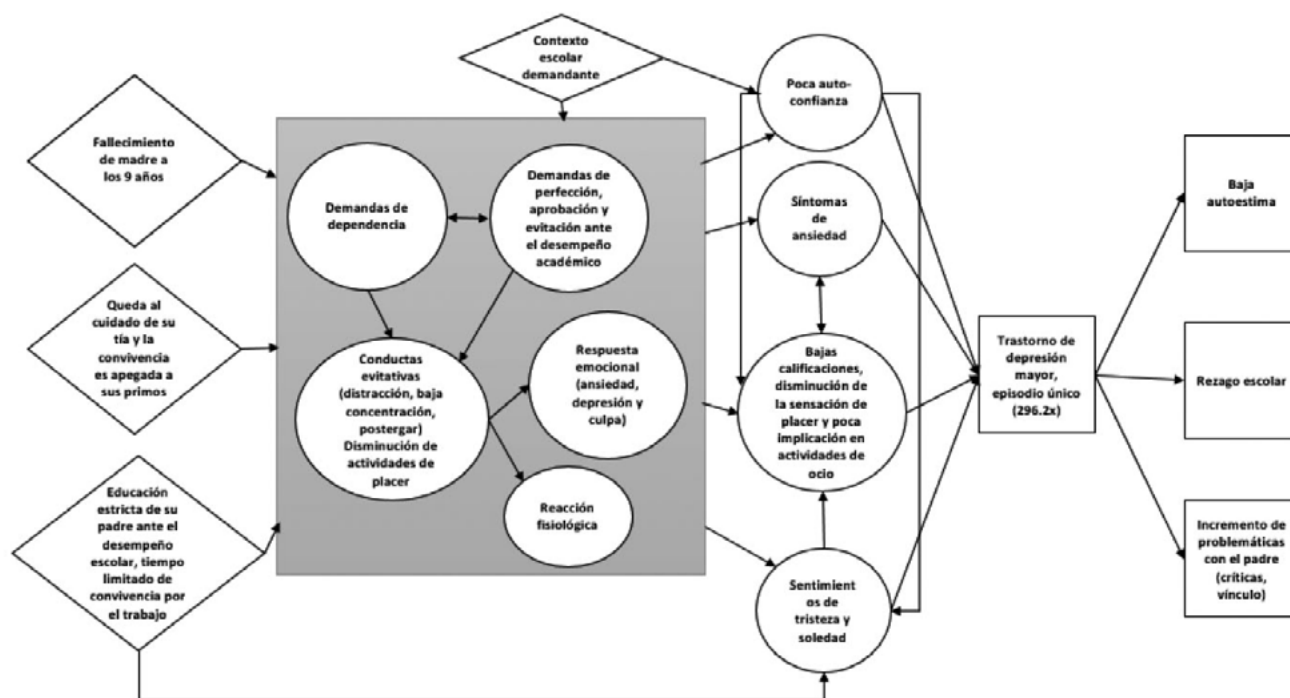
Al explorar el duelo de la muerte de la madre vemos que no cumple con los criterios que indiquen un duelo complicado o trastorno de duelo complejo persistente (TDCP; DSM-5TR, APA, 2013). Como su nombre lo dice este se refiere a una respuesta normal del duelo, pero de manera persistente y profunda. Los síntomas se extienden a 12 meses después de la muerte de un ser querido, y se caracteriza por un dolor intenso emocional (tristeza, culpa, ira, sentimientos de soledad, anhelo, aturdimiento, incapacidad para sentir emociones positivas), que provoca una afectación en las diferentes esferas de la vida del individuo. Para distinguirlo de la sintomatología asociada a los trastornos del estado de ánimo, como el episodio de depresión mayor, hay que tomar en cuenta que, en el duelo, los síntomas se relacionan con la persona fallecida y los pensamientos o recuerdos se centran en el difunto (Alonso-Llácer et al., 2021). En el caso de Fabián su sintomatología depresiva esta más asociada con su autoestima y autoconfianza que con la misma pérdida de la madre. Durante la entrevista se observa una narrativa integrada sin un desborde emocional respecto al recuerdo de la madre y prácticas funcionales como ritos periódicos entorno al aniversario luctuoso.

En la formulación clínica de Fabián (ver figura 1) se observa que los antecedentes que han influido en los problemas actuales son las altas exigencias del padre respecto a su desempeño académico y las bajas calificaciones del ciclo escolar anterior, ya que refiere “a mi padre lo único que le importa es que yo estudie y saque altas calificaciones para que tenga éxito en la vida”. Se identifica que posee esquemas

cognitivos asociados a ideas irracionales de 1) perfección “debo hacer las cosas bien, solo así tendré éxito” “si obtengo bajas calificaciones soy un fracaso” “no debo fallar”, 2) aprobación: “si saco malas notas voy a decepcionar a mi padre”, 3) de evitación: “para qué hago las cosas si siempre me va mal” y de 4) dependencia “no confío en mi criterio”. Estos factores cognitivos influyeron en la ansiedad ante el desempeño de tareas escolares y exámenes, reforzando sus ideas negativas sobre sí mismo, derivando en síntomas depresivos que con el tiempo le han llevado a desarrollar el episodio de depresión mayor actual.

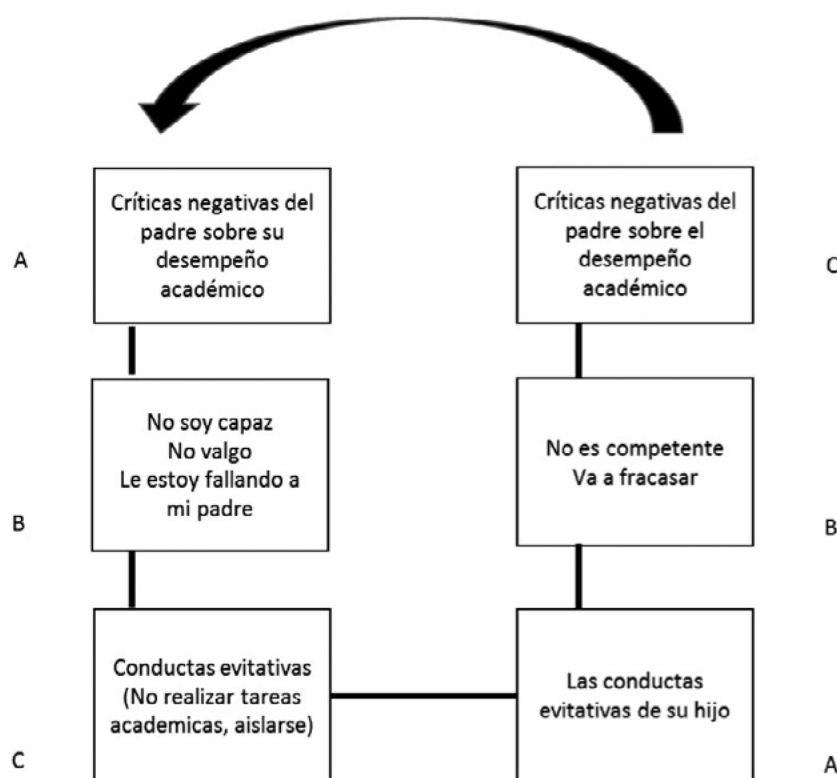
Las variables de depresión y ansiedad ante su desempeño académico se retroalimentan, ya que el paciente presenta problemas de concentración, fatiga y postergación de actividades (estudiar y realizar tareas cubriendo el mínimo de criterios solicitados) que lo llevan a obtener bajas calificaciones. Estos resultados negativos le confirman sus ideas irracionales “soy un fracaso”, “no soy capaz” y “voy a defraudar a los demás”, que al mismo tiempo le generan culpa, además, le llevan a disminuir la realización de actividades cotidianas y a quedarse cada vez más aislado, lo que le resulta poco a poco menos reforzante y por tanto dichas actividades disminuyen dado que no son reforzadas. Todo ello, como postula el modelo socioambiental de Lewinsohn y Graf (1973), genera un patrón de automantenimiento de sus síntomas depresivos.

Figura 1. *Formulación clínica de Fabián*



A todo esto, cabe añadir que tales conductas son criticadas negativamente por el padre (nivel alto de castigo) reforzando la interacción disfuncional padre-hijo (causalidad circular) (ver figura 2).

Tras esta evaluación se toma la decisión de centrar la intervención en el trastorno depresivo dado que es un problema de mayor gravedad, mientras que la ansiedad se presenta ante el desempeño académico dentro de los objetivos secundarios, y que puede aumentar y disminuir dependiendo del tipo de materia y las situaciones implicadas en un momento dado, por ejemplo, la época de exámenes y entrega de trabajos escolares, entre otros (Pedroza, 2015).

Figura 2. ABC de la interacción disfuncional padre-hijo (causalidad circular)

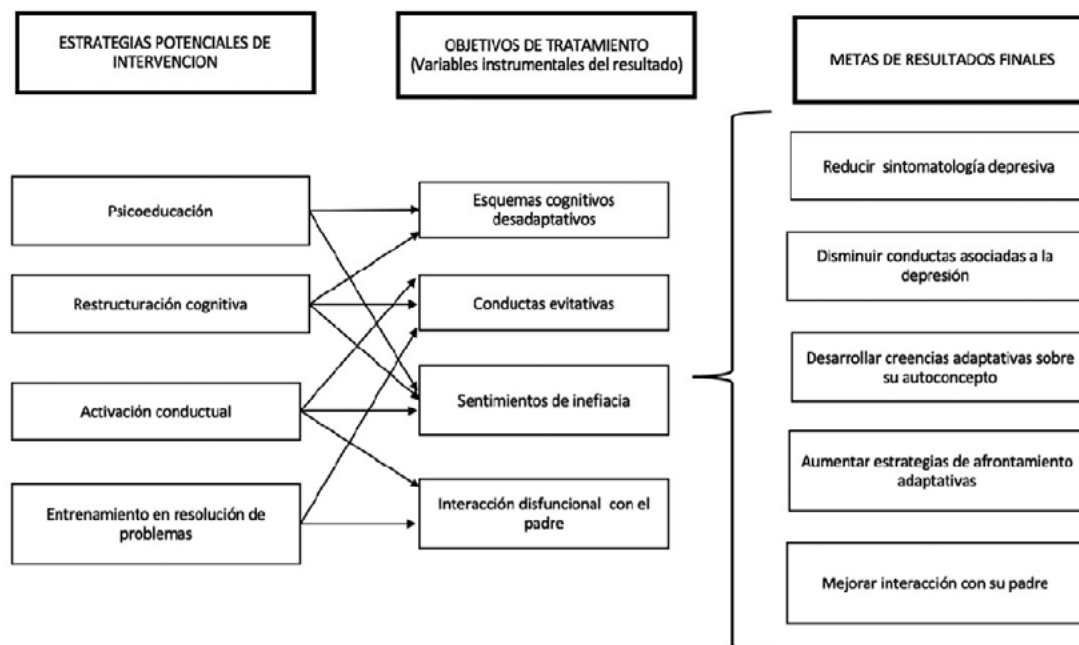
Intervención

Se diseñó una intervención basada en la terapia racional emotivo conductual (TREC; Ellis y Grieger, 1990; Ellis, 2003) y la terapia de activación conductual (Barraca, 2015; Martell et al., 2013), con los objetivos generales de 1) disminuir síntomas depresivos mediante la modificación de creencias irracionales y reemplazo por otras racionales, lo que facilita la experimentación de emociones saludables y los comportamientos funcionales (Vargas y Ferrero, 2021), especialmente enfocándonos en el desarrollo de creencias sobre su autoconcepto y el incremento de estrategias de afrontamiento adaptativas. De igual modo, activar conductualmente al adolescente para disminuir conductas asociadas a la depresión y recuperar tareas que había abandonado como forma de evitación; y 2) psicoeducar al padre respecto al diagnóstico de su hijo, además promover la sensibilidad parental y competencias parentales, para promover el autoconcepto positivo, el fortalecimiento de la toma de decisiones, la empatía hacia las necesidades de su hijo y las interacciones para fortalecer el vínculo, y lograr la modificación de la interacción disfuncional.

El tratamiento individual de Fabián tuvo una duración de 10 sesiones, realizadas una vez a la semana con duración de 1 hora. Mientras tanto, a partir del análisis funcional, se establecieron 4 sesiones centradas en la interacción padre-hijo (Haley, 1991; Minuchin, 2003; Papp, 2010) y la crianza positiva (Martín-Quintana et al., 2009). Así, para alcanzar los objetivos de la intervención se emplearon técnicas cognitivas y conductuales, la activación conductual y la psicoeducación, tal como se muestran en la figura 3.

Resultados

A lo largo del proceso los pacientes se mostraron cooperativos en las sesiones y con la elaboración de las tareas asignadas. Los resultados, cualitativamente, muestran cambios clínicamente significativos para cada uno de los objetivos de la intervención.

Figura 3. Mapa de alcance de metas de Fabián

Primeramente, la psicoeducación respecto a su diagnóstico se enfocó en comprender la hipótesis de origen y la de mantenimiento de la problemática, haciendo énfasis en la relación B (ideas irracionales) y C (consecuencias emocionales y conductuales). Asimismo, se explicó que sus problemas académicos y la interacción disfuncional con el padre redujeron la capacidad de experimentar recompensas positivas de su entorno, desencadenando, así, sus síntomas depresivos.

El primer objetivo se encaminó a la reestructuración cognitiva. Se observa la flexibilización de ideas irracionales (perfección, aprobación, evitación y dependencia), las cuales fueron sustituidas por pensamientos alternativos que se caracterizaron por una visión moderada de lo malo, la tolerancia a la frustración y la aceptación incondicional. Un ejemplo es “si las cosas que me propongo no salen a la perfección no dice de mí que soy un fracasado”, “puedo aprender de los errores”, “me gustaría que la gente (padre) pudiera tener una opinión positiva de mi persona, pero si eso no sucede no me convierte en alguien que no vale”, “lo que alguien dice no es automáticamente cierto, puedo tolerarlo”. La modificación de dichas creencias se trabajó a lo largo de todo el tratamiento a través de la psicoeducación, técnicas de exposición imaginativa, técnicas de reestructuración cognitiva y experimentos conductuales. Cabe señalar que el trabajo previo de reestructuración cognitiva facilitó las tareas conductuales más adelante, pues los pensamientos alternativos se usaron como autoinstrucciones frente al desempeño conductual.

Partiendo de la hipótesis de que sus síntomas depresivos guardan una relación cercana con sus conductas de evitación, que a su vez limita el acceso a las recompensas positivas de su entorno, se trabajó con estrategias encaminadas a la activación conductual. Se incluyeron actividades para avalar la actuación “de fuera adentro” (Barraca, 2010; Martell et al., 2013), comenzando por cambios pequeños (mantener recogida su habitación, alinear personal y mantener en buen estado sus cuadernos escolares). El uso de tareas de dominio y placer permitieron también el monitoreo del estado de ánimo y la identificación de actividades funcionales (todo lo relacionado con el fútbol, jugar video juegos, seguir conversaciones por WhatsApp y salir a la plaza con amigos), así, intentamos romper el ciclo a corto plazo de las conductas que tienden a la depresión para después pasar a realizar cambios a largo plazo como mejorar sus habilidades de estudio. Para esta última, trabajamos con la técnica de resolución de problemas aludiendo a la programación de tareas graduadas y detalladas, la cual tuvo como objetivo buscar mejores estrategias de estudio y realizar trabajos académicos lo más apegado a los

criterios solicitados, asumiendo que el dominio de dichas actividades se vería reflejado a largo plazo en sus calificaciones. Plantearlo de esa manera bajó la angustia de Fabián.

Para la intervención de la interacción padre-hijo se trabajó primeramente en la creación de rituales de conexión tomando en cuenta los gustos de Fabián (ej. cenar juntos, ver partidos de fútbol y jugar video juegos), lo anterior para fortalecer la interacción más allá de un contexto académico. Construir una visión positiva de ambos se hizo poniendo atención y escribiendo al final del día las acciones que les agradaban del otro. Estas actividades ayudaron al padre a flexibilizar las interpretaciones dicotómicas respecto al desempeño de Fabián. Se buscó que el padre alentara a su hijo a mantener actividades fuera de casa, producto de las tareas de la terapia individual (aceptar invitaciones para salir con sus amigos y facilitar estos trayectos llevándolo a dichos lugares). Y que en todo momento reconociera verbalmente los pequeños cambios alineados a los objetivos del tratamiento.

Ambos se pusieron de acuerdo sobre reglas y expectativas respecto a su desempeño académico, consiguiendo acuerdos más funcionales para el ciclo escolar en curso (ya no se estableció una calificación como tal, solo que no fuera un suspenso). Se implementaron técnicas de asertividad para expresar de manera más funcional las inconformidades que tuvieran respecto al actuar del otro.

Asimismo, se analizaron los datos obtenidos a partir de la comparación de los resultados derivados de la evaluación diagnóstica inicial de Fabián y los datos obtenidos en la evaluación posterior a la finalización del tratamiento. En la evaluación de la depresión mediante el BDI se observa una mejoría dado que la puntuación inicial de 32 (depresión severa) se reduce a 19 (depresión leve), que junto con los indicadores cualitativos sugieren que el paciente ya no cumple con los criterios para un trastorno depresivo mayor.

La evaluación de la ansiedad a través del BAI no presenta cambios, se mantiene en 30 puntos, rango de ansiedad moderada. De las cuatro creencias irracionales la que se mantuvo sin cambios fue la de dependencia, el resto puntuaron por debajo del 7.

Discusión y conclusión

El primer objetivo del estudio fue disminuir síntomas depresivos modificando creencias irracionales y reemplazarlas por otras racionales mediante estrategias de la TREC, así como también con el incremento de conductas apropiadas en el adolescente utilizando estrategias de activación conductual. Cualitativamente, se observa una mejoría de los síntomas depresivos a través de los puntajes arrojados por el BDI-II durante el pretest y posttest. Esos resultados son congruentes con el establecimiento de pensamientos alternativos racionales que contribuyeron a flexibilizar las demandas o exigencias de perfección, evitación y aprobación durante el tratamiento. Cabe mencionar que el paciente pudo ubicarse en un plano más preferencial y una visión más realista de las situaciones, especialmente llegó a conclusiones relativas a la aceptación de la posibilidad de equivocarse y tolerar el rechazo. Al respecto, Vargas y Ferrero (2021) señalan que lo anterior resulta más sano para las personas para la experimentación de emociones saludables y comportamientos adaptativos. Resultados similares también obtuvieron Antón-Menárguez et al. (2016) y Herskovic y Matamala (2020) quienes demostraron que la TCC es un tratamiento eficaz para la depresión en adolescentes. En cuanto a la activación conductual, encontramos que las conductas de evitación fueron disminuyendo progresivamente con el fin de romper el ciclo de las conductas que conducen a la depresión. Lo anterior en concordancia con el modelo explicativo de Lewinsohn y Graf (1973) al conducir al adolescente al aumento de respuestas incompatibles con el comportamiento depresivo a través de la activación conductual, tal como, recuperar sus tareas abandonadas (jugar fútbol, salir con amigos, jugar video juegos), el entrenamiento en solución de problemas para hacer frente a su carga académica y el replanteamiento de nuevos objetivos vitales como la mejoría de la interacción con su padre, datos que coinciden con otras investigaciones de que demuestran la efectividad de la AC en el manejo de la depresión (Barraca, 2010; Coto-Lesmes et al., 2020). Si bien no se planteó como objetivo terapéutico mejorar las calificaciones escolares, nos centramos en la recuperación de tareas y actividades que el niño abandonó como forma de evitación y que contribuían en gran medida a sus bajas notas. En este sentido, se planteó que a largo plazo la activación conductual repercutiría favorablemente en lo anterior, tal como marca la teoría (Barraca, 2010; Coto-Lesmes et al., 2020) es decir

que al emplear técnicas de modificación conductual se proporciona a los pacientes una oportunidad de evaluar empíricamente sus pensamientos de inadecuación, incompetencia y otras cogniciones pesimistas que merman la autoconfianza y autoestima, llevándolos a centrarse en un objetivo mediante tareas dirigidas que impiden que regrese a su estado de inmovilidad (Beck et al., 2010).

Es importante reflexionar acerca de la ansiedad, ya que el puntaje pretest y posttest del BAI se mantuvo. Se identificó que dentro de los activadores de la sintomatología emocional eran la crítica constante del padre, la interacción negativa entre padre-hijo por las bajas calificaciones y el contexto escolar demandante. Consideramos que dentro del segundo objetivo general se intervino mediante psicoeducación, técnicas de agrado y dominio centradas en la díada padre-hijo y el entrenamiento en comunicación asertiva para modificar la interacción y así como las críticas que en primera instancia tenían un papel activador de la sintomatología. No obstante, si bien se implementaron técnicas de reestructuración cognitiva para ubicar al paciente en un plano más preferencial respecto a las demandas, estimamos que la ansiedad moderada puede estar relacionada con la demanda irracional de dependencia que a su vez se mantuvo y se expresa en el pensamiento “no confío en mi criterio”, por lo que requiera de personas que son percibidas como fuertes para la toma de decisiones, lo que supone no tomar riesgos por la anticipación al peligro. Lo anterior es coherente con la forma en que se activa la ansiedad, es decir, que ocurre cuando una persona interpreta eventos como amenazantes y en esos casos se subestima la propia capacidad para afrontarla, soliendo disminuir la autoeficacia ante temas tales como el desempeño o aceptación; así, se desemboca en una ansiedad del ego al evaluarse como una persona poco exitosa o valiosa (Vargas y Ferrero, 2021). Por otro lado, hipotetizamos que el contexto escolar es un factor antecedente inmodificable de gran importancia, que es interpretado negativamente y ello repercute en la respuesta emocional, comportamental y fisiológica de ansiedad. Al respecto, se observa la ansiedad como un problema que puede derivar en el fracaso escolar, pudiendo aumentar o disminuir dependiendo del tipo de materia y de la complejidad conceptual de cada una (Freire et al., 2019; Pedroza, 2015). Vargas (2010) encontró que estudiantes con alto rendimiento académico presentaban ansiedad alta, asimismo los que obtuvieron rendimiento bajo mostraban ansiedad media y alta principalmente, con lo cual concluye que mientras más se pretende incrementar el rendimiento académico lo hace la ansiedad, sin embargo, al aumentar esta segunda variable menor es el rendimiento. Cabe puntualizar que al momento del pretest y posttest el niño se encontraba en temporada de evaluaciones académicas, por lo que siguiendo a Pedroza (2015) probablemente el consultante esté envuelto en un círculo vicioso conformado por demanda, exigencias y desempeño, plasmado en ideas irracionales ante las exigencias que se hace a sí mismo respecto a las demandas escolares en conjunto con las familiares y/o sociales.

Para ello, se sugiere el trabajo de ideas secundarias (autoaceptación incondicional, la tolerancia a la frustración y decatastrofización de escenarios vistos como demandantes) de la mano con la reestructuración de la demanda de comodidad, ya que es una falsa necesidad que conlleva tener pensamientos relacionados con que los demás y la vida deberían de tratarme como quiero, justa y sin incomodarme (Vargas y Ferrero, 2021). Por otra parte, otra probable explicación es la misma etapa de la adolescencia que requiere de la presencia de un cuidador adulto que promueva un autoconcepto positivo que de paso a una autonomía gradual (Ramírez- Caján y Díaz-Gervasi, 2017), de ahí, la probabilidad de que el uso de competencias parentales positivas a lo largo del tiempo incremente la confianza en el propio criterio y la capacidad de afrontamiento del adolescente.

El segundo objetivo del estudio fue el de promover la sensibilidad y competencias parentales para favorecer una interacción más óptima entre padre e hijo, tuvo la función de contribuir con el primer objetivo en la medida de que el adolescente desarrollara un autoconcepto positivo, pudiera tomar decisiones y se mejorara el desempeño escolar, como lo corroboran Martín-Quintana et al. (2009) y Ramírez- Caján y Díaz-Gervasi (2017), demostrando que la mejoría en la calidad de la interacción padres-hijos facilita la sensibilidad parental y la empatía ante las necesidades de sus hijos, características de un estilo de crianza más flexible que se aleja de la relación con síntomas depresivos en la adolescencia (Castro et al., 2022).

La relevancia del presente estudio radica en la combinación de objetivos para el manejo de sintomatología asociada al trastorno depresivo mayor, bajo un enfoque TCC y AC dirigido al adolescente, y una intervención en la díada padre-hijo para contribuir al primer objetivo, utilizando estrategias centradas en la interacción y la crianza positiva.

No obstante, este estudio debe analizarse tomando en cuenta ciertas limitaciones. En primer lugar, debido a que es un estudio de caso único no pueden generalizarse los resultados obtenidos a población adolescente con síntomas de depresión. Por otro lado, una debilidad del estudio radica en la falta de medición a lo largo del tiempo para conocer el impacto de la intervención en los seis meses posteriores, pero al ser un diseño ABA y centrarnos como objetivo primordial la disminución de síntomas depresivos en el niño podemos concluir que en ese sentido la intervención es efectiva. Sin embargo, reflexionamos acerca de la variable ansiedad, ya que si bien no se consideró como objetivo de estudio por el diagnóstico establecido resulta arriesgado dar un alta terapéutica, recomendándose el establecimiento de otra meta terapéutica para el manejo de la emoción no saludable ante las evaluaciones escolares. En segundo lugar, no se midieron los cambios previos al objetivo dos relacionado con el padre, para determinar si esta intervención fue relevante o estuvo asociada en la disminución de síntomas.

Referencias

- Alonso-Llácer, L., Lacomba-Trejo, L. y Pérez-Marín, M. (2021) Duelo complicado por la muerte de un hijo: presentación de un caso. *Medicas UIS*, 34(3), 85-92. <https://doi.org/10.18273/revmed.v34n3-2021009>
- Antón-Menárguez, V., García-Marín, P. y García-Benito, J. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 45-52.
- APA (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5ª ed.). Masson.
- Ato, M., López, J. J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Barraca, J. (2010). Aplicación de la activación conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clínica y Salud*, 21(2), 183-197. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200002>
- Barraca, J. (2015). *Activación conductual para el tratamiento de la depresión*. Síntesis.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders* (1ª ed.). International Universities Press.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée de Brouwer.
- Berrío, N. (2019). Terapia cognitiva con entrega virtual en trastorno depresivo persistente: estudio de caso. *Revista Clínica Contemporánea*, 10, e21, 1-14. <https://doi.org/10.5093/cc2019a21>
- Castro, E., Palacios, M. P., Calderón, I., González, E. y Rayme, O. (2022). Estilos de crianza sobre la depresión en adolescentes escolarizados de una muestra peruana. *Revista de Investigación en Psicología*, 25(2), 39-54. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v25i2.23811>
- Calvete, E. y Cardeñoso, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una escala de creencias irracionales abreviada. *Anales de psicología*, 15(2), 179-190.
- Chaves, L. y Quiceno, N. (2010). Validación del Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI) en población colombiana. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(1), 41-56.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C. y González-Fernández, S. (2020). Activación Conductual en formato grupal para ansiedad y depresión. Una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 38(1), 63-84. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000100063>
- Dunn, T. W., Vittengl, J. R., Clark, L. A., Carmody, T., Thase, M. E. y Jarrett, R. B. (2012). Change in psychosocial functioning and depressive symptoms during acute-phase cognitive therapy for depression. *Psychological Medicine*, 42(2), 317-326. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001279>
- Ellis, A. y Grieger, R. M. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva. Volumen 2*. Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (2003). *Razón y emoción en psicoterapia*. Desclée de Brouwer
- Estrada, B. D., Delgado, C. Landeros, R. y González, M.T. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en una muestra mexicana de población general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 14(1), 125-136.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *Ficha 1. Características: ¿Qué cambios y conductas son esperables en la adolescencia?* UNICEF. <https://www.unicef.org/uruguay/media/5416/file/Ficha%201%20-%20Caracter%C3%ADsticas%20de%20la%20adolescencia.pdf>
- Freire, C., Ferradás, M. M., Fernández, S. y Barca, E. (2019). Ansiedad ante los exámenes en estudiantes de educación primaria: Diferencias en función del curso y del género. *Publicaciones*, 49(2), 151-168. <https://doi.org/10.30827/publicaciones.v49i2.8087>
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional: Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507.
- Genise, G. (2020). ¿Se puede implementar la activación conductual para la depresión en la adolescencia? Una revisión sistemática de la literatura. *Revista Calidad de vida y salud*, 13, 30-41.
- González-Terrazas, R. y Campos Aguilera, M. G. (2021). Activación conductual (programación de actividades) y depresión: Una mirada analítica-conductual. *Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 29 (4), 175-195.
- Gregory, M., Kannis-Dymand, L. y Sharman, R. (2020). A review of attachment-based parenting interventions: Recent advances and future considerations. *Australian Journal of Psychology*, 72(2), 109-122. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12270>
- Haley, J. (1991). *Terapia no convencional*. Amorrortu.
- Herskovic, V. y Matamala, M. (2020). Somatización, ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Rev. Médica Clínica Condes*, 31, 183-187. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.006>
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. Oxford University Press.
- Lewinsohn, P. M. y Graf, M. (1973). Actividades placenteras y depresión. *Revista de Consultoría y Psicología Clínica*, 41(2), 261-268. <https://doi.org/10.1037/h0035142>
- Lo, C. K. y Wong, S. Y. (2020). The effectiveness of parenting programs in regard to improving parental reflective functioning: a meta-analysis. *Attachment & Human Development*, 24(1), 76-92. <https://doi.org/10.1080/14616734.2020.1844247>
- Martell, C., Dimidjian, S., y Herman-Dun, R. (2013). *Activación conductual para la depresión. Una guía clínica*. Desclée De Brouwer.
- Martín-Quintana, J. C., Máiquez, M. L., López, J. R., Byrne, S., Rodríguez, B. y Rodríguez, G. (2009). Programas de educación parental. *Psychosocial Intervention*, 18(2), 121-133. <https://doi.org/10.5093/in2009v18n2a4>
- Mazzanti, M. (2011). Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. *Revista Colombiana de Bioética*, 6(1), 125-144.
- Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
- Muñoz, M. (2019). *Manual práctico de Evaluación Psicológica*. Síntesis.
- Padrós Blázquez, F., Montoya Pérez, K. S., Bravo Calderón, M. A. y Martínez Medina, M. P. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y Estrés*, 26(2-3), 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>
- Papp, P. (2010). *El proceso de cambio*. Paidós Terapia Familiar.
- Pedroza, R. (2015). Reeducción cognitiva-emotiva en caso de ansiedad ante los exámenes. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 6(11), 319-335.
- Ramírez- Caján, M. y Díaz-Gervasi, G. (2017). Estilos parentales percibidos y sintomatología depresiva en escolares de secundaria. CASUS. *Revista de investigación y casos en salud*, 2(2), 119-126. <https://doi.org/10.35626/casus.2.2017.39>
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Grupo Editorial Norma.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista mexicana de psicología*, 18(2), 211-218.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2009). *Código ético del psicólogo*. Trillas.

- Vargas, G. (2010). *Relación entre el rendimiento académico y la ansiedad ante las evaluaciones en los alumnos del primer año de la Facultad de Educación de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana: Ciclo 2009-I*. [Tesis de Máster, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana]. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/1684>
- Vargas, A.C. y Ferrero, N. (2021). *S.O.S Materiales y recursos terapéuticos TREC y TCC. Guía práctica para la conceptualización de emociones y herramientas de apoyo para psicoterapeutas*. Cetrec.

Artículo recibido: 24/04/2023

Artículo aceptado: 12/11/2023