

DOI: <https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0048>

## PSICOTERAPIA A SUPERVIVIENTE DE SUICIDIO CON TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD - DEPRESIÓN MEDIANTE ORIENTACIÓN COGNITIVA

## PSYCHOTHERAPY TO SUICIDE SURVIVOR WITH MIXED ANXIETY DISORDER - DEPRESSION THROUGH COGNITIVE ORIENTATION

Gómez-Reyna Robert Rafael <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Estudiante de la Maestría Académica con Trayectoria de Investigación en Psicología, Mención Psicoterapia. Instituto de Posgrado, Universidad Técnica de Manabí, UTM. Portoviejo, Ecuador.  
Correo: robert.gomez@utm.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7898-0657>

### Resumen

Se describe un tratamiento desde la perspectiva cognitiva conductual a un paciente adolescente de sexo masculino, cuyo padre se suicidó cuando él tenía 6 años de edad. Joven que ha sufrido desde los doce años de edad múltiples episodios depresivos recurrentes y en la actualidad se suman síntomas característicos de ansiedad, reincidiendo en psicoterapias por el mismo motivo de consulta sin rehabilitación a su demanda. En el presente trabajo se plantean los objetivos y propuesta de sesiones para la intervención terapéutica del cuadro ansioso depresivo.

**Palabras clave:** suicidio, trastornos mentales, psicoterapia.

### Abstract

A treatment is described from a cognitive behavioral perspective to an adolescent male patient, whose father committed suicide when he was 6 years old. Young man who has suffered from multiple recurrent depressive episodes since he was twelve years old and at present characteristic symptoms of anxiety are added, returning to psychotherapies for the same reason of consultation without rehabilitation at his request. In the present work the objectives and proposal of sessions for the therapeutic intervention of the anxious depressive picture are raised.

**Keywords:** suicide, mental disorders, psychotherapy.

### Información del manuscrito:

**Fecha de recepción:** 13 de julio de 2021.

**Fecha de aceptación:** 18 de octubre de 2021.

**Fecha de publicación:** 12 de noviembre de 2021.

## 1. Introducción

### Los supervivientes de un suicidio

Las personas que experimentan una pérdida de manera cercana o con un vínculo afectivo fuerte que esté conectado con la decisión y acción del suicidio por parte de la otra persona, están destinados a un proceso doloroso, devastador y traumático. Siendo este evento un recuerdo que se teje ante culturas, costumbres, ideologías religiosas y sociales.

Consideramos supervivientes a estas personas ya que tiene un impacto importante a nivel físico, psicológico y social en cualquier etapa de la vida de un individuo Romero, P. (2018). En particular abordo acerca de este suceso y su proceso en la adolescencia.

La adolescencia es un período de desarrollo evolutivo acompañado de muchos cambios complejos. Los conflictos activos y pasivos, la alegría y el dolor, el amor y el odio, la adicción y el autocontrol son compartidos por los adolescentes en desarrollo y quienes los padecen. Ambos están decididos a afrontar su pérdida y aceptar la realidad. Las respuestas de los jóvenes al dolor

pueden diferir significativamente de las de los adultos y, a menudo, son incomprendidas Diego G. (2020).

Las respuestas conductuales pueden variar desde aceptar un papel de padre, que no es típico para su edad, hasta aceptar una posición opuesta en la escala. En nuestra cultura en América Latina no se motiva al adolescente al dialogo oportuno o a la expresión de nuestras emociones teniendo comportamientos de enojo, agresividad, malas juntas, usos de alcohol u otras drogas. Por otra parte, la familia juega un rol fundamental en el proceso de aceptación tras la pérdida Güemes M. (2017).

La depresión considerada como una patología común alrededor del mundo y se estima que afecta a más de 300 millones de personas. Esta se caracteriza por los diferentes de los cambios de humor habituales y las breves reacciones emocionales ante los posibles problemas de la vida cotidiana. Si no es abordado a tiempo puede convertirse en un problema de salud grave, especialmente cuando se prolonga y maneja niveles de intensidad moderada a severa, puede causar

angustia e interrumpir las actividades laborales, escolares y familiares. En los casos moderados-graves se evidencian los intentos autolíticos, hasta el suicidio. Aproximadamente 800.000 personas se suicidan cada año y el suicidio es la segunda causa principal de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años. OMS (2020, enero 3).

## **2. Metodología (Materiales y métodos)**

El presente estudio de corte descriptivo de diseño transversal, con una propuesta de aplicación psicoterapéutica, mediante la corriente cognitivo conductual a un paciente adolescente con trastorno mixto de ansiedad y depresión, superviviente de suicidio atendido en el Hospital Básico Rocafuerte de la provincia de Manabí en Ecuador. Usando como recolección de datos la evolución donde constan entrevistas de sesiones, baterías psicológicas como el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck-II (BDI-II), Cuestionario de Salamanca. Con establecimiento de esquema psicoterapéutico de diez sesiones con tiempo establecido de 40 minutos cada sesión.

## **3. Resultados**

### **• Motivo de consulta**

Adolescente de 14 años de edad de sexo masculino es traído a la consulta por su madre, quien refiere que su hijo le ha pedido que lo lleve a la cita con psicología, a más de estos refiere verlo triste, con poco ánimo y relaciona su comportamiento con "el mismo problema de siempre" refiriéndose a la pérdida de su padre hace 8 años atrás.

No refiere antecedentes patológicos personales, como antecedentes patológicos familiares padre cometió acto suicidad.

### **• Historia Familiar**

La madre del adolescente solicita conversar de manera privada acerca del problema de su hijo, en la que relata que su esposo se suicidó cuando su hijo tenía seis años de edad. Ella sabía que su esposo tenía pensado quitarse la vida y que incluso lo acompañó a la ferretería a comprar la cuerda. Previo a lo sucedido su hija mayor a los 16 años de edad le confesó que su padre abusaba sexualmente de ella y lo llevaba haciendo por más de un año y medio, razón por la cual decidió

hablar y buscar ayuda, entrando en una casa de acogida y realizando un proceso judicial contra su padre. En vista de aquello el padre decidió quitarse la vida ahorcándose en su casa cuando ninguno de sus familiares se encontraba allí.

Informa además que su hijo no sabe el motivo por el cual su padre tomó la decisión de suicidarse, habiendo familiares y vecinos que si saben lo que en realidad pasó, le preocupa a ella que su hijo se pueda enterar sobre el verdadero motivo del suicidio.

- **Entrevista Clínica**

Durante la entrevista el joven se muestra colaborador, con poco contacto visual y dificultad para la expresión verbal usando pocas palabras para comunicarse, refiere necesitar ayuda ya que tiene síntomas que no le dejan estar tranquilo y los describe como taquicardia, dolor precordial y dificultad al respirar, a más de eso comunica que no se siente bien consigo mismo, con baja autoestima prefiriendo aislarse de los suyos, hablar poco y sentirse triste generalmente en las noches. Se autodescribe como poco sociable,

sin muchos amigos, refiere que sus problemas se han acrecentado entorno a la pandemia, las clases virtuales han impedido socializar con amigos, sin embargo, mantiene calificaciones que considera buenas.

Piensa que todo sería diferente si su padre aún estuviese vivo, a la misma vez expresa con dificultad que es responsabilidad de él, ya que, si hubiera estado en ese momento en casa cuando su padre iba a cometer el acto suicida, nada de lo que pasó estaría siendo real ahora.

La mayor parte del tiempo pasa con su hermana mayor y el esposo a quien lo idealizaba como figura dominante, hasta que actualmente comenzó a trabajar lejos de la provincia y percibió el hecho como un segundo abandono sintiendo con más claridad los síntomas de ansiedad e inestabilidad emocional afectando directamente a nivel personal, familiar y social.

En ocasiones refiere actitudes de aislamiento para evitar que las demás personas le hagan daño “es mejor no apegarme a nadie”.

- **Semiología**

Paciente vigil, tranquilo, orientado auto y alopsíquicamente, con

consciencia de situación y de enfermedad, eufroséxico, eumésico, no se objetan alteraciones en la sensopercepción, con ideas fijas acerca de la muerte de su padre, pensamiento de curso rígido y contenido obsesivo, juicio normal, hipertimia displacentera eubulico, lenguaje acorde a su relato.

- **Pensamientos automáticos**

Pensamientos persistentes acerca del pasado y formulación de creencias irracionales sobre el presente.

- **Evitación**

Evitación a estímulos asociados a la dependencia emocional con una figura dominante.

- **Embotamiento afectivo**

El adolescente lo experimenta como la incapacidad para experimentar emociones positivas, desencadenando en angustia, percibiéndolo como que si algo faltara en su vida.

- **Sintomatología depresiva recurrente**

Estados repetitivos en diferentes lapsos de la vida cotidiana que se experimentan con sentimientos de

tristeza, con pérdida de la capacidad de sentir placer o interés por las cosas que comúnmente le agradan, baja autoestima, sentimientos de desesperanza e inferioridad.

- **Sentimientos de culpa**

Se reconoce como culpable que su padre se haya suicidado ya que si hubiera estado en ese momento las cosas hubieran cambiado. Refiere que quizás si su padre lo hubiera visto no hubiera cometido el acto suicida.

- **Reactivos psicológicos aplicados**

Para establecer tanto el diagnóstico y el diagnóstico diferencial se consideró importante la aplicación reactivos en la fase de evaluación y que en la fase de control y seguimiento después de las sesiones semanales se sugiere aplicar Re-Test de los inventarios de ansiedad y depresión de Beck, con la intención de reevaluar la sintomatología y el proceso psicoterapéutico.

- **Inventario de depresión de Beck:**

**El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)** Este es cuestionario que consta de 21 preguntas y sus versiones son las herramientas más

utilizadas para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. En la aplicación del inventario en la fase de evaluación se obtuvo como resultado: Depresión Moderada con un puntaje de 23.

• **Inventario de ansiedad de Beck:** Este inventario (BAI) está diseñado únicamente para medir la ansiedad clínica y persistente, categorizándola en ansiedad leve, moderada o grave. Los resultados en la aplicación del inventario en la fase de evaluación fueron: Ansiedad Moderada con un puntaje oscilatorio entre 22-35 (32).

• **Cuestionario de salamanca:** Cuestionario psicométrico de screening para evaluar los rasgos/trastornos de personalidad en el contexto clínico diario. En la aplicación en el caso como resultado PAR:4 - ESQ:4 / HIST:3, IE IMP:5, IE LIM:4/ ANS:6. En el análisis de los resultados podemos concluir que estos rasgos se asocian a la personalidad del paciente a más de que su demanda tiene una amplia relación con su perfil de personalidad.

#### • **Diagnóstico**

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades

(CIE-10) el paciente presenta un Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión.

#### • **Objetivos terapéuticos**

1. Reconceptualizar distorsiones cognitivas e ideas irracionales. Por medio de Reestructuración cognitiva.
2. Reducción de la ansiedad: mediante técnicas de relajación por medio de la respiración.
3. Psicoeducación acerca del suicidio, trastorno ansioso depresivo
4. Mejorar conductas de evitación social: Con exposición a situaciones de evitación social considerado dentro del del entrenamiento habilidades sociales.
5. Mejorar las relaciones familiares: Mediante entrenamiento en comunicación asertiva.
6. Prevención de recaídas fortaleciendo los hábitos racionales adquiridos durante psicoterapia.

## • Tratamiento y evolución

Al momento del desarrollo de la presente se ha alcanzado un número de cuatro sesiones en las cuales se ha logrado trabajar y obtener información relevante para el diagnóstico y su tratamiento.

Para el tratamiento se utilizó la Terapia Cognitivo Conductual con enfoque basado en problemas debido a que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento para pacientes con trastornos depresivos (Ruiz et al., 2012; Secretaría de Salud, 2011; Ortega et al., 2015).

Mediante la ejecución del plan terapéutico se estima intervenir en un total de 10 sesiones: dos de evaluación, y ocho de intervención, de 40 minutos cada una en las que se acordaron con el paciente los objetivos de disminuir la tristeza e irritabilidad, y encontrar pensamientos adaptativos para mejorar la salud mental, comprobando la realidad de los pensamientos automáticos, encontrando pensamientos alternativos y previniendo la recurrencia de posibles recaídas.

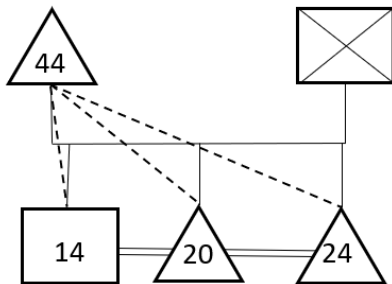
Entre las herramientas técnicas a utilizar está, la psicoeducación sobre

los aspectos emocionales propuestas por (Ekman y Oster, 1979), así como también la psicoeducación en base a las distorsiones cognitivas, identificando creencias irracionales, generando pensamientos alternativos como lo expone. (Beck, 1996). Por otra parte, se considera las técnicas de entrenamiento en auto-instrucciones (Ruiz et al., 2012), los procedimientos para la detención de pensamiento (Ruiz et al., 2012), la aplicación del diálogo socrático (Ruiz et al., 2012), las diversas técnicas de relajación, autorrelajación orientadas a desvincular la atención del malestar y usar autóvías de extrapolación del mediante el cuerpo (Mendoza, 2010), y la resolución de problemas mediante los adiestramientos de autoafirmación (Mahoney, 1991).

Las metas estimadas incluyen aumentar la responsabilidad emocional, reducir la tristeza y la irritabilidad, desarrollar sistemas de creencias adaptables y aumentar las habilidades sociales.

## • Figuras y Tablas

**Figura 1. Genograma**



Familia nuclear compuesta de mamá, papá y tres hijos, dos

hermanas. La madre no tiene buen vínculo emocional con sus hijos, en la actualidad mantiene una pareja fuera de casa con más de 5 años de relación, sin mucha simpatía por parte de su hijo adolescente. Todos sus hijos pasan la mayor parte del tiempo en casa de su abuela materna quien sule la mayor parte de sus necesidades afectivas y económicas.

**Tabla 1. Sesiones de tratamiento.**

| Técnicas/Actividad                 | Sesiones de tratamiento |     |     |     |     |     |     |     |     |         |
|------------------------------------|-------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|
|                                    | 1ra                     | 2da | 3ra | 4ta | 5ta | 6ta | 7ma | 8va | 9na | Control |
| Evaluación                         | x                       | x   |     |     |     |     |     |     |     |         |
| Psicoeducación paciente y familiar |                         | x   | x   | x   |     |     |     |     |     |         |
| Terapia Racional Emotiva           |                         |     | x   | x   | x   |     |     |     |     |         |
| Técnicas de Relajación             |                         |     | x   | x   | x   |     |     |     |     |         |
| Habilidades Sociales               |                         |     |     |     | x   | x   | x   |     |     |         |
| Tareas en casa                     |                         |     |     |     | x   | x   | x   |     |     |         |
| Prevención Recaídas                |                         |     |     |     |     |     |     | x   | x   |         |
| Reevaluación                       |                         |     |     |     |     |     |     |     |     | x       |

**Fuente:** Robert Gómez Reyna (2020).

## • Evaluación

Se han predispuesto dos sesiones de evaluación, durante la primera sesión se realiza la escucha activa y el encuadre clínico con el adolescente, evidenciando pensamientos automáticos como: “todas las personas que se suicidan son cobardes”, el referir no sentirse bien consigo mismo y no buscar ayuda en sus familiares por no

generar preocupación en ellos, lo que lo ha llevado a llorar todas las noches con sensaciones de vacío, irritabilidad y sentimientos de soledad. Por el diálogo que describe el adolescente se consideró aplicar los inventarios de ansiedad y depresión de Beck para evaluar los niveles de malestar.



- **Psicoeducación paciente y familiar**

La psicoeducación a más de ser usada como técnica durante el proceso del encuadre clínico y con un sin número de beneficios papables en el paciente, en este caso se busca orientar al adolescente al dos de los objetivos terapéuticos como la reducción de la ansiedad y la biblioterapia. En la reducción de la ansiedad el sujeto está en busca de ayuda ante su demanda, buscando respuesta a la sintomatología que está presente en él y ha logrado contemplarla como problema, se explica en estas sesiones propuestas en la tabla acerca de la ansiedad y el pronóstico de los síntomas con un proceso psicoterapéutico.

La biblioterapia es una herramienta cognitiva de tarea en casa orientada a generar resolución de problemas o adquisición de habilidades mediante una lectura enriquecedora, que tenga afinidad al paciente o quizás explicación o solución a su problemática. En las sesiones establecidas en el cuadro se dota al adolescente de una guía para familiares en duelo por suicidio-supervivientes, ya que las ideas que

mantiene acerca del suicidio son muy rígidas y cree irracionalmente que "todas las personas que se suicidan son cobardes".

Se realizó psicoeducación acerca de las fases del duelo, trastorno de ansiedad y depresión, y en casa avanzo con guía para familiares en duelo por suicidio-supervivientes lo cual se discutió en su cuarta sesión.

Como resultados obtenidos de estas sesiones el adolescente se permitió comprender y enfrentar los síntomas de una manera más funcional, generando cambios en la forma de procesar la información, mayor conocimiento y aceptación de sí mismo, además motivo al conocimiento acerca del trastorno y por ende disminuyeron ciertos síntomas.

- **Terapia Racional Emotiva**

Los objetivos del tratamiento se enfocaron, teniendo en cuenta sus objetivos individuales, en disminuir los niveles presentes de ansiedad en sus actividades de la vida diaria, con la ayuda de las técnicas de intervención: conciencia de reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales para mejorar sus emociones

negativas, así como técnicas de control emocional, como la aplicación de relajación mediante la respiración.

Es de vital importancia identificar el problema no solo para el terapeuta, a su vez es crucial que el paciente puede ser consciente del origen psicológico de su problemática y no centrar toda su atención en la sintomatología, una vez que el individuo aclare mediante el proceso o herramientas aplicadas podrá ver sus síntomas como reacción a sus propios procesos psicológicos inconscientes, por tal motivo se eligió la terapia racional emotiva para ayudar a desarrollar este proceso.

- Identificación de sintomatología (ABCDE).
- Elaborar los pensamientos automáticos (ABCDE).

#### • **Técnicas de Relajación**

Las técnicas de relación clásicas como el yoga para principiantes o la técnica de relajación progresiva de Jacobsen (1938), que dura aproximadamente 10 minutos y están orientadas a desensibilizar al paciente por medio de la relajación con el uso de su propia mente y cuerpo. En lo particular combino la

hipnosis en la psicoterapia, en el trabajo con muchos pacientes antes de llegar a la hipnosis clínica les entreno a una relajación profunda lo cual suelo durar unos 10 a 15 minutos sin llegar al estado alterado de consciencia, usando este estado intermedio combinado con sugerencias y terapia racional emotiva he evidenciado adherencia y progreso en las sesiones usando un total de 25 a 30 minutos. En caso descrito se usó en la tercera sesión como herramienta para contrarrestar los síntomas de ansiedad y depresión sin necesidad de psicofarmacología.

#### • **Habilidades sociales**

se puede recomendar a un cliente específico cierta clase de entrenamiento en habilidades como asertividad, habilidades sociales, comunicación, o entrenamiento vocacional, cuando se realiza la valoración. En el adolescente es importante dedicar un número de sesiones importantes como se describe en la tabla de sesiones para este entrenamiento con la intención: (1) entender la conducta socialmente hábil (2) identificar las situaciones interpersonales en las que se manifiestan habilidades sociales (3)

describir la conducta socialmente competente de un modo objetivo.

- **Tareas en casa**

Para la terapia conductual racional emotiva es importante que los individuos apliquen los conocimientos adquiridos con la psicoterapia en su vida diaria. Como resultado, las personas que practican la RET de manera efectiva a menudo se sienten cómodos con las instrucciones de comportamiento positivo, a continuación, se detallan las tareas que se designaron y se completaran a lo largo del proceso.

- Lectura guía para familiares en duelo por suicidio para supervivientes.
- Autorregistro del estado de ánimo.
- Autorregistro Situación, emoción y pensamiento.
- Autorregistro de fortalezas y del estado de ánimo.
- Practicar técnica de relajación: respiración diafragmática.
- Ejercicio: "Mis planes a futuro".

- **Prevención Recaídas**

Existen comportamientos que desencadenan a experimentar síntomas ansiosos depresivos, el objetivo de este punto es detectarlos en el adolescente, para poder luego hacer un cambio a futuro, ya que, si estas conductas persisten en el tiempo, luego del alta, las recaídas se vuelven altamente probables, en la penúltima sesión se tratara de adoptar diversas formas de desenvolverse en el medio familiar y social fortaleciendo hábitos racionales como refuerzo positivo.

- **Reevaluación**

Como cierre del proceso psicoterapéutico, (Craigie 2006) sugiere la importancia de "dejar la puerta abierta" para un contacto futuro ante una recaída si se diera el caso, en la presente intervención terapéutica se propone

la última sesión de seguimiento a los 20 días de haber tenido la 9na sesión, con el objetivo de sostener análisis post-terminación como retroalimentación paciente-terapeuta y para valoración de la efectividad del presente estudio.

**Tabla 2.** Descripción de las sesiones.

| Sesiones | Objetivos   | Técnicas   | Tareas entre sesiones  |
|----------|---|--|--|
| 1        | Evaluación  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista clínica.</li> <li>Encuadre clínico</li> </ul>  |  |
| 2        | Evaluación  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Inventario de Depresión de Beck-I (BDI-II)</li> <li>Inventario de ansiedad de Beck</li> </ul>   |  |
| 3        | Intervención: Explicar el uso de la Terapia Cognitiva Conducta, para tratar los trastornos ansiosos depresivos<br><br>Mediante el contrato terapéutico fijar las metas y objetivos terapéuticos. Presentar al paciente los resultados de las evaluaciones realizadas. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuestionario de salamanca</li> <li>Psicoeducación. Retroalimentación de los objetivos del tamizaje realizado con los resultados obtenidos.</li> <li>Mapa clínico del origen y evolución de la demanda, evidenciar fortalezas, alcances psicoterapéuticos (Nezu et al., 2006)</li> <li>Terapia Racional Emotiva (ABCDE)</li> </ul> | Autorregistro del estado de ánimo.   |
| 4        | Psicoeducación sobre emociones, y depresión. Regulación emocional.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisión de video sobre emociones (Ekman y Oster, 1979).</li> <li>Presentación en cartillas de manera didáctica sobre trastornos depresivos.</li> <li>Terapia Racional Emotiva (ABCDE)</li> </ul>   | Autorregistro: Situación, emoción y pensamiento.   |
| 5        | Conocer distorsiones cognitivas para que el paciente sepa cómo su pensamiento influye en sus emociones, situaciones y comportamiento.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Psicoeducación sobre distorsiones cognitivas. (Beck, 1996).</li> <li>Terapia Racional Emotiva (ABCDE)</li> </ul>  | Autorregistro: de las distorsiones cognitivas generadas por el paciente.                           |
| 6        | Reconoce los pensamientos automáticos, detenerlos generando pensamientos alternativos   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Diálogo socrático (Ruiz et al., 2012)</li> <li>Procedimiento de la parada de pensamiento (Ruiz et al., 2012)</li> <li>Técnicas de relajación, mediante la respiración (Mendoza, 2010)</li> </ul>  | Autorregistro: conciencia de situación actual, emociones y pensamientos.                           |
| 7        | Aplicación de reestructuración cognitiva, registro de cuestionamientos  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Dialogo socrático (Ruiz et al., 2012)</li> <li>Técnica de entrenamiento en auto instrucciones (Ruiz et al., 2012)</li> <li>Técnica de relajación: respiración diafragmática (Mendoza,</li> </ul>  | Autorregistro de factores protectores, fortalezas propias del sujeto y del estado de ánimo actual. |

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
|    |   | 2010)  |  |
| 8  | Aplicación de reestructuración cognitiva, registro de cuestionamientos                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dialogo socrático (Ruiz et al., 2012)</li> <li>• Técnica de entrenamiento en auto instrucciones (Ruiz et al., 2012)</li> </ul>  | Aplicación de técnicas de relajación mediante la respiración |
| 9  | Generar pensamientos alternativos. Disminuir sentimientos de desesperanza y preocupación sobre el futuro. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Generar lista de pensamientos racionales sobre situaciones presentes y futuras.</li> <li>• Re-test: Inventario de depresión de A. Beck.</li> </ul>  | Ejercicio: "Mis planes a futuro".                            |
| 10 | Evaluar logro de los objetivos terapéuticos. Evaluar el mantenimiento de las mejoras.                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo llegué, como me voy? (Bunge et al., 2010).</li> <li>• Retroalimentación con resultados de los test, pre y post intervención.</li> <li>• Ejercicio de Autoafirmación (Mahoney, 1991).</li> </ul> |  |

**Fuente:** Robert Gómez Reyna (2020).

#### 4. Conclusiones

Se logra establecer las propuestas psicoterapéuticas para la intervención del caso, Los resultados de tamizaje del ensayo aplicado al inicio del tratamiento mostraron una reducción de los síntomas de ansiedad y depresión. Siendo los objetivos terapéuticos disminuir los síntomas de tristeza, irritabilidad y de formular pensamientos alternativos para mejorar la salud mental en general. La terapia psicológica, con enfoque cognitivo conductual, tuvo un resultado eficaz para remitir los síntomas ansioso depresivo que estaban presentes en el adolescente

debido a ideas de culpabilidad sobre fallecimiento del padre.

Entre las técnicas utilizadas, destaca la reestructuración cognitiva, ya que la depresión del paciente se presentó a raíz de la formulación de idea de culpabilidad de suicidio de su padre quien según su relato hubiese cambiado si él hubiese estado en casa en el momento trágico.

En la terapia, el paciente reconoció sus emociones y adquirió responsabilidad sobre ellas, ya que aprendió que determinada situación le causa pensamientos y emociones. Identificó sus distorsiones cognitivas como sobre generalización: "es mejor no apegarme a nadie".

## Recomendaciones

Se espera que, con las nuevas estrategias de afrontamiento, el paciente continúe con el:

- Desarrollo de pensamientos alternativos que le permitan incrementar responsabilidad emocional.
- Disminuir tristeza e irritabilidad.
- Desarrollar sistema de creencias adaptativas.
- Incrementar habilidades sociales.

## Bibliografía

- Ayuso JL, Del Río JM. (1999) Comorbilidad de los trastornos depresivos con los trastornos de ansiedad. Comorbilidad de la depresión en los trastornos psiquiátricos. Barcelona: Espaxs p. 53-62. En: PTD-España, editor.
- Beck, A. (1996). Terapia cognitiva de la depresión. 8º.
- Bunge, E., Gomar, M., y Mandil, J. (2010). Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos. Buenos Aires: Akadia. Segunda Edición.
- Desclée de Brouwer. Edición. Bilbao.
- Diego G. (2020). Salud mental en la adolescencia. Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. Volumen 39, número 2, 2020.
- Ekman, P. y Oster, H. (1979). Expresiones faciales de la emoción. *Annual Review of Psychology*, 30 (7), 527-54.
- Güemes M, González-Fierro MC, Vicario MH. (2017). Pubertad y adolescencia. *Revista Adolescere* ;5(1):7-22.
- Jeffrey A. Kelly, (2004). Entrenamiento de las Habilidades Sociales, 8ª Edición.
- Mahoney, M., (1991). *Human Change processes*. Nueva York: Basic Books.
- Mendoza, B. (2010). Manual del enojo. Tratamiento Cognitivo-Conductual. México: Manual Moderno.
- Mendoza, B. (2010). Tratamiento Cognitivo-Conductual. México.
- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2006). Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo conductuales. Un enfoque basado en problemas. México: Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud (2020) Depresión, Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Romero, P. (2018). Programa de intervención del duelo por suicidio en supervivientes desde las terapias de tercera generación. Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Cádiz.
- Ruiz, A., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Bilbao.
- Winokur A. (1995) Trastornos de ansiedad. Bases biológicas de la función normal y patológica del cerebro, vol. II, cap 19. Barcelona: Espaxs; p. 381-98. En: Frazer A, Molinoff P, Winokur A, editores.