

■ Intervención psicológica en una adolescente con problemas emocionales ante una situación de desestructuración familiar

Cristina Rodríguez-Martínez

Clínica Universitaria. Universidad Miguel Hernández, Elche, España

Resumen

Los problemas de desestructuración familiar han registrado un incremento alarmante en España en los últimos años. Con frecuencia producen problemas de adaptación tales como reacciones emocionales desadaptativas en los miembros de la familia. El presente trabajo muestra la evaluación e intervención en una adolescente que presenta un problema adaptativo con sintomatología ansiosa y depresiva como consecuencia de un problema de desestructuración familiar. Durante el proceso de evaluación se recogió información con el objetivo de evaluar el problema, y se utilizaron medidas del grado de ansiedad y depresión que indicaron, entre otros síntomas, dificultad para respirar, incapacidad para relajarse y pérdida de interés generalizada. El programa de intervención cognitivo-conductual constó de seis sesiones de 50 minutos desarrolladas durante un mes y medio. Consistió en el entrenamiento de estrategias de regulación de la activación fisiológica, exposición con prevención de respuesta y reestructuración cognitiva. Tras el tratamiento se obtuvo una reducción clínicamente significativa de la sintomatología, si bien persistió cierto grado de pérdida de interés por los demás. Este trabajo muestra la utilidad de realizar intervenciones tempranas breves en los hijos que sufren problemas adaptativos asociados a situaciones de desestructuración familiar.

Palabras clave: Adolescente, desestructuración familiar, ansiedad, depresión, terapia cognitivo-conductual.

Abstract

Psychological intervention in a teenager with emotional problems facing a family breakdown situation. Family breakdown problems have been an alarming increase in Spain in recent years. They often cause adaptation problems such as emotional reactions in family members. This work presents the evaluation and intervention in an adolescent who suffers an adaptive problem with anxiety and depression symptoms due to a family breakdown problem. During the evaluation, information was collected in order to evaluate the problem, and measures of anxiety and depression degree - indicating difficulty breathing, inability to relax and general interest loss, among others symptoms - , were used. The cognitive behavioral therapy program consisted in 50-minute six sessions and was applied during one month and a half. It provides strategies for training to regulate physiological activation, exposure with response prevention and cognitive restructuring. After treatment, it was obtained a clinically significant reduction of symptomatology, although some degree of loss of interest in others persisted. This study shows the utility to implement brief early interventions in adolescents who suffer adaptive problems associated to family breakdown situations.

Keywords: Adolescent, family breakdown, anxiety, depression, cognitive-behavioral therapy.

La desestructuración familiar presenta una estrecha relación con problemas de comunicación, comportamiento, emocionales, somáticos y fisiológicos en los miembros de la familia, especialmente en los hijos. En los últimos años se ha producido un incremento gradual del número de separaciones y divorcios en España (Cáceres, 2012), pasando a ocupar este país una de las posiciones más altas en la Unión Europea. El Instituto Nacional de Estadística (2014) señala que en el año 2013 la tasa total de nulidades, divorcios y separaciones en España fue de 2.1 por cada 1000 habitantes.

El proceso de separación o divorcio puede generar repercusiones en el ámbito educativo, personal y social. Así, por ejemplo, el índice de mortalidad es más alto en las personas separadas que en aquellas personas que viven en pareja, reconociéndosele a este modo de convivencia cierto efecto protector para la salud (Cáceres, 2012; Dupre, Beck y Meadows, 2009). Además, diversos estudios señalan que el grado de violencia psicológica y física en personas separadas es mayor (Cáceres, 2004, 2012). En los miembros de la pareja son muchas las reacciones que se experimentan tras el proceso de separación. Cabe destacar,

Correspondencia:

Cristina Rodríguez-Martínez.

Clínica Universitaria. Universidad Miguel Hernández.

Avda de la Universidad, s/n, 03202. Elche (Alicante) - España.

E.mail: rodriguez.cristinarm@gmail.com

entre otras, el estado de shock e incredulidad, malestar emocional, temor al fracaso, rabia, culpa, soledad y falta de aceptación (Cáceres, 2003, 2012). No obstante, cabe resaltar que la situación familiar post-divorcio o post-separación puede ejercer una notable influencia en los niños y adolescentes (Cáceres, 2012; Kasen et al., 1996).

Diferentes trabajos señalan que con frecuencia la separación y el divorcio derivan en problemas emocionales, conductuales y somatizaciones en los hijos tras la desestructuración familiar. Morla, Saad y Saad (2006) llevaron a cabo una revisión de historiales clínicos de adolescentes atendidos en el pabellón de adolescentes de un hospital psiquiátrico. Los resultados pusieron de manifiesto que eran más frecuentes los trastornos mentales en adolescentes de familias desestructuradas. En este mismo sentido, otros estudios señalan que los hijos presentan trastornos emocionales y conductuales tales como ansiedad, depresión, aislamiento voluntario, evitación de hablar, resentimiento, ira y culpabilidad, confusión y aprensión por el cambio (Bengoechea, 1992; Hetherington, Cox y Cox, 1985; Wallerstein y Kelly, 1980).

Ante el consenso acerca de la presencia de problemas emocionales, sobre todo internalizantes, en los hijos de familias en proceso de separación o divorcio, parece necesario centrar los esfuerzos en los tratamientos eficaces para responder a esos problemas. Así, incluso desde el mundo de la pediatría se reconoce que la terapia cognitivo-conductual es eficaz para resolver las consecuencias que el divorcio de los padres produce en los niños (Bonet, Chamón y Fernández, 2011). Son escasos, sin embargo, los programas de intervención dirigidos a adolescentes con esta problemática. Atendiendo a las intervenciones clínicas habituales, Cáceres (2012) indica que han sido descritos varios programas dirigidos a la prevención de los efectos del divorcio en el ámbito escolar (p.ej., Pedro-Carroll y Cowen, 1985). Por otro lado, fuera del ámbito escolar Farmer y Galaris (1993) describen programas de intervención comunitarios y sesiones quincenales de 90 minutos dirigidos a niños/as con el objetivo de incrementar la autoestima y desarrollar estrategias de afrontamiento. También existe algún ejemplo de estudio de caso al respecto como el trabajo de Vázquez, Nieto, Hernangómez y Hervás (2007), que presentaron una intervención de caso clínico compuesta por 15 sesiones y dirigida a un varón que presenta trastorno depresivo mayor en la que se emplearon técnicas cognitivo-conductuales (entrenamiento en habilidades de expresión de emociones, exposición, entrenamiento en solución de problemas y reestructuración cognitiva). Los resultados obtenidos fueron la remisión total de los síntomas y la percepción subjetiva de mejoría por parte del paciente.

Cabe destacar que el tratamiento de elección en los trastornos de ansiedad en la adolescencia es la terapia cognitivo-conductual; mientras que en la depresión con adolescentes es recomendable el programa *Adolescent Coping with Depression Course*, basado en el aprendizaje de habilidades sociales y de comunicación, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva y resolución de problemas (Orgilés, 2010). Sin embargo, en base al abundante número de estudios que avalan la eficacia y rentabilidad de la terapia cognitivo-conductual en la ansiedad y la depresión infantil y adolescente (p.ej., Khan, Parsonage y Stubbs, 2015), parece relevante indicar que la mayoría de los trabajos coinciden en señalar que estas terapias resultan eficaces si son estructuradas, se sirven de componentes confrontativos y activos y presentan límites temporales (Vázquez, Nieto, Hernangómez y Hervás, 2007). Por consiguiente, es necesario insistir en la importancia de aplicar programas de intervención dirigidos a adolescentes que presentan problemas adaptativos con sintomatología ansiosa y depresiva como consecuencia de una desestructuración familiar, ya que estas situaciones producen graves repercusiones en el ámbito social, educativo

o personal. Aunque la mayoría de personas se adaptan a los cambios con sus propios recursos personales, parece necesario intervenir de forma temprana ante dichas dificultades. En la actualidad es frecuente encontrarse ante adolescentes con dichos problemas psicológicos que no reciben ayuda profesional o cuyas intervenciones se limitan a un modelo de paciente que juega un rol eminentemente pasivo. Sin embargo, intervenir de forma dinámica, activa y estructurada potencia la motivación por parte de los clientes puesto que mejora la relación terapeuta-paciente. En consecuencia, el presente trabajo examina la eficacia de un programa de intervención basado en la terapia cognitivo-conductual en el que se ponen en práctica estrategias a través de materiales que posibilitan un paciente con rol activo.

Descripción del caso

Identificación del paciente

Se trata de una adolescente de 18 años de una localidad de más de 200 mil habitantes de la provincia de Alicante, con pareja estable desde hace 2 años, estudios de grado medio en Pre-impresión Digital y cuya situación laboral actual es activa. Reside en el hogar familiar con el padre de 49 años y la hermana de 22 años. Sus padres decidieron separarse hacía un mes y medio al comienzo de la intervención. No presenta antecedentes de problemas psicológicos ni físicos y reconoce los cambios emocionales que la nueva situación familiar le ha producido. Presenta un problema de adaptación con sintomatología ansiosa y depresiva acompañada de cambios de conducta, que según el DSM-5 cumpliría con el criterio diagnóstico de trastorno de adaptación mixto (APA, 2013).

Motivo de consulta

Decide acudir a la psicóloga porque presenta problemas emocionales iniciados tras la separación de los padres. Informa tanto de las conductas que los padres han adoptado ante la situación, como de su propia dificultad para respirar y relajarse, pérdida de interés general, desconfianza, tristeza y otras conductas manifestadas ante situaciones relacionadas con el problema. La relación con los padres se ha visto afectada de forma negativa, especialmente, con la madre. Dicha sintomatología afecta de forma notable en las actividades de la vida diaria de la adolescente.

Historia del problema

La sintomatología por la cual la adolescente decide realizar la terapia comienza tras la separación de los padres, un mes y medio antes. La estabilidad y unión familiar estaba presente en el hogar hasta que los problemas económicos influyeron negativamente en la relación de los padres. La relación con los padres siempre ha sido buena. En ese momento vive en el hogar familiar con el padre y la hermana, puesto que la madre decidió marcharse. Siente rencor hacia ella y la relación entre ambas ha empeorado.

La desestructuración familiar provocó dificultades en la adolescente que actualmente persisten. Presenta dificultad para respirar y relajarse, tristeza y pérdida de apetito conforme se acerca la noche. Además, presenta cambios en el comportamiento no caracterizados por la violación de reglas parentales. Su relación con el entorno más cercano se ha visto afectada y presenta pérdida de interés generalizada, ya que ha dejado de realizar actividades que realizaba a menudo, y evita permanecer en el hogar.

Evaluación del caso

El proceso de intervención se inició con la primera toma de contacto con la adolescente, seguido de un proceso de evaluación. En la primera fase de recogida de información preliminar se realizó la especificación preliminar del problema y de la demanda, un análisis retrospectivo de la historia y desarrollo del problema, la identificación de los problemas o trastornos asociados y de las condiciones socio-demográficas relevantes y el planteamiento de una hipótesis diagnóstica en base al sistema de clasificación DSM-5 (APA, 2013). Para ello, como instrumentos de evaluación se utilizaron los siguientes:

Entrevista conductual (Fernández-Ballesteros, 2000). Entrevista que recoge una primera información y los aspectos relevantes de la demanda y situación problema para la adolescente (condición familiar actual, historia familiar, historia laboral, historia de la educación y formación, relaciones interpersonales, vida sexual, valores y creencias, historia de entretenimientos e historia de salud), manifestando como motivo de consulta la existencia de problemas emocionales como consecuencia de la desestructuración familiar, acompañada de conductas de evitación/escape.

Historia Personal. Cuestionario Autobiográfico. Cuestionario que recoge información relevante sobre la conducta-problema a partir de un esquema de análisis funcional (Pastor y Sevilla, 1996).

A posteriori se realizó la evaluación descriptiva del problema, concretando un posible diagnóstico clínico categorial y descartando otros diagnósticos al no cumplir la totalidad de criterios. Además, se realizó una evaluación de la/s conducta/s problema y las variables emocionales y comportamentales relacionadas para obtener un análisis topográfico. Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

Autorregistro de situaciones de malestar denominado "*Diario cuando estoy mal*". Se le pidió que anotara en un registro la frecuencia, duración e intensidad de los pensamientos automáticos negativos, emociones y conductas manifestados a lo largo de dos semanas con el objetivo de conocer creencias irracionales, signos de malestar, cambios en el comportamiento y posibles estrategias de afrontamiento.

Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI; Beck et al., 1979). Cuestionario autoaplicado que tiene como objetivo cuantificar la gravedad e intensidad de la sintomatología depresiva. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 en una clasificación de 4 categorías (0-9 no depresión, 10-18 depresión leve, 19-29 depresión moderada, >30 depresión grave). La consistencia interna de la prueba oscila entre un alfa de Cronbach de .76 y .95 (Illanes, 2015).

Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI; Beck, 1988). Cuestionario autoaplicado constituido por 21 ítems que tiene como objetivo evaluar la severidad de los síntomas de ansiedad. Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos, cuyo rango se comprende entre 0 y 63 en una clasificación de 4 categorías (0-7 ansiedad mínima, 8-15 leve, 16-25 moderada, 26-63 grave). La consistencia interna de la prueba oscila entre un alfa de Cronbach de .90 y .94 (Santofimia, 2013).

Para evaluar los efectos del programa de intervención tras su aplicación, se utilizó como metodología un diseño de evaluación pretest - postest. En ambas fases se compararon dos instrumentos utilizados durante la fase de evaluación: el Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Depresión de Beck para evaluar la eficacia del tratamiento.

Por otro lado, se empleó la observación durante la puesta en práctica del programa de intervención para analizar el estado emo-

cional del paciente, así como los autorregistros realizados durante el desarrollo del proceso de intervención con el objetivo de identificar los posibles cambios de pensamientos automáticos negativos, emociones y conductas. Por último, se realizó un posterior seguimiento a los 3, 6 y 12 meses desde la finalización del desarrollo del programa de intervención.

Análisis topográfico y funcional

Al inicio de la intervención, tomando como referencia las entrevistas, cuestionarios y autorregistros realizados, la adolescente presentaba sintomatología ansiosa y depresiva manifestada como respuestas motoras de evitación/escape, caracterizadas por la evitación de circunstancias relacionadas con el problema (hablar sobre la situación) y de llanto; respuestas fisiológicas, caracterizadas por la dificultad para respirar, molestias físicas y ansiedad leve; y respuestas cognitivas-emocionales, como pensamientos automáticos negativos, tristeza, irritabilidad, nerviosismo y anhedonia leve.

De este modo, se planteó como hipótesis que la conducta problema principal era: bajo estado de ánimo y estado de ansiedad que se manifestaba con conductas de evitación ante estímulos relacionados con la situación familiar y respuesta fisiológica de angustia y activación fisiológica, entre otras. Como factores de vulnerabilidad hay que indicar el déficit de estrategias de afrontamiento. Entre los estímulos desencadenantes de la sintomatología ansiosa y depresiva (E) hay que señalar antecedentes próximos externos como la desestructuración familiar, disminución de la relación con la madre, comportamiento de la madre y el padre ante la situación de separación, aumento de responsabilidad y sentimientos de rencor hacia la madre. Del mismo modo, los antecedentes inmediatos internos son los recuerdos sobre la unión familiar en el pasado y la situación familiar actual; y los antecedentes inmediatos externos son aquellas circunstancias relacionadas directamente con la situación (hablar sobre la situación, estar sola en casa y la situación de desorden en el hogar).

En cuanto a las conductas problema (R), a nivel cognitivo-emocional se pueden definir como pensamientos automáticos negativos ("esto va a durar mucho tiempo", "antes éramos una familia y ahora no", "voy a estar sola siempre"), tristeza, nerviosismo, anhedonia leve y dificultad para concentrarse. A nivel fisiológico la adolescente presenta dificultad para respirar, molestias físicas y ansiedad leve. A nivel motor, la adolescente presenta conductas de evitación/escape cuando intentan hablar con ella sobre aspectos relacionados con el problema y llanto.

Las consecuencias (C) a corto plazo de dichas respuestas son la disminución de la ansiedad y un estado de ánimo bajo. Sin embargo, a largo plazo cabe indicar que se produce un mantenimiento de las conductas de evitación a causa de la disminución de la activación, aumento de la ansiedad, reducción del estado de ánimo, disminución de algunas actividades placenteras, aumento de los síntomas depresivos, aumento de preocupaciones sobre la situación familiar y disminución de la relación con la familia.

De este modo, la adolescente presenta un problema de adaptación con sintomatología ansiosa y depresiva leve acompañado de cambios en el comportamiento no caracterizados por la violación de reglas sociales y parentales. Su origen puede ser explicado por la desestructuración familiar producida en el hogar. Por ello, se plantea como hipótesis que, a través de la aplicación de un programa de intervención dinámico basado en la terapia cognitivo-conductual se conseguirá reducir y/o eliminar la sintomatología ansiosa y depresiva de la adolescente y los cambios de conducta relacionados. En la Figura 1 se presenta la formulación del caso clínico.

Figura 1. Formulación clínica del caso.

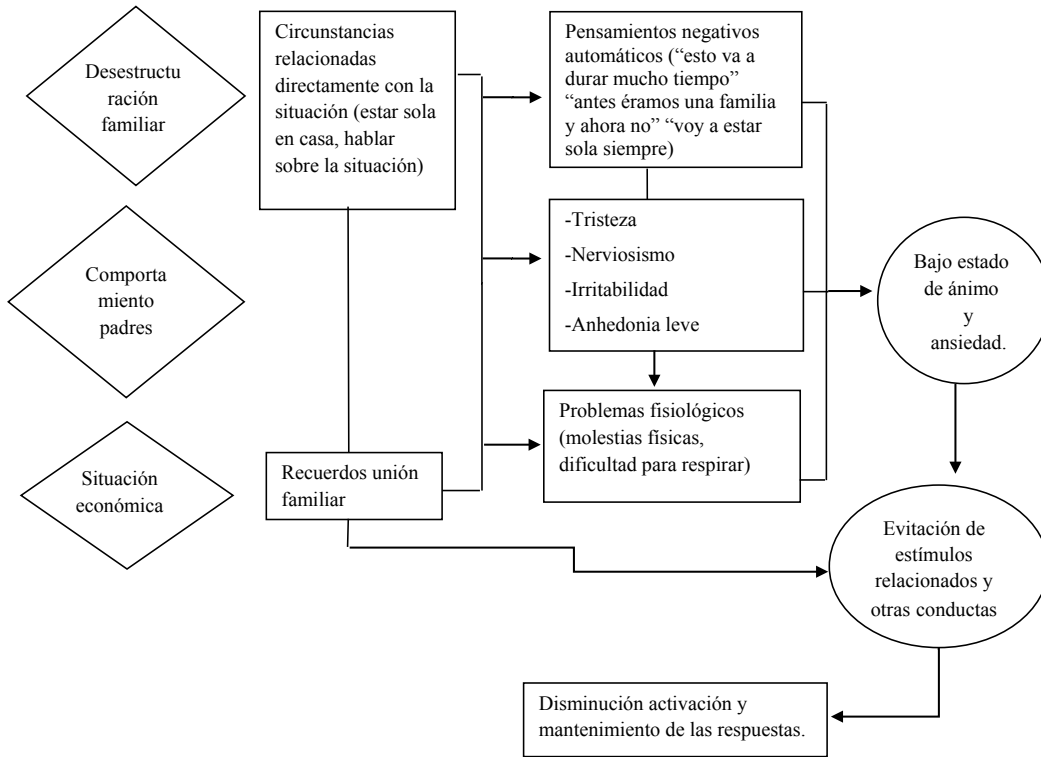


Figura 2. Descripción del proceso de intervención.

Nº SESIONES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDOS
Sesión 1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> . Evaluar la existencia de un problema/trastorno. . Plantear y concretar un posible diagnóstico clínico categorial. 	<ul style="list-style-type: none"> . Toma de contacto. . Entrevista inicial y escalas (Pretest). . Recogida información preliminar.
Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> . Acordar los objetivos terapéuticos. . Conocer qué es la ansiedad y la depresión. . Comprender la influencia de los pensamientos y emociones en el comportamiento humano. 	<ul style="list-style-type: none"> . Comunicación de análisis funcional, programa de intervención, objetivos. . Trabajar el papel de los pensamientos y emociones.
Sesión 5	<ul style="list-style-type: none"> . Aplazar los pensamientos negativos automáticos. . Bloquear la atención que el paciente focaliza en los pensamientos negativos. . Mantener la mente en un estado de relajación continuo. . Fomentar la puesta en práctica de actividades placenteras y relaciones sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> . Revisión de tareas para casa. . Visualizar una experiencia agradable. . Trabajar la expresión de emociones.
Sesión 6	<ul style="list-style-type: none"> . Identificar, analizar y modificar las interpretaciones o los pensamientos automáticos negativos. . Mantener la mente en un estado de relajación continuo. 	<ul style="list-style-type: none"> . Revisión de tareas para casa. . Visualizar una experiencia agradable. . Trabajar los pensamientos automáticos negativos.
Sesión 7	<ul style="list-style-type: none"> . Identificar, analizar y modificar las interpretaciones o los pensamientos automáticos negativos. . Mantener la mente en un estado de relajación continuo. 	<ul style="list-style-type: none"> . Revisión de tareas para casa. . Visualizar una experiencia agradable. . Trabajar los pensamientos automáticos negativos.
Sesión 8	<ul style="list-style-type: none"> . Mantener la mente en un estado de relajación continuo. . Mejorar la toma de decisiones. . Disminuir conductas de escape y/o evitación. . Aumentar la autoestima y autoeficacia percibida. 	<ul style="list-style-type: none"> . Revisión de tareas para casa. . Visualizar una experiencia agradable. . Trabajar las conductas de evitación, comunicación y toma de decisiones ante determinadas situaciones.
Sesión 9 y Sesión 10	<ul style="list-style-type: none"> . Mantener la mente en un estado de relajación continuo. . Aumentar la autoestima y autoeficacia percibida. . Consolidar el empleo de estrategias de afrontamiento. . Prevenir posibles recaídas. . Evaluar la eficacia del programa de intervención. . Evaluar los cambios terapéuticos. 	<ul style="list-style-type: none"> . Revisión de tareas para casa. . Visualizar una experiencia agradable. . Trabajar las conductas de evitación. . Resumen de todos los contenidos del programa de intervención. . Evaluación postest.

Figura 3. Temporalización de la intervención.

		S 1-3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10	S 11	3, 6 y 12 meses
Diseño	Sesión 1-3 Proceso de evaluación Revisión, descripción y preparación del material	X	X								
	Sesión 4			X							
	Sesión 5				X						
Aplicación	Sesión 6					X					
	Sesión 7						X				
	Sesión 8							X			
	Sesión 9								X		
Evaluación	Evaluación previa	X									
	Sesión 10 Evaluación posterior									X	
	Seguimiento										X

Aplicación del tratamiento

El diseño, aplicación y evaluación del programa de intervención basado en la terapia cognitivo-conductual se compuso de seis sesiones de 50 minutos a lo largo de seis semanas y constó de las siguientes tres fases: (a) Fase psicoeducativa (sesión 4). En esta fase se lleva a cabo el acuerdo de objetivos terapéuticos, así como la psicoeducación sobre la sintomatología ansiosa y depresiva; (b) Fase de entrenamiento en el contexto terapéutico (sesión 5-9). En esta fase se desarrollan diferentes técnicas dirigidas a la modificación de las conductas problema: Pensamientos, emociones y conductas. Empleo de metáforas; Estrategias de regulación de la activación, respiración completa; Parada del pensamiento y estrategias de distracción; Reestructuración Cognitiva; Estrategias de afrontamiento: entrenamiento en asertividad y toma de decisiones; Exposición con prevención de respuestas: ensayo imaginado; (c) Fase de aplicación en el ambiente natural. En la Figura 2 se resumen los contenidos y objetivos específicos del proceso de intervención y en la Figura 3 se muestra la temporalización del proceso de intervención.

Resultados

Respecto a los resultados obtenidos en el Inventario de Ansiedad de Beck, puede observarse en la Figura 4 que en la evaluación pretest la adolescente presentaba una puntuación directa de 11, indicativa de sintomatología ansiosa leve según el manual de la prueba. Sin embargo, tras la aplicación del programa de intervención, la puntuación directa obtenida en el mismo cuestionario fue inferior a 4, indicativa de ausencia de ansiedad significativa.

De este modo, tras el periodo de intervención, en el que se produjo la enseñanza-aprendizaje de estrategias de regulación de la activación, estrategias de distracción y otras estrategias, la sintomatología ansiosa disminuyó de forma notable, especialmente la dificultad para respirar e incapacidad para relajarse, siendo necesario el mantenimiento de la puesta en práctica de dichas estrategias para eliminar la sintomatología presentada.

Figura 4. Resultados pretest y posttest del Inventario de Ansiedad de Beck.

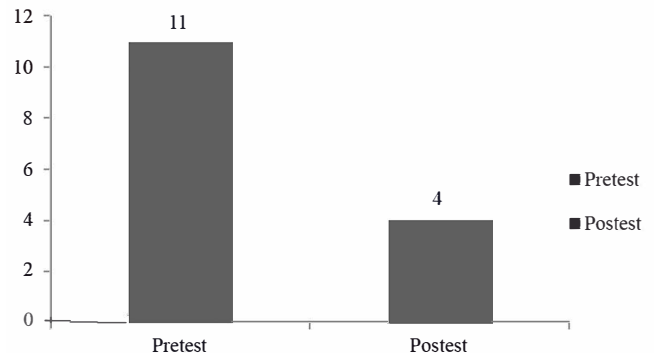
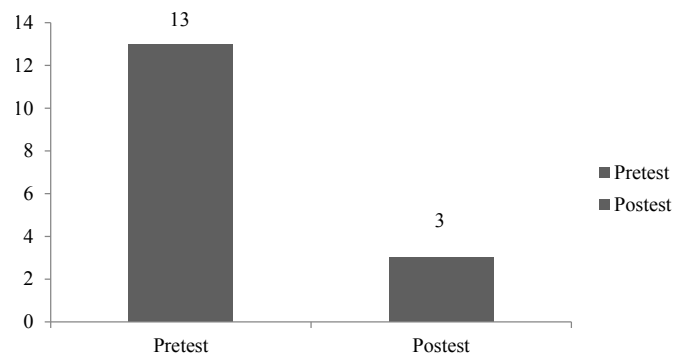


Figura 5. Resultados pretest y posttest del Inventario de Depresión de Beck.



Respecto a los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck, la Figura 5 indica que en la fase pretest la puntuación directa obtenida fue 13, indicativa de sintomatología depresiva leve, mientras que en la fase posttest obtuvo una puntuación de 3, indicativa de estado emocional normal. En este sentido, la sintomatología depresiva descendió considerablemente tras la aplicación de técnicas para

modificar los pensamientos automáticos negativos así como eliminar las conductas de evitación/escape ante determinadas situaciones, a excepción de la pérdida de interés por los demás, la cual se mantuvo tras el proceso de intervención aunque en menor medida.

Por último, a partir de los autorregistros realizados durante el proceso de intervención, en los que se han recogido tanto los pensamientos, emociones y conductas como la intensidad, duración y frecuencia de las mismas, se han observado cambios terapéuticos. Entre estos cambios cabe destacar las conductas manifestadas ante los signos de malestar, ya que han sido eliminadas las reacciones de llanto y evitación ante determinadas situaciones, y la reducción del aislamiento social a pesar de mantenerse la pérdida de interés por los demás.

Por otro lado, las estrategias de distracción aprendidas durante el programa de intervención son ejecutadas por la adolescente ante aquellas situaciones que así lo requieren tras el tratamiento. Un ejemplo es el uso de la siguiente frase: "dejo de pensar en eso y me pongo a diseñar".

Discusión

Durante el proceso de intervención se planteó como objetivo terapéutico que a través de la aplicación de un programa de intervención dinámico basado en la terapia cognitivo-conductual se conseguiría reducir y/o eliminar la sintomatología ansiosa y depresiva de la adolescente consecuencia de la situación familiar. Los resultados obtenidos permiten concluir que tras la aplicación del tratamiento, en la fase de evaluación post-test, se observan cambios terapéuticos significativos que indican la eficacia del programa de intervención y el cumplimiento del objetivo terapéutico planteado. Específicamente, se ha conseguido reducir el nivel de ansiedad y depresión en la adolescente y los cambios de comportamiento propios del estado emocional. Para ello se dotó a la adolescente de habilidades que le permitieron modificar los pensamientos automáticos negativos, eliminar las conductas de evitación/escape, reducir su aislamiento social y regular su activación fisiológica. Para la obtención de dichos resultados es imprescindible la aplicación de las técnicas aprendidas durante el programa de intervención así como el mantenimiento de dichas pautas terapéuticas, lo cual se puso en práctica desde el inicio del tratamiento a través de tareas para casa. Sin embargo, a pesar de haber disminuido el aislamiento social, hay que señalar el mantenimiento parcial de la pérdida de interés por los demás por parte de la paciente.

En cuanto a las limitaciones halladas para lograr los objetivos del estudio cabe destacar que no se cuenta con datos del seguimiento, previsto a los 3, 6 y 12 meses desde la finalización del programa de intervención que permita evaluar la eficacia del tratamiento a largo plazo, así como los resultados obtenidos. Será oportuno valorar en próximos estudios de casos $n = 1$ la incorporación de otras estrategias para eliminar el aislamiento social de forma significativa en aquellos casos en que dicho síntoma se encuentre presente e incluir sesiones con los padres y/o familiares cuando sea necesario.

Los resultados de nuestro estudio apoyan la idea de que la desestructuración familiar provoca cambios en el comportamiento, alteraciones emocionales y somatizaciones en los hijos, por lo que resulta eficaz intervenir a través de terapias psicológicas estructuradas y con límites temporales (Gloaguen et al., 1999; Vázquez, Nieto, Hernangómez y Hervás, 2007). El número de programas de intervención propuestos con el objetivo de desarrollar estrategias de afrontamiento es reducido, lo cual puede deberse a que no se le otorga la importancia suficiente a la sintomatología producida tras una desestructuración familiar. A pesar de que dichos programas de intervención son dirigidos

al ámbito escolar o comunitario, se puede observar a partir de la intervención llevada a cabo en este estudio que aplicar un programa de intervención temprana breve basado en la terapia cognitivo-conductual es eficaz, ya que los resultados obtenidos son consistentes con los estudios realizados sobre los trastornos de ansiedad y depresión derivados de la desestructuración familiar, en los que se pone de manifiesto la eficacia de la terapia cognitivo-conductual basada en la activación conductual y reestructuración cognitiva durante aproximadamente 8 semanas (Bonet, Chamón y Fernández, 2011).

Se concluye por tanto la conveniencia de aplicar programas de intervención basados en la terapia cognitivo-conductual ante la sintomatología ansiosa y depresiva leve en el que mediante la utilización de materiales y técnicas que garanticen el rol activo del paciente se obtenga la eficacia esperada.

Artículo recibido: 15/09/2015

Aceptado: 24/10/2015

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington: APA.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R. A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893
- Bengoechea, P. (1992). Un análisis exploratorio de los posibles efectos del divorcio en los hijos. *Psicothema*, 4, 491-511.
- Bonet, C., Chamón, M. y Fernández, M. (2011). Depresión, ansiedad y separación en la infancia: Aspectos prácticos para pediatras ocupados. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 13, 89-471. doi: 10.4321/S1139-76322011000300012
- Cáceres, J. (2003). *Repartirse el desamor: guía psicológica en la separación*. Madrid, España: Minerva.
- Cáceres, J. (2004). *Violencia física, psicológica y sexual en el ámbito de la pareja: papel del contexto*. Clínica y salud. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617820002>
- Cáceres, J. (2012). Separación y divorcio. En L. M. Llavona y F. X. Méndez (Dirs.), *Manual del psicólogo de familia: Un nuevo perfil profesional* (pp. 215-230). Madrid: Pirámide.
- Dupre, M. E., Beck, A. N. y Meadows, S. O. (2009). Marital trajectories and mortality among US adults. *American Journal of Epidemiology*, 170, 546-555. doi: 10.1093/aje/kwp194
- Farmer, S. y Galaris, D. (1993). Support groups for children of divorce. *The American Journal of Family Therapy*, 21(1), 40-50.
- Fernández-Ballesteros, R. (2014). *Evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. y Blackburn (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72. doi: 10.1016/S0165-0327(97)00199-7
- Hetherington, E. M., Cox, M. y Cox, R. (1985). Effects of Divorce and Remarriage on the Adjustment of Children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 518-530. doi: 10.1016/S0002-7138(09)60052-2
- Illanes, K. (2015). *MEDICINA. Test Inventario de Ansiedad de Beck. Instrucciones*. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/256847731/MEDICINA-Test-Inventario-de-Ansiedad-de-Beck-Instrucciones#scribd>
- Instituto Nacional de Estadística (2014). *Estadística de nulidades, separaciones y divorcios*. Año 2013. Madrid: Autor.

- Kasen, S., Cohen, P., Brook, y Hartmark C. (1996). A multiple-risk interaction model: effects of temperament and divorce on psychiatric disorders in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(2), 121-150. doi: 10.1007/BF01441481
- Khan, L., Parsonage, M. y Stubbs, J. (2015). *Investing in children's mental health. A review of evidence on the costs and benefits of increased service provision.* Report of Centre for Mental Health, London. Recuperado de <http://www.centreformentalhealth.org.uk/investing-in-children-report>.
- Morla, R., Saad, E. y Saad, J. (2006). *Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador.* Revista Colombiana de Psiquiatría 2006. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635203>
- Orgilés, M. (2010). Trastornos psicológicos en niños y adolescentes: los tratamientos que funcionan. *Infocop*, 49, 20-23.
- Pastor, C. y Sevillá, J. (1995). *Tratamiento psicológico del Pánico-Agorafobia. Un manual de autoayuda paso a paso.* Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.
- Pedro-Carroll, J. C. y Cowen, E. L. (1985). The children of divorce intervention program: an investigation of the efficacy of a school-based prevention program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 603-611.
- Santofimia, A. (2013). *Inventario de Depresión de Beck.* Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/151337032/Inventario-de-Depresion-de-Beck-DOC#scribd>
- Vázquez, C., Nieto, M., Hernangómez, L. y Hervás, G. (2007). Tratamiento psicológico en un caso de depresión mayor. En J. P. Espada, J. Olivares y F. X. Méndez (Coords.), *Terapia psicológica: Casos prácticos* (pp. 201-227). Madrid: Pirámide.
- Wallerstein, J. S. y Kelly, J. B. (1980). Effects of divorce on the visiting father-child relationship. *American Journal of Psychiatry*, 47, 4-22.

