

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE POSGRADO

Maestría en Psicología Clínica con Mención en Psicoterapia

**REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA PARA ABORDAR LA
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON
MENCIÓN EN PSICOTERAPIA**

AUTOR: CRISTOPHER RICARDO VALDIVIESO LEON

DIRECTOR: FABIAN LEONARDO CASTRO OCHOA

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Certificado del Asesor

Se certifica que:

El informe de investigación “ Reestructuración Cognitiva para Abordar la Depresión en Adolescentes”, de autoría del Sr./a “Cristopher Ricardo Valdivieso León” con número de identidad 1900508787, con nacionalidad ecuatoriana, previo a la obtención del Título de Cuarto Nivel o Posgrado correspondiente a Magister en Psicología Clínica con Mención en Psicoterapia, cumple con la caracterización y estructura (parte protocolaria y parte expositiva) y se sujeta a la normativa pertinente exigida por el Consejo de Educación Superior, CES y la Universidad Católica de Cuenca, en consecuencia se autoriza su presentación para los trámites pertinentes.

Santa Ana de los Ríos de Cuenca

26 de noviembre de 2025

Asesor Científico

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Cristopher Ricardo Valdivieso León portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **1900508787**.

Declaro ser el autor de la obra: “**Reestructuración Cognitiva para Abordar la Depresión en Adolescentes**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **26 de noviembre de 2025**

F:

Cristopher Ricardo Valdivieso León

C.I. 1900508787

Agradecimiento

Agradezco profundamente a la Universidad Católica de Cuenca, en especial al programa de Maestría en Psicología Clínica con mención en Psicoterapia, por brindarme las herramientas teóricas y prácticas necesarias para abordar con responsabilidad y sensibilidad los desafíos del sufrimiento humano.

Mi gratitud al equipo docente por su guía constante y por haber sembrado en mí la pasión por la intervención basada en la evidencia.

De manera especial, expreso mi sincero reconocimiento a mi tutor, cuyo acompañamiento académico y humano fue clave en la construcción de este trabajo. Su orientación ética y profesional dejó una huella significativa en mi formación como psicoterapeuta.

Finalmente, gracias a mi familia, por su paciencia, su fe inquebrantable y por recordarme que detrás de cada investigación hay vidas reales que merecen ser escuchadas y acompañadas.

Dedicatoria

Dedico este trabajo, ante todo, a mis padres, quienes han sido mi orgullo y mi mayor inspiración para alcanzar cada meta a lo largo de mi vida. Ellos representan para mí el ejemplo más claro de lo que significa ser padres.

A mi padre, José Ricardo, quien me impulsa constantemente a ser una mejor persona y que, aún sin saberlo, me enseña cada día a luchar. Sé que en él siempre encontraré apoyo cuando más lo necesite.

A mi madre, Patricia Soledad, la mujer a quien amo desde el primer día. Ella jamás me ha dejado solo, y a ella le debo todos mis logros. Es mi mayor inspiración y la fuerza que me sostiene.

A mi pareja, Dayana, quien ha sido mi compañera en los momentos más difíciles y que merece ser parte de cada uno de mis triunfos. Le agradezco profundamente su compañía.

A mis hermanos, María José, Daniela y Steven, quienes me acompañan en cada vivencia y que siempre llevaré en mi corazón, recordando que ellos constituyen mi hogar.

-Christopher Ricardo Valdivieso León.

Resumen

La Reestructuración Cognitiva, como técnica central de la Terapia Cognitivo Conductual, se posiciona como una estrategia eficaz para el tratamiento de la depresión en adolescentes, al incidir directamente en la identificación y modificación de pensamientos disfuncionales. Esta técnica mejora la calidad de vida e impacta positivamente en el pronóstico clínico a corto y largo plazo. La presente investigación tiene como objetivo general, determinar la eficacia de la Reestructuración Cognitiva para tratar la depresión en adolescente. En cuanto a la metodología, se aplicó el método PRISMA para seleccionar, analizar y sistematizar evidencia reciente (2019–2025), priorizando estudios con alta calidad metodológica según la guía CONSORT, obteniéndose como resultado del análisis 6 artículos con niveles altos de cumplimiento en esta guía que oscilan entre 70 %–98 %, lo cual valida la solidez de los hallazgos. Se evidenció que la Reestructuración Cognitiva reduce significativamente los síntomas depresivos, mejora el autoconcepto y fortalece el afrontamiento emocional en los adolescentes. Debe considerarse como factor central la combinación con técnicas conductuales y participación familiar para potenciar su eficacia. Frente a otras estrategias de la Terapia Cognitivo Conductual, esta técnica destaca por su capacidad para reestructurar los patrones cognitivos subyacentes de la depresión. A partir de la evidencia, se propuso un plan de intervención estructurado en 24 sesiones (18 individuales y 6 familiares), distribuido en 6 meses, alineado con buenas prácticas clínicas y con alto potencial de implementación en contextos reales.

Palabras clave: Síntomas depresivos, Terapia cognitivo-conductual, Reestructuración Cognitiva, y adolescentes.

Abstract

Cognitive restructuring, as a core technique of cognitive-behavioral therapy (CBT), is positioned as an effective strategy for the treatment of adolescent depression by directly targeting the identification and modification of dysfunctional thoughts. This technique not only improves quality of life but also has a positive impact on both short- and long-term clinical prognosis. The central issue addressed is to determine the impact of cognitive restructuring on the management of adolescent depression and its influence on quality of life. The general objective is to conduct a systematic review of primary studies on cognitive restructuring as a

principal technique within CBT for treating adolescent depression. Regarding methodology, the PRISMA approach was applied to select, analyze, and systematize recent evidence (2019–2025), prioritizing studies with high methodological quality according to the CONSORT guidelines. The analysis yielded results from articles that presented high levels of CONSORT compliance, ranging from 70% to 98%, which validates the robustness of the findings. Cognitive restructuring was shown to significantly reduce depressive symptoms, enhance selfconcept, and strengthen emotional coping. Its effectiveness is amplified when combined with behavioral techniques and family involvement. Compared to other CBT strategies, this technique stands out for its capacity to intervene in the underlying cognitive patterns of depression. Based on the evidence, a structured intervention plan was proposed, consisting of 24 sessions (18 individual and 6 family sessions), distributed over six months, aligned with best clinical practices and demonstrating high potential for real-world implementation.

Keywords: Cognitive restructuring, Depression, Adolescent, Intervention

Índice

Portada	¡Error! Marcador no definido.
Índice	2
Índice de anexos	11
Índice de figuras	11
Índice de tablas	11
Resumen ejecutivo
Abstract
Capítulo I: El problema	12
1.1 Situación Problemática	12
1.2 Problema Científico	13
1.3 Línea de investigación	14
1.4 Objeto de estudio de la investigación	14
1.5 Campo de acción	14
1.6 Objetivos de investigación	14
1.6.1 Objetivo General	14
1.6.2 Objetivos específicos	14
1.7 Hipótesis o preguntas científicas.	15
1.7.1 Operacionalización de las variables.	15
1.8 Justificación de la investigación	16
Capítulo II: Marco Teórico	18
2.1 Fundamentación Teórica	18
2.1.1 Adolescencia y la relación con la depresión	19
2.2 Contexto de investigación a nivel global	20
Capítulo III: La Metodología	22
3.1 Tipo de investigación	22
3.2 Universo de estudio y tratamiento muestral	23
3.2.1 Estrategias de búsqueda	23
3.3 Métodos, técnicas e instrumentos de investigación	24
3.3.1 Criterios de inclusión	24
3.3.2 Criterios de exclusión	24
3.4 Tratamiento estadístico y representación gráfica	25

3.5 Evaluación de datos	25
3.6 Análisis de datos	26
Capítulo IV: Resultados y Propuesta	28
4.1 Resultados	28
4.1.1 Análisis de la calidad metodológica y el riesgo de sesgo en los estudios primarios que abordan la Reestructuración Cognitiva como intervención principal para la depresión en adolescentes.	28
4.1.2 Sistematización de los hallazgos cuantitativos y cualitativos de estudios primarios de alta calidad sobre la efectividad de la Reestructuración Cognitiva en el manejo de la depresión en adolescentes.	32
4.1.3 Beneficios y limitaciones de la Reestructuración Cognitiva frente a otras técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual, basándose en la evidencia recopilada en la revisión sistemática.	38
4.2 Conclusiones	40
4.3 Propuesta de un plan de intervención basado en la evidencia sistematizada sobre la Reestructuración Cognitiva para el abordaje de la depresión en adolescentes.	41
4.3.1 Objetivo general	42
4.3.2 Objetivos específicos	42
4.3.3 Técnicas por sesión	42
4.3.4 Población objetivo	43
4.3.5 Tiempo que se llevará el plan de intervención	43
4.3.6 Cronograma del plan de intervención	44
4.3.7 Desarrollo de la propuesta	46
Recomendaciones	54
Referencias	56
Anexos	65
Anexo 1. Presentación visual a cerca de la depresión	65
Anexo 2. Diálogo guiado (ejemplo práctico)	65
Anexo 3. Diálogo guiado (ejemplo práctico)- Pensamiento Automático	66
Anexo 4. Desarrollo del diálogo socrático (simulación de ejemplo):	66
Anexo 5. Guía de Entrevista Semiestructurada (Adolescente)	66
Anexo 6. Diario Reflexivo Semanal – Ejemplo	67
Anexo 7. Modelo de ficha – Registro en columna triple	67

Índice de anexos

Anexo 1. Presentación visual a cerca de la depresión	71
--	----

Anexo 2. Diálogo guiado (ejemplo práctico).....	71
Anexo 3. Diálogo guiado (ejemplo práctico)- Pensamiento Automático	72
Anexo 4. Desarrollo del diálogo socrático (simulación de ejemplo):.....	72
Anexo 5. Guía de Entrevista Semiestructurada (Adolescente)	72
Anexo 6. Diario Reflexivo Semanal – Ejemplo	73
Anexo 7. Modelo de ficha – Registro en columna triple	73

Índice de figuras

Figura 1 Diagrama de Flujo	27
Figura 2 Datos cuantitativos porcentajes de cumplimiento CONSORT.	31
Figura 3. Presentación visual a cerca de la depresión.....	65

Índice de tablas

Tabla 1. Operacionalización de las variables	15
Tabla 2. Estrategias de búsqueda	23
Tabla 3. Descriptiva de los estudios idóneos	29
Tabla 4. Descriptiva de los estudios de datos cualitativos y cuantitativos.	34
Tabla 5. Comparación de beneficios y limitaciones de la Reestructuración Cognitiva frente a otras técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual en adolescentes	39
Tabla 6. Técnicas estructuradas de la Terapia Cognitivo Conductual para adolescentes	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 7. Cronograma plan de intervención	45
Tabla 8. Diálogo guiado (ejemplo práctico)- Pensamiento Automático	66
Tabla 9. Modelo de ficha – Registro en columna triple	68

Capítulo I: El problema

1.1 Situación Problemática

El Trastorno Depresivo es una enfermedad que afecta gravemente la salud a nivel psicológico y físico, en todas las edades, siendo la adolescencia una de las etapas más vulnerables a padecer esta patología por su proceso de desarrollo complejo. Entre los síntomas más frecuentes se encuentra irritabilidad, problemas de comportamiento, tristeza patológica, llanto fácil, déficit de atención, hiperactividad, hipersomnia, sensibilidad extrema al rechazo, hiporexia con pérdida de peso, hiperfagia con aumento de peso y quejas somáticas (Thingbak et al., 2024). Or s

Para analizar el criterio, se considera el metanálisis de Prado-Molina et al. (2023), que reportan una proporción aproximada del 37 % de prevalencia global de síntomas depresivos en adolescentes en la última década. La Organización Mundial de la Salud permite identificar que uno de cada siete jóvenes entre los 12 y 18 años de edad que equivale al 14 %, llegarán a padecer algún trastorno mental como depresión o ansiedad, lo cual contribuye en un 15 % a la carga mundial de morbilidad en este grupo etario (Organización Mundial de la Salud, 2024). Reconocer la prevalencia aproximada de la depresión en la adolescencia implica señalar que hasta un 9 % de los adolescentes llegarán a cumplir con los criterios diagnósticos en un momento dado y que cerca del 20 % experimentarán al menos un episodio depresivo durante esta etapa (Oud et al., 2019). Asimismo, evidencia que aproximadamente un 50 % de quienes presentan depresión en la infancia tienden a presentar recurrencia en la edad adulta, lo que refleja la importancia de abordar esta problemática de manera temprana y preventiva.

La Terapia Cognitivo-Conductual incluye los métodos y técnicas impartidos por un profesional de salud mental que la utilizan para el manejo de la depresión (Strawn et al., 2022). Comprender y evaluar estas estrategias es crucial para proporcionar una atención integral que no solo aborde las necesidades físicas, sino también las psicológicas. (Villa et al., 2020). A través de esta investigación, se pretende identificar y analizar la Reestructuración Cognitiva como una de las formas más utilizadas para tratar la depresión en adolescentes.

La Reestructuración Cognitiva, aunque constituye un componente central de la Terapia Cognitivo Conductual, la evidencia disponible muestra que, en adolescentes con diagnósticos de depresión o distimia, las intervenciones grupales de Terapia Cognitivo Conductual que

integran la Reestructuración Cognitiva alcanzan un tamaño del efecto promedio de $d = 0,28$, con valores que oscilan entre $d = 0,34$ y $d = 0,59$ en los estudios centrados en casos clínicamente

1

diagnosticados (Idsoe et al., 2019). En términos sintomatológicos, esta técnica se ha asociado con la reducción de pensamientos negativos recurrentes, autocrítica excesiva y déficits en la regulación emocional, factores que suelen mantener y agravar los cuadros depresivos en adolescentes. Asimismo, investigaciones comparativas reportan que la Terapia Cognitivo Conductual, al integrar la Reestructuración Cognitiva, logra una tasa de remisión del 64,7 %, superando ampliamente los resultados obtenidos en terapias familiares o no directivas (J. Méndez et al., 2021). Estos hallazgos subrayan la necesidad de potenciar la aplicación de la Reestructuración Cognitiva como técnica específica, dado su impacto significativo en la modificación de cogniciones disfuncionales y en la recuperación clínica de los adolescentes con depresión.

Preguntas científicas

¿Cuál es el impacto de la Reestructuración Cognitiva como técnica central de la terapia cognitivo conductual frente a la depresión en los adolescentes?

1.2 Problema Científico

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017), el Trastorno Depresivo representa uno de los mayores desafíos en salud pública, afectando a más de 264 millones de personas en todo el mundo, con un crecimiento constante influido por factores culturales, ambientales y socioeconómicos (OMS, 2017). Este trastorno se define como un estado caracterizado por sentimientos persistentes de tristeza, pérdida de interés, cambios en el sueño y el apetito, fatiga, sentimientos de inutilidad y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio en casos severos. De esta forma este trastorno no solo afecta el estado emocional de quien lo padece, sino que también tiene efectos significativos en el funcionamiento social, académico y familiar, en adolescentes es un problema mayor de salud pública ya que se consideran grupo vulnerable por sus características de desarrollo y por los factores de estrés de su contexto, como por ejemplo el bullying y el riesgo del consumo de sustancias.

A pesar de la eficacia reconocida de la Terapia Cognitivo Conductual, persisten interrogantes sobre el impacto específico de la Reestructuración Cognitiva como técnica central en la reducción de síntomas depresivos en esta población, así como su influencia en la calidad

de vida. La heterogeneidad metodológica en los estudios y la escasez de investigaciones longitudinales limitan la comprensión de su efectividad y adaptabilidad a contextos culturales y socioeconómicos diversos. Este problema científico busca determinar cómo la Reestructuración Cognitiva, aplicada en adolescentes con depresión, contribuye a la mitigación de síntomas y a la mejora de su bienestar integral.

1.3 Línea de investigación

Línea 12: Salud y bienestar por ciclos de vida.

Sub-línea 7: Salud mental y neurociencias.

1.4 Objeto de estudio de la investigación

El objeto de estudio es determinar la eficacia de la Reestructuración Cognitiva para tratar la depresión en adolescente.

1.5 Campo de acción

Psicología clínica y la salud mental, específicamente el diseño, implementación y evaluación de intervenciones basadas en la Reestructuración Cognitiva para adolescentes con depresión.

1.6 Objetivos de investigación

1.6.1 Objetivo General

Evaluar sistemáticamente la evidencia de estudios primarios para determinar la eficacia de la Reestructuración Cognitiva para tratar la depresión en adolescente.

1.6.2 Objetivos específicos

- Analizar la calidad metodológica y el riesgo de sesgo en los estudios primarios que abordan la Reestructuración Cognitiva como intervención para la depresión en adolescentes.
- Sistematizar los hallazgos cuantitativos y cualitativos de estudios primarios de alta calidad sobre la efectividad de la Reestructuración Cognitiva en el manejo de la depresión en adolescentes.

- Comparar los beneficios y limitaciones de la Reestructuración Cognitiva frente a otras técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual, basándose en la evidencia recopilada en la investigación.
- Proponer un plan de intervención basado en la evidencia sistematizada sobre la Reestructuración Cognitiva para el abordaje de la depresión en adolescentes.
- ***Pregunta guía de investigación.***

La construcción de la pregunta guía de investigación, se lo realizó a través del Marco PICO (2019), que permite la selección por idoneidad para estudios de efectividad, siendo de la siguiente forma:

- - P (Paciente o problema): Adolescentes de 12 a 18 años de edad con diagnóstico de depresión.
- - I (Intervención): Reestructuración Cognitiva dentro de la Terapia Cognitivo Conductual.
- -C(Comparación): Reestructuración cognitiva frente a otras técnicas de abordaje terapéutico de la Terapia Cognitivo Conductual.
- - O (Resultado): Determinar la efectividad de la Reestructuración Cognitiva en la depresión de adolescentes.

1.7 Hipótesis o preguntas científicas.

- Hipótesis nula (H_0): La Reestructuración Cognitiva en adolescentes con depresión evidencian que dentro de la terapia cognitivo-conductual es más efectiva que otras técnicas terapéuticas, logrando una reducción significativa de los síntomas depresivos y una mejora en el funcionamiento psicosocial.
- Hipótesis alternativa (H_1): La Reestructuración Cognitiva en adolescentes con depresión evidencian que, dentro de la terapia cognitivo-conductual, no es más efectiva que otras intervenciones terapéuticas, sin lograr una reducción significativa de los síntomas depresivos ni mejoras en el funcionamiento psicosocial.

1.7.1 Operacionalización de las variables.

Tabla 1.

Operacionalización de las variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional
Variables Independientes		

Reestructuración Cognitiva	Según Méndez (2022) lo define como una técnica terapéutica de la Terapia Cognitivo Conductual que trabaja con los pensamientos automáticos, recurrentes o negativos de las personas, ayudándolas a identificarlas y cambiar patrones de pensamiento negativos o distorsionados, generando ideas de solución y afrontamiento.	La Reestructuración Cognitiva es una técnica de la Terapia Cognitivo Conductual aplicada a adolescentes con depresión, que busca identificar y cambiar pensamientos negativos que mantienen la sintomatología. Se centra en cuatro aspectos: conceptualización personal, pensamiento inadecuado, respuestas conductuales y supuestos y creencias.
Terapia Cognitivo Conductual	Beck (2018) sostiene que la Terapia Cognitivo Conductual es una terapia psicológica que se basa en la idea de que los pensamientos, emociones y comportamientos están interconectados, y que cambiar los pensamientos disfuncionales puede mejorar las emociones y comportamientos	En este estudio, se analiza la Terapia Cognitivo Conductual que utiliza la técnica de Reestructuración Cognitiva en adolescente diagnosticados con depresión para identificar y modificar pensamientos negativos que mantienen la patología.
<i>Variables dependientes</i>		
Adolescencia	Es la etapa de transición entre la niñez y la adultez, caracterizada por cambios físicos, emocionales y sociales significativos, típicamente está entre los 12 y 18 años (Fandiño & Rodríguez, 2021).	En este estudio, se entiende por adolescentes a quienes tienen entre 12 y 18 años, una etapa de transición entre la niñez y la adultez marcada por cambios físicos, emocionales y sociales que pueden influir en cómo viven y enfrentan la depresión.
Depresión	Es un trastorno del estado de ánimo que se manifiesta como tristeza persistente, pérdida de interés en actividades, y síntomas como fatiga, alteraciones en el apetito y pensamientos negativos (Institute of Mental Health, 2024).	En este estudio, la depresión se entiende como un trastorno diagnosticado en adolescentes según los criterios del DSM-5, que se refleja en síntomas emocionales y conductuales que afectan su vida diaria. La investigación se centra en aquellos jóvenes que reciben tratamiento con la técnica de Reestructuración Cognitiva como parte de su proceso terapéutico.

1.8 Justificación de la investigación

La Reestructuración Cognitiva ha sido ampliamente estudiada como una técnica central dentro de la Terapia Cognitivo-Conductual, evidenciándose su efectividad en el tratamiento de la depresión en adolescentes (Lorenzo-Díaz et al., 2021). Sin embargo, aunque existen numerosos estudios empíricos que abordan su aplicación, se identifica una carencia de revisiones sistemáticas recientes que integren de manera exhaustiva los hallazgos disponibles en la literatura. Esto genera una oportunidad para mapear y sintetizar la evidencia existente,

evaluando tanto los beneficios como las limitaciones de su uso, y ofreciendo una base sólida para futuras investigaciones y mejoras en las prácticas clínicas.

El desarrollo de este informe de investigación sobre la Reestructuración Cognitiva como técnica del abordaje terapéutico en adolescentes con depresión contribuirá de manera integral a solucionar el problema de investigación al sintetizar evidencia científica que indique si tiene efectividad esta intervención. Este enfoque responde a la necesidad de optimizar las estrategias terapéuticas en una población vulnerable como los adolescentes, donde la depresión representa un grave problema de salud pública, con altas tasas de suicidio, las cuales en gran medida son causas de muerte prevenibles (Sandery et al., 2024).

Este estudio resalta la Terapia Cognitivo Conductual, como el enfoque psicoterapéutico más efectivo en el manejo de la depresión en adolescentes; detallando así, los estudios más relevantes utilizados actualmente a nivel mundial; no solo identificará y organizará la mejor evidencia disponible, sino que también permitirá comprender los beneficios específicos de la Reestructuración Cognitiva frente a otras técnicas. La aplicabilidad del estudio radica en proporcionar cada uno de los componentes de esta técnica a los profesionales de la salud y a sus afines, para guiar sus decisiones clínicas y terapéuticas (Thingbak et al., 2024).

Los beneficios que aporta el presente estudio radican en el enriquecimiento del conocimiento científico con relevancia académica en la práctica clínica, además de fortalecer competencias esenciales para el desempeño como profesional de la salud mental, al momento de enfrentarse con adolescentes con esta patología. Así mismo, el beneficio para la población en general será la disminución sintomatológica de los jóvenes al promover intervenciones efectivas y mejores prácticas clínicas para la depresión. Los resultados proporcionan una guía para el diseño de estrategias terapéuticas que reducirán la depresión, fomentarán la resiliencia y mejorarán las relaciones interpersonales.

Capítulo II: Marco Teórico

2.1 Fundamentación Teórica

La Reestructuración Cognitiva es una técnica central dentro de la Terapia Cognitivo Conductual, diseñada para identificar y modificar patrones de pensamiento disfuncionales que están asociados con problemas emocionales como la depresión (Lorenzo-Díaz et al., 2021). En relación con esto, los adolescentes cursan esta etapa del desarrollo caracterizada por cambios biológicos, psicológicos y de presión social que puede aumentar la vulnerabilidad para activar síntomas compatibles con esta patología (Mohamed & Mohammad, 2021).

Depresión en adolescentes: Contexto y relevancia

La depresión en adolescentes es un trastorno mental común que afecta aproximadamente del 10 al 20 % de esta población, según estudios epidemiológicos (Thapar et al., 2012). Se caracteriza por síntomas como tristeza persistente, pérdida de interés en actividades, baja autoestima, dificultades de concentración y, en casos graves, pensamientos suicidas (Organización Panamericana de la Salud, 2023). Los adolescentes son particularmente vulnerables debido a factores como la presión académica, conflictos familiares, cambios hormonales y la influencia de las redes sociales (Organización Mundial de la Salud, 2024). La depresión en esta etapa puede tener consecuencias a largo plazo, incluyendo problemas académicos, dificultades interpersonales y un mayor riesgo en la adultez (Coryell & Zimmerman, 2025). Por ello, las intervenciones tempranas con la técnica de Reestructuración Cognitiva son esenciales para mitigar su impacto (Ezawa & Hollon, 2023).

2. Reestructuración Cognitiva

Se basa en el modelo cognitivo de Aaron Beck (Beck, 2018), que postula que los pensamientos automáticos negativos, las distorsiones cognitivas y las creencias irracionales son factores clave en el desarrollo y mantenimiento del trastorno depresivo. En los adolescentes, estos patrones cognitivos suelen manifestarse como pensamientos de autocrítica, por lo tanto, la Reestructuración Cognitiva busca:

- **Identificar pensamientos automáticos negativos:** consiste en detectar las ideas que aparecen de forma inmediata en situaciones difíciles y que influyen negativamente en las emociones y conductas.

- **Evaluar la validez de estos pensamientos:** Cuestionar su precisión mediante la reflexión guiada y el análisis de evidencia.
- **Sustituir por pensamientos más adaptativos:** Reemplazar los pensamientos disfuncionales por alternativas más realistas y positivas (Beck, 2018).

2.1.1 Adolescencia y la relación con la depresión

La adolescencia se caracteriza como una etapa de cambios rápidos y complejos, marcada por variaciones hormonales, tanto como los procesos de identidad, las influencias sociales y las perspectivas académicas forman un escenario propicio para la aparición de trastornos del estado de ánimo (Fonseca et al., 2022; Javaid et al., 2023). En este contexto, una de las dificultades más frecuentes en los adolescentes es el manejo emocional, cuya incapacidad para regularse emocionalmente puede manifestarse en miedos excesivos, preocupación persistente y síntomas físicos, dificultando su bienestar y funcionamiento diario (Thapar et al., 2012).

Con el paso del tiempo, la comprensión del Trastorno Depresivo ha evolucionado, reconociéndose actualmente como fenómeno complejo de origen multifactorial, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica y social (Alayo, 2023). En este sentido, el modelo biopsicosocial ha sido fundamental para comprender cómo la interacción de la predisposición genética, las experiencias tempranas, el estrés ambiental y las características individuales puede conducir a la depresión (Beck, 2018).

La aplicación en adolescentes de la Reestructuración Cognitiva debe adaptarse a sus características desarrollativas, debido a su capacidad creciente para el pensamiento abstracto, pero su regulación emocional y habilidades de autorreflexión aún están evolucionando (Santos et al., 2024). Dicho lo anterior, es importante personalizar la estructura y técnicas de la Reestructuración Cognitiva, en las intervenciones suelen incorporar los siguientes pasos:

- Inicia con la presentación de la técnica, en donde se introduce al paciente en los principios fundamentales de la Reestructuración Cognitiva.
- La exploración de las emociones, sentimientos y pensamientos, lo cual permite al paciente reconocer sus experiencias emocionales.

- Identificación, se enseña al paciente a reconocer y registrar pensamientos disfuncionales.
- Comprender, evaluar y examinar los pensamientos con profundidad, con el fin de desarrollar una conciencia crítica.
- Cambio de pensamientos disfuncionales, sustituyéndolos por interpretaciones realistas y equilibradas.
- La finalización, enfocada en la prevención de recaídas y el fomento de la autorregulación emocional y cognitiva (Santos et al., 2024).
- Estudios recientes (Garrido et al., 2019) destacan el potencial de las intervenciones digitales basadas en la Reestructuración Cognitiva, que son accesibles y atractivas para los adolescentes. Estas plataformas han mostrado reducciones significativas en los síntomas depresivos, especialmente en entornos escolares.
- La eficacia de la Reestructuración Cognitiva puede variar según la gravedad de la depresión, la adherencia al tratamiento y el apoyo familiar. Los adolescentes con depresión leve a moderada tienden a beneficiarse más que aquellos con depresión severa, donde puede requerirse una combinación de Reestructuración Cognitiva y farmacoterapia (Vargas Rojas, 2023).

2.2 Contexto de investigación a nivel global

Históricamente, la depresión fue identificada como un diagnóstico independiente en 1952; no obstante, en el DSM-III de 1980 se establecieron criterios específicos para el Trastorno depresión mayor, basados en síntomas y duración (APA, 2022; Beck, 2018). Desde entonces, la depresión se ha entendido como un trastorno del estado de ánimo que puede presentarse en episodios únicos o recurrentes, con diferentes formas como la distimia, la bipolaridad y otros subtipos, reflejando su complejidad (APA, 2022).

Paralelamente, avances en neurobiología y genética han permitido comprender mejor las bases biológicas de la depresión. Estudios de neuroimagen y genética han revelado alteraciones en áreas cerebrales relacionadas con la regulación emocional y en neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina, los cuales desempeñan un rol básico en su desarrollo (Krishnan & Nestler, 2008).

Dado que la depresión en un adolescente, en particular, tiene características y manifestaciones específicas que la diferencian del adulto debido a la edad, contexto social y desarrollo cognitivo del mismo., Por tal razón, estos aspectos suelen llevarlo a un rechazo hacia procesos terapéuticos requiriendo una atención especializada y estrategias de intervención adaptadas a esta población , además, entendiendo que reconocer la depresión en adolescentes puede ser complejo, ya que no siempre se manifiesta de manera típica, es importantes destacar que los síntomas pueden variar e incluir irritabilidad, cambios de comportamiento, dificultades para concentrarse, alteraciones del sueño y del apetito, así como conductas de riesgo e ideas suicidas (Alayo, 2023; Fonseca et al., 2022).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) (2022), ha sido clave para definir y clasificar la depresión de manera uniforme en todo el mundo, facilitando avances en su diagnóstico y tratamiento. Asimismo, la prevalencia de la depresión en esta población oscila entre el 10 % y el 20 %, siendo más habitual en mujeres que en hombres, aumentan con la edad y en contextos de vulnerabilidad económica o social (Javaid et al., 2023). Por ello, la detección temprana y la intervención oportuna son fundamentales para impedir el desarrollo de cuadros crónicos y reducir las tasas de suicidio, que en muchos países simbolizan la segunda causa de muerte entre los adolescentes y jóvenes (OMS, 2017).

Debido a esta realidad, la pretensión por encontrar estrategias efectivas de prevención y tratamiento ha impulsado a la comunidad científica y a las organizaciones internacionales a promover programas de detección temprana, atención oportuna y tratamiento basado en evidencia (Dean & Keshavan, 2017; Gould et al., 2003).

En las últimas décadas, la Terapia Cognitivo Conductual se ha consolidado como una de las terapias más eficaces y respaldadas, su desarrollo se atribuye en gran medida al trabajo pionero de Aaron Beck en la década de 1960 (Beck, 2018), quien propuso que los pensamientos distorsionados y las creencias irracionales son factores clave en el desarrollo y mantenimiento de problemas de salud mental.

Diversos estudios han encontrado que la técnica de Terapia Cognitivo Conductual de mayor evidencia es la Reestructuración Cognitiva que puede ayudar a los adolescentes a identificar y desafiar pensamientos negativos o irracionales, y reemplazarlos por patrones de pensamiento más adaptativos, lo cual se traduce en mejoras en el estado de ánimo y el comportamiento (Susanti et al., 2021)

Las revisiones sistemáticas sobre la Reestructuración Cognitiva en el tratamiento de la depresión en adolescentes han proporcionado evidencia significativa sobre su eficacia, siendo una técnica clave de la Terapia Cognitivo Conductual que ha demostrado ser efectiva para abordar la depresión en adolescentes (Topooco et al., 2019). A continuación, se resumen ítems clave de estudios relevantes:

- **Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual y Reestructuración Cognitiva:** Según una revisión de Oud et al. (2019), la Terapia Cognitivo Conductual, con la Reestructuración Cognitiva como componente central, es una de las intervenciones más efectivas para reducir los síntomas depresivos en adolescentes, con tamaños del efecto moderados a grandes ($d = 0.55-0.80$). La Reestructuración Cognitiva es particularmente eficaz cuando se combina con otras estrategias, como la activación conductual o el entrenamiento en habilidades sociales.
- **Comparación con otros tratamientos:** Una revisión sistemática de Weisz et al. (2017) encontró que la Terapia Cognitivo Conductual basada en Reestructuración Cognitiva supera a los tratamientos de control (como la lista de espera o el apoyo inespecífico) y muestra resultados comparables o superiores a los antidepresivos en casos de depresión leve a moderada.

En consecuencia, la Reestructuración Cognitiva se orienta a transformar patrones de pensamiento disfuncionales que sustentan la depresión, que se dividen de forma sistemática en fases, que deben ser aplicadas rigurosamente, dotando a los adolescentes de herramientas que incrementen su habilidad para gestionar emociones (Beck, 2018; Dobson, 2009; Hofmann et al., 2012). Por otro lado, existen otras estrategias dentro de la Terapia Cognitivo Conductual, como el entrenamiento en habilidades sociales que refuerzan este enfoque al mejorar la comunicación y atenuar el aislamiento, fortificando las redes de apoyo (Graupensperger et al., 2020; Jacobson, 2001; Klein Jesse, 2008).

Capítulo III: La Metodología

3.1 Tipo de investigación

La presente investigación se enmarca en una revisión bibliográfica sistemática cualitativa, de carácter descriptiva, diseñada para analizar e interpretar la evidencia científica relacionada a la efectividad de la Reestructuración Cognitiva en el tratamiento de la depresión

en adolescentes. Este tipo de revisión, clasificada como revisión efectiva, se estructura conforme a las directrices de la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) 2020 (Moher et al., 2010; Page et al., 2021). Dichas directrices proporcionan un marco riguroso que asegura la transparencia, exhaustividad y reproducibilidad en los procesos de identificación, selección, evaluación y síntesis de los estudios incluidos. Para complementar la evaluación de la calidad metodológica de los estudios seleccionados, se incorporaron los lineamientos de la declaración CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) (Hopewell et al., 2025), aplicados específicamente a ensayos clínicos aleatorizados incluidos en el corpus analizado.

3.2 Universo de estudio y tratamiento muestral

El universo comprende los artículos científicos publicados entre 2019-2025, de libre acceso en las bases de datos académicas como: PsycInfo, Scopus, Web of Science y PudMed. Estudios que analizan o evalúan la aplicación de la Reestructuración Cognitiva como Técnica central de la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento de la depresión en adolescentes.

La población considerada son adolescentes de 12 a 18 años de edad con diagnóstico de depresión, donde se utilice la Reestructuración Cognitiva como técnica central de la Terapia Cognitivo Conductual en el abordaje psicoterapéutico.

3.2.1 Estrategias de búsqueda

Para la estrategia de búsqueda que se implementó el uso de operadores booleanos y términos MeSH como “síntomas depresivos”, “terapia cognitivo-conductual”, “psicoterapia cognitiva” y “adolescentes “Reestructuración Cognitiva” (Fernández-Altuna et al., 2016), tal como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Estrategias de búsqueda

Base de Datos	Palabras Clave	Términos MeSH y Estrategia de Búsqueda	Filtros Aplicados	Resultados
PsycInfo	Cognitive Therapy, Depression, Major, Adolescent, Mental Health, Psychotherapy	Mismo string de búsqueda MeSH que en Scopus	Estudios primarios cuantitativos, 2019-2025, acceso abierto, ensayos clínicos aleatorios (ECA), idioma inglés	3

Scopus	Cognitive Therapy, Depression, Major, Adolescent, Mental Health, Psychotherapy	(“Depressive Symptoms” OR “Depressive Symptom” OR “Symptom Depressive” OR “Emotional Depression” OR “Depression Emotional”) AND (“Behavioral Therapies Cognitive” OR “Behavioral Therapy Cognitive” OR “Cognitive Behavioral Therapies” OR “Therapies Cognitive Behavioral” OR “Therapy Cognitive Behavioral” OR “Cognition Therapy” OR “Cognition Therapies” OR “Therapies Cognition” OR “Therapy Cognitive Behavior” OR “Behavior Therapies Cognitive” OR “Cognitive Behavior Therapies” OR “Therapies Cognitive Behavior” OR “Therapy Cognition” OR “Behavior Therapy Cognitive” OR “Cognitive Behavior Therapy” OR “Cognitive Psychotherapy” OR “Cognitive Psychotherapies” OR “Psychotherapies Cognitive” OR “Psychotherapy Cognitive” OR “Therapy Cognitive” OR “Cognitive Therapies” OR “Therapies Cognitive” OR “Cognitive Behaviour Therapy” OR “Behaviour Therapies Cognitive” OR “Behaviour Therapy Cognitive” OR “Cognitive Behaviour Therapies” OR “Therapies Cognitive Behaviour” OR “Therapy Cognitive Behaviour”) AND (Adolescents OR Adolescence OR “Adolescents Female” OR “Adolescent Female” OR “Female Adolescent” OR “Female Adolescents” OR “Adolescents Male” OR “Adolescent Male” OR “Male Adolescent” OR “Male Adolescents” OR Youth OR Youths OR Teens OR Teen OR Teenagers OR Teenager)	Estudios primarios cuantitativos, 20192025, acceso abierto, ensayos clínicos aleatorios (ECA), idioma inglés	144
Base de Datos	Palabras Clave	Términos MeSH y Estrategia de Búsqueda	Filtros Aplicados	Resultados
Web of Science	Cognitive Therapy, Depression, Major, Adolescent, Mental Health, Psychotherapy	Mismo string de búsqueda MeSH que en Scopus	Estudios primarios cuantitativos, 20192025, acceso abierto, ensayos clínicos aleatorios (ECA), idioma inglés	382
PubMed	Cognitive Therapy, Depression, Major, Adolescent, Mental Health, Psychotherapy	Mismo string de búsqueda MeSH que en Scopus, adaptado al formato MeSH de PubMed	Estudios primarios cuantitativos, 20192025, acceso abierto, ensayos clínicos aleatorios (ECA), idioma inglés	75

Nota. La información proporcionada sobre los términos MeSH (Fernández-Altuna et al., 2016) utilizados en la estrategia de búsqueda y las bases de datos consultadas para la investigación.

3.3 Métodos, técnicas e instrumentos de investigación

En el contexto de esta revisión, la definición de criterios claros e inclusivos se torna indispensable para delimitar el alcance temático y metodológico, estos son:

3.3.1 Criterios de inclusión

- Período de publicación de artículos entre 2019-2025.
- Publicaciones en inglés o español.
- Adolescentes de 12 a 18 años de edad con diagnóstico de depresión según criterios establecidos.
- Estudios primarios que presenten resultados relevantes y de calidad metodológica como son los Ensayos clínicos aleatorios.
- Estudios que utilicen la Reestructuración Cognitiva como técnica de intervención psicoterapéutica.
- Estudios de acceso libre.

3.3.2 Criterios de exclusión

- Estudios publicados fuera del rango elegido.
- Publicaciones en idiomas distintos al inglés o español.
- Estudios que no involucren adolescentes (menores de 12 años o mayores de 18 años de edad) o que no especifiquen un diagnóstico claro de depresión.
- Estudios con metodología de baja calidad o que no presenten resultados relevantes.
- Estudios que no utilicen la Reestructuración Cognitiva.
- Estudios con acceso restringido.

3.4 Tratamiento estadístico y representación gráfica

- Analizar la calidad metodológica y el riesgo de sesgo en los estudios primarios que abordan la Reestructuración Cognitiva para la depresión en adolescentes.
- Sistematizar los hallazgos cuantitativos y cualitativos de estudios primarios de alta calidad sobre la efectividad de la Reestructuración Cognitiva en el manejo de la depresión en adolescentes.
- Comparar los beneficios y limitaciones de la Reestructuración Cognitiva frente a otras técnicas de la terapia cognitivo-conductual, basándose en la evidencia recopilada en la revisión sistemática.

3.5 Evaluación de datos

La extracción de los datos de este estudio se lo realizó mediante una serie de fases estructuradas y sistemáticas, buscando garantizar la fiabilidad y validez de la información recopilada, estas son:

1. Identificar artículos con evidencia científica con especificación ECA.
2. Se emplearon directrices de PRISMA, para la búsqueda profunda en las bases de datos indexadas priorizando aquellas con revisión de expertos y pares de cada una de las plataformas, como: PsycInfo, Scopus, Web of Science y PudMed, asegurando que cumplan los objetivos de sus estudios.
3. Análisis metodológico, seguidamente, se complementó el proceso con la aplicación de los lineamientos de la Declaración CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) (Hopewell et al., 2025) para analizar la calidad metodológica de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos. Este paso permitió evaluar la validez interna, la fiabilidad de los instrumentos utilizados y la rigurosidad en la presentación de resultados, facilitando su interpretación y comparación (Moher et al., 2010). Los estudios analizados presentaron niveles metodológicos altos (70%–98% de cumplimiento CONSORT), lo cual valida la solidez de los hallazgos.
4. Revisión de diseño y calidad de instrumentos, además, se examinó el tipo de diseño metodológico de cada estudio, revisando la validez interna y la fiabilidad de los instrumentos empleados. Se priorizaron aquellos trabajos que utilizaron herramientas validadas y generaron resultados reproducibles, fortaleciendo la solidez de la evidencia recopilada.

3.6 Análisis de datos

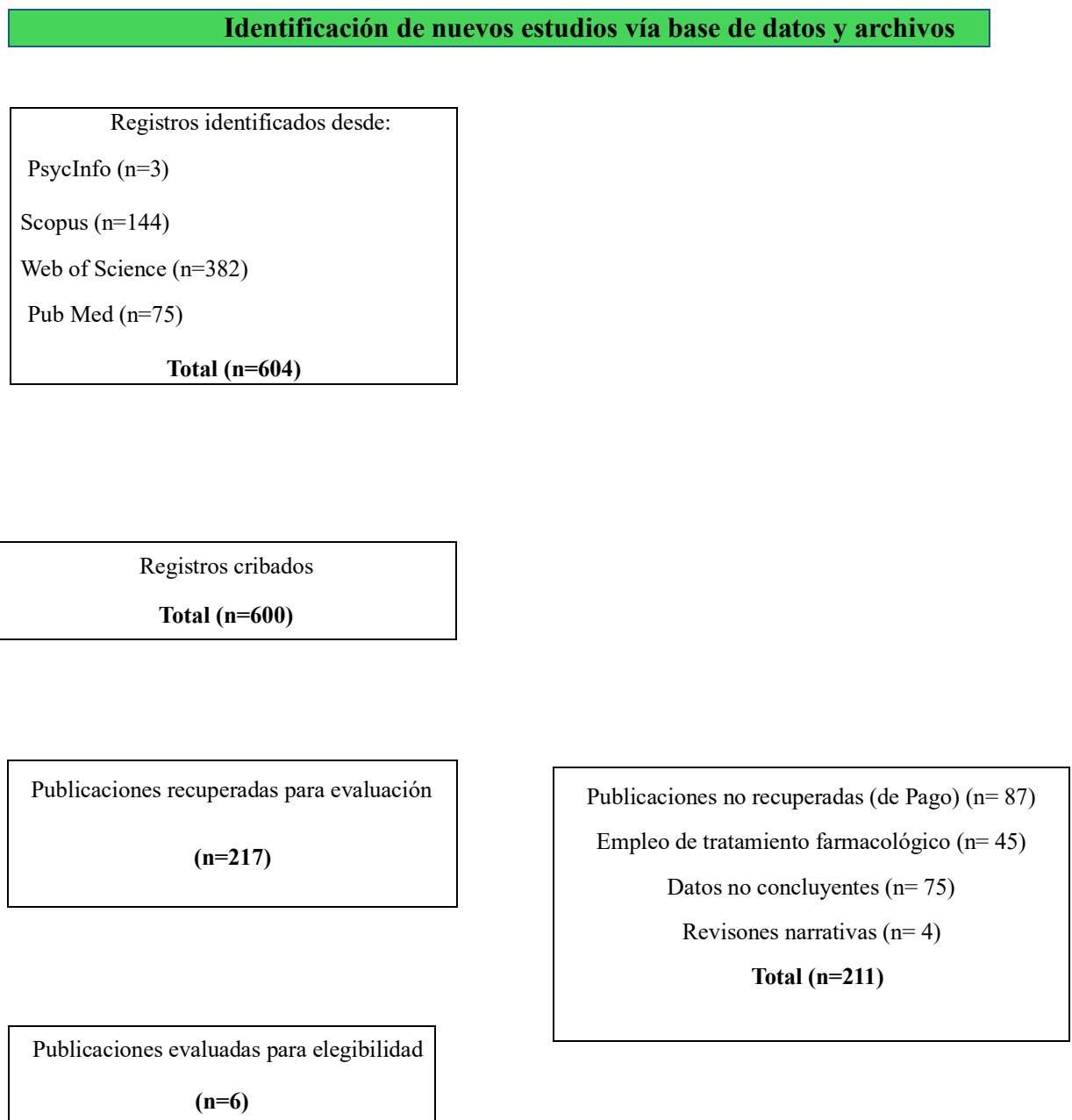
El análisis siguió un diagrama de flujo adaptado del modelo PRISMA (Figura 1), que muestra las etapas de identificación, cribado, evaluación e inclusión de los estudios (Page et al., 2021). En la fase inicial, se identificaron 604 registros provenientes de diversas bases de datos: PsycInfo (n=3), Scopus (n=144), Web of Science (n=382) y PubMed (n=75). Tras eliminar 4 duplicados, quedaron 600 registros para el cribado.

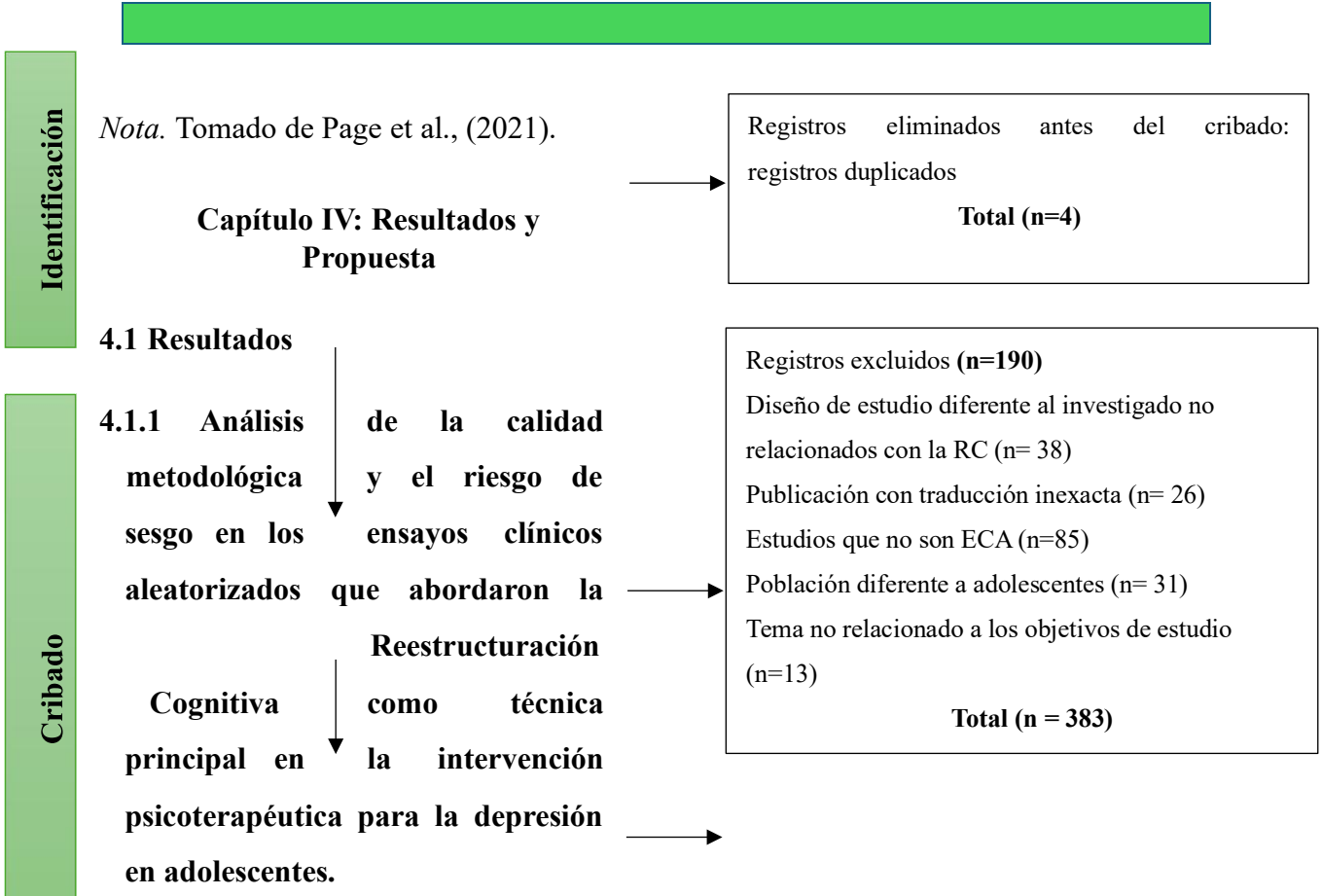
En esta etapa, se excluyeron 383 registros por diferentes motivos: diseño de estudio distinto al investigado relacionados con la RC (n=38), publicaciones con traducción inexacta

(n=26), estudios que no corresponden a ensayos controlados aleatorizados (n=85), población distinta a adolescentes (n=31) y tema no relacionado con los objetivos del estudio (n=13).

De los 217 registros restantes recuperados para evaluación, se excluyeron 211 publicaciones por no cumplir con los criterios: artículos no accesibles por estar sujetos a pago (n=87), empleo de tratamiento farmacológico (n=45), datos no concluyentes (n=75) y revisiones narrativas (n=4). Finalmente, se evaluaron 6 publicaciones que constituyen los estudios incluidos en el análisis final.

Figura 1 Diagrama de Flujo





incluidos

El primer objetivo de esta investigación fue analizar la calidad metodológica y el riesgo de sesgo en los estudios primarios que abordan la Reestructuración Cognitiva como intervención para la depresión en adolescentes, con el fin de establecer el grado de confiabilidad y validez de sus hallazgos. El análisis de la calidad metodológica y del riesgo de sesgo en los estudios primarios constituye un componente fundamental en la evaluación de la evidencia científica, especialmente cuando se trata de intervenciones dirigidas a poblaciones vulnerables como los adolescentes con depresión. Este tipo de análisis permite identificar fortalezas y limitaciones en el diseño, ejecución y reporte de los estudios, además de la interpretación crítica de los resultados y su aplicabilidad en contextos clínicos y comunitarios.

Se construyó la Tabla 3, la cual sintetiza de forma comparativa los elementos metodológicos fundamentales de 6 estudios considerados idóneos. Esta evaluación se realizó utilizando los criterios establecidos por la declaración CONSORT (Moher et al., 2010; Hopewell et al., 2025), con el fin de determinar el grado de cumplimiento en aspectos esenciales como el diseño del estudio, el tamaño muestral, la asignación aleatoria, el cegamiento, el análisis estadístico y la declaración de conflictos de interés. Evaluar

dimensiones como la asignación aleatoria, el cegamiento, el cálculo del tamaño muestral o el control de variables, resultando fundamental para reducir el sesgo, aumentar la transparencia y garantizar que las decisiones terapéuticas basadas en la evidencia sean realmente seguras y eficaces.

Los resultados son generalmente seguros y estables ante diferentes escenarios, debido a que esto se logró a través de la exclusión de estudios con menor calidad o resultados atípicos, así como variaciones en los parámetros del análisis, para verificar si los resultados principales se mantenían consistentes. La mayoría de los hallazgos se mantuvieron sin cambios significativos, lo que aumenta la confianza en la validez de las conclusiones.

Tabla 3.

Descriptiva de los estudios idóneos

Autor	Título y Resumen	Introducción/ Justificación	Diseño del Estudio	Participantes	Asignación Aleatoria	Cegamiento	Tamaño Muestral	Intervención	Instrumentos/Medidas	Análisis Estadístico	Flujo de Participantes	Resultados	Discusión	Registro	Financiamiento/ Conflictos	% Cumplimiento CONSORT
Prerna G. et al., 2019	(+)	(+)	(P)	(+)	(?)	(P)	(?)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(?)	(P)	70%
O’Keeffe, 2019	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(P)	(?)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	93%
Krause et al., 2021	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	96%
MacPherson et al., 2021	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(P)	(?)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	98%
Haugland et al., 2022	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(P)	(P)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	87%
Van den Heuvel et al., 2023	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(P)	(P)	(+)	(+)	(+)	(P)	(+)	(+)	(+)	(+)	96%

Nota. (+): Presentado completamente (100%). (P): Presentado parcialmente o con limitaciones (50%–85%). (?): No presente o no reportado (0%–25%). O’Keeffe: Inferido de la información disponible (análisis secundario ECA, N=406). Se asume cumplimiento en ítems estándar (título, introducción, diseño, participantes, intervención, instrumentos, análisis, resultados, discusión, registro, financiación). Asignación aleatoria (P) y cegamiento (P) por diseño secundario; tamaño muestral (?) por falta de cálculo de potencia. % Cumplimiento CONSORT: Ajustados según cálculos previos: Van den Heuvel (96%), O’Keeffe (95%), Krause (93%), MacPherson (98%), Prerna G. (70%), Haugland (87%), según informes. Promedio CONSORT: $(96 + 70 + 87 + 98 + 93 + 96) / 6 = 90\%$ (Hopewell et al., 2025; Moher et al., 2010).

La Tabla 3 resume las características metodológicas de los 6 artículos seleccionados por su relevancia y adecuación al tema investigado, evaluados conforme a los criterios del estándar CONSORT (2025). Este análisis proporciona una visión comparativa del rigor metodológico y la calidad del reporte en cada publicación, que permite examinar de forma detallada el nivel de cumplimiento en 15 componentes metodológicos fundamentales, tales como la claridad del título y resumen, la justificación teórica, el diseño del estudio, la caracterización de los participantes, la aleatorización, el cegamiento, el tamaño muestral, la intervención, los instrumentos de medición, el análisis estadístico, el flujo de participantes, los resultados, la discusión, el registro y los posibles conflictos de interés. Cada estudio fue valorado con una codificación estandarizada: el símbolo (+) indica que el componente fue completamente reportado (100%), (P) señala una presentación parcial o con limitaciones (50% a 85%) y (?) corresponde a la ausencia o deficiente presentación del ítem (0% a 25%). Esta metodología identificó de manera precisa las fortalezas y debilidades en la estructuración de cada artículo de investigación.

Entre los estudios analizados, destaca el estudio de MacPherson (MacPherson et al., 2021) con un cumplimiento CONSORT del 98%), debido a que cumple con la mayoría de los criterios como la claridad del título, ser un estudio ECA, métodos y tiempos de tratamiento. Mientras que Krause et al. (2021) y Van den Heuvel et al. (2023), ambos con un 96 % de cumplimiento, estos estudios presentan una alta calidad metodológica, evidenciada en la descripción detallada del diseño de investigación, el manejo adecuado de la muestra, el control estadístico y la transparencia en la presentación de resultados y fuentes de financiamiento. Le sigue O’Keeffe (2019) destaca por su sobresaliente nivel de cumplimiento, alcanzando un 93 % de los criterios establecidos, aunque se trató de un análisis secundario, su claridad y consistencia en aspectos como la intervención, el análisis estadístico y la discusión de resultados lo posicionan como el estudio mejor estructurado del grupo.

En contraste, Prerna G. et al. (2019) presenta el nivel más bajo de cumplimiento con un 70 %, este puntaje revela vacíos relevantes, especialmente en elementos clave como el cegamiento, el tamaño muestral y la declaración de conflictos de interés, estas debilidades metodológicas limitan la capacidad del lector para evaluar el riesgo de sesgo y cuestionan la confiabilidad de los resultados reportados.

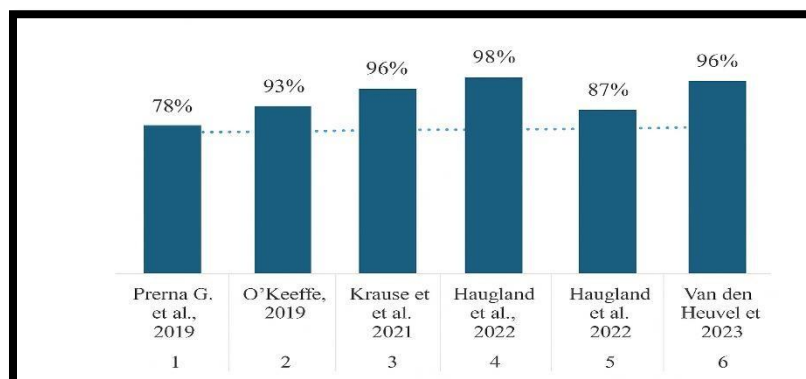
Una observación común a lo largo de los estudios es la presentación parcial o ausente de los componentes referidos a la asignación aleatoria y el cegamiento. Estos aspectos son imprescindibles en la prevención del sesgo y en la validación interna de los ensayos clínicos, por lo que su omisión o tratamiento insuficiente representa una debilidad metodológica recurrente. Asimismo, el componente del flujo de participantes, aunque presente en la mayoría de los estudios, no siempre es reportado con la claridad esperada, lo que impide seguir de manera transparente el recorrido de la muestra desde la selección hasta la conclusión del estudio.

En términos generales, el promedio de cumplimiento de los estudios en relación con los estándares CONSORT fue de 90%, un valor que sugiere un nivel aceptable de calidad metodológica. No obstante, este promedio también evidencia que existe un margen de mejora en aspectos relevantes de la investigación, particularmente en el control de sesgos y en la presentación completa del diseño experimental. La adopción estricta de los lineamientos continúa siendo una herramienta indispensable para garantizar la integridad de los ensayos clínicos, promoviendo una ciencia más transparente, reproducible y confiable.

En cuanto a los datos cuantitativos, se reportan tamaños del efecto, los porcentajes de cumplimiento significativo, representados en la figura 2. y valores que respaldan estadísticamente los resultados.

Figura 2

Datos cumplimiento CONSORT.



Nota. Los artículos se analizaron de acuerdo con las intervenciones y a la muestra estudiada, y se adaptó la información según los lineamientos de la Declaración CONSORT (Consolidated, Standards of Reporting Trials) evaluando la calidad metodológica de los estudios seleccionados de forma complementaria (Moher et al., 2010)

La figura 2 presenta los porcentajes de cumplimiento de la Guía CONSORT para los seis estudios primarios incluidos en la revisión sistemática, los valores oscilan entre un mínimo del 70% (Perna G. et al., 2019) y un máximo del 98% (MacPherson et al., 2021), con una tendencia ascendente general representada por una línea de regresión lineal que indica una mejora sostenida en la calidad de los reportes metodológicos.

Destacan especialmente los estudios de MacPherson et al. (2021), Van den Heuvel et al. (2023) y O’Keeffe (2019), con cumplimientos del 98% y 96% respectivamente, lo que sugiere una adherencia casi completa a los criterios internacionales de calidad en la presentación de ensayos clínicos. Estos resultados muestran un alto estándar en el diseño y reporte y una mayor confiabilidad en los efectos atribuidos a las intervenciones analizadas.

Por otro lado, el estudio de Perna G. et al. (2019), con el porcentaje más bajo de la muestra (70%), indica la existencia de omisiones o reportes parciales en aspectos críticos como la aleatorización o el tamaño muestral, lo cual podría afectar la interpretación rigurosa de sus resultados. Aun así, todos los estudios incluidos superan el umbral del 70%, lo que permite considerarlos como metodológicamente sólidos dentro del contexto de esta revisión.

En conjunto, en la figura 2 evidencia mediante la línea de tendencia, en donde el análisis sistemático al proporcionar evidencia visual clara sobre la calidad metodológica de los estudios, facilitando la explicación de las conclusiones sobre la efectividad de la Reestructuración Cognitiva en el tratamiento de la depresión en adolescentes. La uniformidad en altos porcentajes de cumplimiento CONSORT sustenta la validez y fiabilidad de sus resultados y dando información relevante para la propuesta más adelante.

4.1.2 Sistematización de los hallazgos de los ensayos clínicos aleatorizados de alta calidad sobre la efectividad de la Reestructuración Cognitiva en el manejo de la depresión en adolescentes.

El segundo objetivo de esta investigación fue sistematizar los hallazgos cuantitativos y cualitativos de estudios primarios de alta calidad sobre la efectividad de la Reestructuración

Cognitiva en el manejo de la depresión en adolescentes. Al reunir y organizar de manera estructurada los resultados provenientes de investigaciones rigurosas, este objetivo permite generar una visión integral y equilibrada sobre la efectividad de dicha intervención, considerando no solo los indicadores estadísticos de mejoría clínica, sino también las experiencias, percepciones y transformaciones vividas por los propios adolescentes. La tabla 4 presenta la síntesis de los elementos destacados para fortalecer la comprensión del fenómeno desde una perspectiva general, en la que los números se enriquecen con narrativas y los efectos clínicos se contextualizan en realidades humanas concretas.

Cada estudio se analiza según variables clave como el tamaño y características de la muestra, edad y distribución por sexo, tipo de intervención, duración del tratamiento, diseño metodológico, resultados obtenidos, estadísticas reportadas, y nivel de cumplimiento con los criterios metodológicos establecidos. Esta estructura permite identificar patrones comunes, fortalezas y diferencias entre enfoques, resaltando la diversidad de metodologías empleadas, ya sea desde estudios cualitativos- cuantitativos y mixtos, hasta ensayos clínicos aleatorizados, todos ellos orientados a evaluar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual especialmente la Reestructuración Cognitiva.

Tabla 4.

Descripción de los resultados.

Nro. Autor/objetivo de la investigación	Título	Método/ Muestra (N)/ Edad/Sexo	Diagnóstico y Síntoma	Intervención/Duración del tratamiento	Datos cuantitativos/Estadísticas	Resultados/cualitativos
1. Prerna G. et al. (2019) Evaluar componentes de TCC escolar en depresión juvenil	Análisis de los componentes de un tratamiento cognitivoconductual escolar para la depresión juvenil	Análisis secundario ECA 40 mujeres de 9-14 años de edad M=100 %	TDM Trastorno Depresivo/ no específica	Intervención grupal escolar basada en TCCReestructuración Cognitiva/Mediante el protocolo ACTION de Stark et al. /11 semanas/	Cabe señalar que 95 % de (M=17.5; DE;12.5) participantes completaron la intervención de TCC. Mejoraron parámetros de comportamiento ($r = .19$) y relacional ($r = .19$).	Componentes conductuales asociados con mejora; componentes cognitivos evidenciaron resultados limitados. Tratamiento ACCIÓN a las 20 sesiones se vieron resultados en el mejoran los síntomas de depresión juvenil de manera conjunta.
2. O’Keeffe et al. (2019) Evaluar las consecuencias clínicas a largo plazo de abandonar el tratamiento psicológico en adolescentes con depresión moderada a severa.	Implicaciones pronósticas de los adolescentes con depresión que abandonan el tratamiento psicológico durante un ensayo controlado aleatorizado	Ensayo clínico aleatorizado, 319 adolescentes 11–17 años M = 303 H= 103	Trastorno Depresivo Mayor/ la gravedad de los síntomas (incluida la depresión, la ansiedad, la obsesión, la autolesión, la toma de riesgos y la comorbilidad)	(IMPACT)- Reestructuración cognitiva. Terapia Basada en Problemas Interpersonales (BPI), Terapia Cognitivo Conductual (TCC), Psicoterapia Psicodinámica Breve (STPP) 6 meses de tratamiento + seguimiento hasta 86 semanas / intervención psicosocial breve en adolescentes con trastorno depresivo mayor unipolar.	(IMPACT)- Reestructuración cognitiva= No tiene relación significativa. MFQ abandonos 29.0 vs completadores 24.4 (36 semanas); STPP: abandonos 30.6 vs completadores 25.2; BPI: abandonos 23.5 vs completadores 25.1. OR para diagnóstico depresivo a las 36 semanas: 2.53 [1.17– 5.47]	A las 36 semanas, los que abandonaron y STPP mostraron síntomas depresivos más severos que los completadores. No hubo diferencias clínicas significativas en BPI. A las 86 semanas, las diferencias se redujeron y ya no fueron clínicamente significativas.

3. Krause et al. (2021) Analizar perspectivas de	Una cartografía exhaustiva de	ECA 102 adolescentes (11–17 años),	Trastorno Depresivo /	TCC- (IMPACT)- Reestructuración cognitiva: Respiración	82 % mejoraron TCC- (IMPACT)- Reestructuración cognitiva. El 64 %	En promedio, los participantes comentaron cambios en cuatro
adolescentes, padres y terapeutas sobre resultados de psicoterapia para depresión	los resultados tras la psicoterapia para la depresión adolescente: Las perspectivas de los jóvenes, sus padres y terapeutas	padres y terapeutas. M=61% H= 39%	Ira, agresión- ansiedad	diafragmática; registro de pensamientos BPI, STPP 6 meses / intervención psicosocial breve en adolescentes con trastorno depresivo mayor unipolar.	discutieron cambios en estado de ánimo y afecto; 64 % adolescentes mencionaron habilidades de afrontamiento; 50 % funcionamiento familiar; solo 3 % de estudios cuantitativos reportaron funcionamiento social.	dominios y seis categorías de resultados: síntomas, autogestión, funcionamiento, relaciones, crecimiento personal, bienestar de los jóvenes, bienestar y apoyo parental.
4. MacPherson et al. (2021) Evaluar impacto de supervisión parental en síntomas depresivos e ideas suicidas	La supervisión parental predice los resultados de los síntomas depresivos y las ideas suicidas en adolescentes que reciben tratamiento por consumo simultáneo de sustancias y trastornos psiquiátricos	Ensayo clínico aleatorizado (ECA). 111 adolescentes con comorbilidad SUD Media=15.73 H=64 (57.66%)	Trastorno Depresivo Mayor, los síntomas depresivos y la ideación suicida (IS)* síntomas depresivos y la incapacidad para dormir (SI)	Reestructuración Cognitiva/Terapia Cognitivo-Conductual Integrada (TCC-I) vs. Tratamiento Usual (TAU) 12 meses (evaluaciones en 0, 3, 6 y 12 meses).	Los síntomas depresivos y la SI mejoraron en 12 meses. El monitoreo parental alto predijo mejoría significativa en depresión (d=0.44) y SI (d=0.46). Roles familiares (d=0.47) y afecto (d=0.39) mejoraron con el tiempo. SI: d=0.92 (p<.001); Depresión: d=0.44; Roles familiares: d=0.47; Afecto: d=0.39; FAD roles [F=6.12, p=.015]; SIQ [F=23.60, p<.001]	Un mayor nivel de supervisión parental se relacionó con una notable reducción de los síntomas depresivos y de las ideas suicidas, ya que el acompañamiento cercano de los padres ayudó a que los adolescentes aprovecharan mejor la reestructuración cognitiva, aprendiendo a cambiar pensamientos negativos por otros más realistas y esperanzadores.

5. Haugland et al. (2022) Evaluar impacto de TCC en resultados de sueño en adolescentes con ansiedad	Efecto de la intervención temprana para la ansiedad sobre los resultados del sueño en adolescentes	Ensayo controlado aleatorizado 313 adolescentes 14 años M=84% H= 26%	TDM Trastorno Depresivo - Ansiedad/ Problema de sueño (insomnio)	Reestructuración Cognitiva. TCC grupal breve o estándar (GCBT) en horario escolar 12 meses.	Del total de adolescente, el 83.4 % completo el GCBT. La reducción de los síntomas depresivos atribuida a la reestructuración cognitiva esta entre el 25-30 %.	Ambas intervenciones han demostrado su eficacia para reducir los síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes, efectos sostenidos a 1 año.
6. Van den Heuvel et al. (2023) Comparar módulos y secuencias de TCC en prevención de depresión	Eficacia relativa de los componentes y la secuencia de la TCC en microtrial. la prevención de la depresión indicada en adolescentes	Ensayo clínico aleatorizado por conglomerados (cluster-RCT), depresivo 282 adolescentes Entre 11 y 18 años de edad (media aproximada de 13.8 años). Sexo: Mixto — alrededor del 56 % mujeres y 44 % varones.	trastorno depresivo mayor (TDM) o trastorno persistente (TGD)/	La Terapia CognitivoConductual (TCC) se dividió en cuatro módulos de tres sesiones de intervención y al Reestructuración cognitiva (Pensar). Activación conductual (Actuar). Resolución de problemas (Resolver) Relajación (Relajarse). Cada módulo de 3 sesiones grupales, 12 sesiones de 45–60 min (6 semanas aprox.), más seguimiento a 6 meses.	Reducción significativa de síntomas post intervención y a los 6 meses. Estudio con poder estadístico para detectar $d \geq 0.33$. No diferencias entre secuencias o módulos (todos $p > .05$).	Todos los grupos mostraron reducción significativa de síntomas depresivos tras la eficacia de seguimiento de 6 meses.

ECA: Ensayo clínico aleatorizado, TCC: Terapia cognitiva conductual, Protocolo ACTION. BPI: Terapia basada en problemas interpersonales. TDM Trastorno Depresivo Moderado. IMPACT: Mejorando el Estado de Ánimo con Terapias Psicoanalíticas y Cognitivas. SUD: Los trastornos por consumo de sustancias. FAD: Dispositivo de Evaluación Familiar. SI: Ideación Suicida. SIQ: Escala de Ideación Suicida. D: Tamaño del efecto TGD: trastorno depresivo persistente. TCC-I: Terapia cognitivo-conductual integrada. TAU: Tratamiento Usual. STPP: Psicoterapia psicodinámica breve. MFQ: Estado de Ánimo y Sentimientos. cluster-RCT: Ensayo clínico aleatorizado por conglomerados. GCBT: intervención grupal cognitivo-conductual breve o de duración estándar. WL: grupo control en lista de espera.

La Tabla 4 resume las características fundamentales de los 6 estudios primarios considerados de alta calidad metodológica, seleccionados para evaluar la efectividad de la Reestructuración Cognitiva como estrategia terapéutica en el manejo de la depresión en adolescentes. Por su parte, los aportes cualitativos complementan estas cifras al reflejar las experiencias subjetivas de los adolescentes y sus familias, aportando profundidad y conocimiento del contexto. La sistematización incluye una variedad de enfoques cuantitativos y cualitativos, aplicados a diferentes contextos clínicos y poblaciones, permitiendo su comprensión amplia, pues se detallan los resultados obtenidos mediante intervenciones de la Terapia Cognitivo Conductual, en formatos individuales, grupales e integrado con otras técnicas o manuales donde se aplica la RC.

Los estudios analizados abarcan muestras diversas en cuanto a edad (rango de 11 a 17 años), solo el estudio de Prerna G. et al. (2019) considera un rango de 9 a 17 años, sexo, comorbilidades y condiciones clínicas específicas. En cuanto al tipo de intervención, todos incluyen componentes de la Terapia Cognitivo Conductual, como la reestructuración cognitiva, no obstante, también algunos estudios analizan la TCC contrastada con otros tipos de intervención combinados con terapias basadas en problemas interpersonales o psicoterapia psicodinámica breve. Las duraciones de los tratamientos varían entre 6 semanas y 12 meses, esta diversidad temporal refleja el interés por medir tanto los efectos inmediatos como los sostenidos de las intervenciones.

Los diseños predominantes fueron los ECA y análisis secundarios de datos previamente recolectados. En términos de resultados, los hallazgos apuntan de manera consistente a mejoras en indicadores clave como el estado de ánimo, la regulación emocional, el funcionamiento familiar y social, el autoconcepto. Además, varios estudios exploran factores moderadores o predictivos de respuesta, como la supervisión parental (MacPherson et al., 2021), ampliando la comprensión del impacto terapéutico.

Los estudios también reportan evidencia estadísticamente en variables como síntomas depresivos, ideas suicidas, desempeño académico, roles familiares y afrontamiento emocional, con tamaños del efecto que van desde moderados hasta altos (por ejemplo, $d = 0.92$ para ideación suicida en el estudio de MacPherson). Las investigaciones cualitativas, como la de Krause et al. (2021), enriquecen el análisis con dimensiones subjetivas reportadas por

adolescentes, padres y terapeutas, destacando cambios en afecto, habilidades de afrontamiento y dinámicas familiares.

Los hallazgos reflejan mejoras significativas en múltiples dimensiones clínicas, como la reducción de síntomas depresivos, la mejora en el afrontamiento emocional, el fortalecimiento del autoconcepto, y el aumento en el funcionamiento ocupacional y familiar. Además, varios estudios destacan la influencia de factores moderadores como la edad, el monitoreo parental o la secuencia de intervención, lo que aporta una comprensión más matizada del fenómeno.

4.1.3 Beneficios y limitaciones de la Reestructuración Cognitiva frente a otras técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual, basándose en la evidencia recopilada en la revisión sistemática.

El tercer objetivo de esta investigación tiene como propósito comparar los beneficios y limitaciones de la Reestructuración Cognitiva frente a otras técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual, tomando como base la evidencia empírica sistematizada en los estudios primarios de alta calidad, analizado con anterioridad en la tabla 4. No obstante es importante contrastar estas técnicas de acuerdo a cada autor tal como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5.

Comparación de beneficios y limitaciones de la Reestructuración Cognitiva frente a otras técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual en adolescentes

Nro.	Autor / Año	Intervención principal	Técnicas incluidas	Beneficios específicos de la Reestructuración Cognitiva (RC)	Limitaciones frente a otras técnicas TCC
1	Perna G. et al. (2019)	TCC grupal escolar con Reestructuración Cognitiva (Protocolo ACTION)	Exposición conductual (escenarios ficticios)	Favorece el afrontamiento y regula emociones negativas.	En algunos casos la edad y madurez cognitiva limitada redujeron la eficacia; exposición mostró efectos más directos.
2	O’Keeffe et al. (2019)	Comparación: TCC+ Reestructuración Cognitiva (IMPACT)	Terapia interpersonal (BPI) + Psicodinámica breve (STPP)	Proporciona herramientas cognitivas para reinterpretar situaciones ansiógenas.	Difícil aislar el efecto de la Reestructuración Cognitiva; eficacia dependió de la adherencia al tratamiento.

3	Krause et al. (2021)	TCC con Reestructuración Cognitiva (IMPACT-Me e IMPACT- My)	Psicoeducación + Activación conductual + Resolución de problemas + Respiración	Brinda estructura para cuestionar pensamientos automáticos; mejora síntomas depresivos.	La eficacia de Reestructuración Cognitiva se diluye al estar combinada con múltiples técnicas; activación conductual tuvo efectos más inmediatos.
4	MacPherson et al. (2021)	Reestructuración Cognitiva (TCC-I)	Supervisión parental+ Regulación afectiva	Reestructuración Cognitiva redujo síntomas depresivos y suicidas al complementarse con control parental.	Reestructuración Cognitiva aislada no fue tan eficaz sin la implicación familiar; contexto parental determinante.
5	Haugland et al. (2022)	Reestructuración Cognitiva	TCC grupal escolar (breve y estándar + Exposición + Tareas para casa)	Mejóro la latencia del sueño y redujo insomnio mediante modificación cognitiva.	Las técnicas conductuales tuvieron mayor impacto directo en el sueño; Reestructuración Cognitiva fue más complementaria.
6	Van den Heuvel et al. (2023)	TCC modular Reestructuración Cognitiva (STARr)	Activación conductual + Relajación	Módulos con Reestructuración Cognitiva fueron eficaces al integrarse con otros componentes en prevención de depresión.	La secuenciación de técnicas no alteró resultados; Reestructuración Cognitiva no fue superior en todas las combinaciones.

Nota. Tomado de: Krause (2021), Fjermestad (2022), MacPherson (2021), Van den Heuvel (2023). Prerna G. (2019), Haugland (2022), O’Keeffe. ECA Ensayo clínico aleatorizado, TCC Terapia cognitiva conductual, Protocolo ACTION Stark (2024), BPI Terapia basada en problemas interpersonales, TDM Trastorno Depresivo Moderado, TGD= trastorno depresivo persistente, TCC-I Terapia Cognitivo-Conductual Integrada, TAU Tratamiento Usual, STPP Psicoterapia Psicodinámica Breve, MFQ Estado de Ánimo y Sentimientos, cluster-RCT Ensayo clínico aleatorizado por conglomerados, IMPACT (Dvortcsak & Ingersoll, 2024), GCBT intervención grupal cognitivo-conductual breve o de duración estándar, WL grupo control en lista de espera.

Esta comparación permite establecer el lugar que ocupa la Reestructuración Cognitiva dentro del repertorio terapéutico de la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento de la depresión en adolescentes. Si bien dicha técnica ha demostrado ser eficaz para identificar y modificar pensamientos disfuncionales, su impacto clínico puede variar en función del contexto, la edad del paciente, y su combinación con estrategias conductuales como la activación, la exposición o el entrenamiento en habilidades sociales. Analizar comparativamente estas intervenciones, a partir de datos concretos y resultados contrastados,

permitió comprender sus alcances, condiciones de efectividad, y posibles limitaciones, lo cual resulta importante para optimizar los programas terapéuticos dirigidos a la salud mental de los jóvenes con el diagnóstico de depresión.

4.2 Conclusiones

La presente investigación permitió realizar una evaluación sistemática que analizan el uso de la Reestructuración Cognitiva como técnica central en la Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de la depresión en adolescentes, se concluye:

En relación con el primer objetivo específico, se determinó que los estudios incluidos en esta revisión presentan una calidad metodológica alta, con un cumplimiento de la guía CONSORT que varió entre el 70% y el 98%, marcando una tendencia creciente hacia el rigor científico en las intervenciones psicológicas dirigidas a población adolescente. No obstante, también se identificaron limitaciones como la falta de reportes estandarizados en algunos estudios cualitativos y la presentación de muestras mixtas o contextos latinoamericanos.

Respecto al segundo objetivo, se sistematizaron hallazgos tanto cuantitativos como cualitativos que respaldan la eficacia de la Reestructuración Cognitiva en la reducción de síntomas depresivos, la mejora del autoconcepto, el fortalecimiento del afrontamiento emocional y la reducción de pensamientos negativos en adolescentes. Los datos mostraron efectos clínicamente significativos, sostenidos en el tiempo, y reforzados cuando las intervenciones integraron componentes familiares o estrategias de refuerzo conductual.

En cuanto al tercer objetivo, la comparación entre la Reestructuración Cognitiva y otras técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual permitió evidenciar que, si bien todas contribuyen a la mejora emocional, la Reestructuración Cognitiva se destaca por su impacto directo en la modificación de pensamientos disfuncionales, un factor importante en la depresión adolescente. Sin embargo, su efectividad aumenta cuando se combina con técnicas conductuales y el acompañamiento familiar, mostrando los beneficio del uso de varias estrategias.

Finalmente, con base en la evidencia sistematizada, se diseñó una propuesta de intervención estructurada y adaptable que integra 24 sesiones (18 individuales y 6 familiares), distribuidas en seis meses. Esta propuesta busca responder a las necesidades emocionales y

cognitivas de los adolescentes, promoviendo la sostenibilidad del cambio terapéutico y fortaleciendo los factores protectores familiares. La propuesta se alinea con los estudios mejor puntuados en la guía CONSORT, garantizando así su validez técnica y su potencial de replicabilidad.

4.3 Propuesta de un Plan de Intervención Basado en la Evidencia Sistematizada sobre la Reestructuración Cognitiva para el Abordaje de la Depresión en Adolescentes.

Nombre: “Programa de Intervención PENSARTE a través de la Reestructuración Cognitiva para Tratar la Depresión Adolescente con el Acompañamiento Familiar”

El programa de intervención se basa en los principios de la Terapia Cognitivo Conductual, incorporando la técnica de Reestructuración Cognitiva como eje principal, complementada con estrategias conductuales y emocionales probadas en estudios empíricos. Está dirigido a adolescentes con sintomatología depresiva moderada, y contempla sesiones con participación familiar en momentos clave del proceso.

Se implementará con un enfoque integral que abordará tanto al adolescente como a su núcleo familiar. Este modelo será adaptable en función de las necesidades individuales del paciente y del contexto familiar, garantizando flexibilidad sin perder la estructura metodológica esencial.

4.3.1 Objetivo general

Fortalecer el bienestar emocional de adolescentes con síntomas depresivos mediante un programa estructurado de intervención psicoterapéutica basado en la Reestructuración Cognitiva y técnicas complementarias de la Terapia Cognitivo Conductual, con participación familiar activa.

4.3.2 Objetivos específicos

- Promover la comprensión del rol familiar en el manejo de la depresión adolescente.
- Capacitar a los cuidadores en estrategias de apoyo emocional y supervisión positiva.
- Mejorar la comunicación intrafamiliar como factor protector.

- Favorecer el seguimiento y adherencia al tratamiento a través del involucramiento familiar.

4.3.3 Técnicas por sesión

El presente programa de intervención incorpora una serie de técnicas estructuradas por sesión, diseñadas específicamente para abordar la sintomatología depresiva en adolescentes desde una perspectiva cognitivo-conductual. Las sesiones se desarrollarán de forma semanal, con una duración estimada de 60 minutos cada una, combinando trabajo individual con el adolescente y trabajo familiar en etapas específicas.

La propuesta de intervención planteada establecerá una concordancia directa con los estudios primarios seleccionados, lo que validará la estructura técnica del programa y garantizarán su fundamentación en evidencia científica. En primer lugar, se retomarán los hallazgos de MacPherson et al. (2021), cuyo estudio alcanzó un 98 % de cumplimiento, destacando el impacto positivo de la supervisión parental en la disminución de síntomas depresivos e ideación suicida. En concordancia con ello, el programa incluirá sesiones específicas dirigidas a madres, padres o cuidadores, en las que se fortalecerán estrategias de acompañamiento, monitoreo afectivo y refuerzo de límites saludables. Estas sesiones permitirán replicar el enfoque familiar demostrado como eficaz en el estudio.

Asimismo, se integrarán principios del modelo modular flexible propuesto por Van den Heuvel et al. (2023) (96 % de cumplimiento), quien demostró que la combinación de módulos cognitivos y conductuales es eficaz en la prevención de la depresión en adolescentes. El presente programa adoptará este enfoque al distribuir progresivamente técnicas de Reestructuración Cognitiva, activación conductual, resolución de problemas y regulación emocional, favoreciendo una intervención adaptable y completa.

Por su parte, los aportes de O’Keeffe et al. (2019) (93 % de cumplimiento) evidenciaron que la deserción temprana de los adolescentes en tratamientos psicológicos puede acarrear consecuencias clínicas más graves. Ante ello, se incorporará una estrategia de fortalecimiento del vínculo terapéutico, combinada con tareas intersesión y participación familiar, con el fin de incrementar la adherencia al proceso y prevenir el abandono. Por ello, se diseñarán actividades que fomenten la autoestima, el pensamiento positivo y la autovaloración, integrando estas dimensiones de forma transversal a lo largo de las sesiones.

De este modo, la propuesta se alinearán coherentemente con los enfoques y resultados de los estudios mejor valorados en términos de calidad metodológica, lo cual fortalecerá su validez teórica y práctica, y aumentará su potencial de impacto en la salud mental de los adolescentes.

4.3.4 Población objetivo

Adolescentes entre 12 y 18 años con sintomatología depresiva leve a moderada, escolarizados, con disponibilidad para asistir a sesiones semanales, y que cuenten con al menos un adulto responsable dispuesto a participar en el proceso terapéutico.

4.3.5 Tiempo que se llevará el plan de intervención

El plan de intervención tendrá una duración total de 6 meses, lo que corresponde a aproximadamente 24 a 25 semanas calendario, dependiendo del calendario institucional y la continuidad del proceso terapéutico. Durante este período, se ejecutará un esquema de una sesión semanal, con una duración estándar de 60 minutos por sesión, manteniendo una frecuencia constante para asegurar la adherencia y progresión del tratamiento. En total, se programarán 24 sesiones, distribuidas de la siguiente manera:



- 18 sesiones individuales dirigidas exclusivamente al adolescente, centradas en el abordaje cognitivo-conductual y el desarrollo de habilidades emocionales y de afrontamiento.
- 6 sesiones familiares, intercaladas estratégicamente a lo largo del proceso, que permitirán el trabajo conjunto con al menos un cuidador responsable. Estas sesiones buscarán reforzar la participación familiar como un elemento clave en la prevención de recaídas y la sostenibilidad del cambio terapéutico.

El plan contemplará, además, la posibilidad de realizar un seguimiento posterior al finalizar las 24 sesiones, a modo de cierre evaluativo o sesión de refuerzo, según los requerimientos individuales del caso. Permitiendo un abordaje progresivo y estructurado, otorgando el tiempo necesario para que los adolescentes interioricen las herramientas terapéuticas y las integren en su vida cotidiana, al tiempo que se fortalece el acompañamiento familiar como factor protector esencial.

4.3.6 Cronograma del plan de intervención

El cronograma general incluirá también una fase previa de evaluación inicial y planificación (semana 0), así como una sesión final de cierre y retroalimentación, lo que asegurará una transición adecuada hacia la finalización del tratamiento o el seguimiento posterior. El siguiente diagrama de Gantt representa la planificación semanal del programa de intervención, distribuido en 24 semanas. Las sesiones individuales se indican en color amarillo, mientras que las sesiones familiares están representadas en color azul. Esta estructura busca asegurar una intervención equilibrada entre el trabajo personal del adolescente y la participación activa de su núcleo familiar

Semana 24	24	1	100%	
------------------	----	---	-------------	--

Nota. **Período resaltado:** 24 sesión /semanal  Individual  Intervención con padres de familia

4.3.7 Desarrollo de la propuesta

Semana 1: Psicoeducación sobre la depresión y la Terapia Cognitivo Conductual y la Restructuración Cognitiva.

- **Objetivo:** Brindar al adolescente información clara y comprensible sobre la depresión y el funcionamiento del tratamiento.
- **Técnica:** Psicoeducación individual y familiar.
- **Indicador:** Capacidad del adolescente para explicar qué es la depresión y qué espera del proceso.
- **Actividad en sesión:** Presentación visual a cerca de la depresión, diálogo guiado, ejemplos cotidianos en los pacientes ([Anexo 1-2](#)).

- **Actividad intersesión:** Ver video explicativo y comentarla la siguiente semana.
"¿Qué es la Terapia Cognitivo Conductual y cómo ayuda con la depresión?"

Canal: Psiquiatra Marina

Duración: 7:44 minutos

Enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=wUS6GkEpClw>

Semana 2: Registro de pensamientos automáticos

- **Objetivo:** Introducir el reconocimiento de pensamientos automáticos asociados a la depresión en los adolescentes
- **Técnica:** Registro cognitivo (terapia cognitivo-conductual)
- **Indicador:** Identificación de al menos tres pensamientos recurrentes relacionados con emociones negativas.
- **Actividad en sesión:** Aplicación de fichas de autoobservación (Anexo 3).
- **Actividad intersesión:** Llevar registro diario de pensamientos y emociones.

Semana 3: Identificación de distorsiones cognitivas

- **Objetivo:** Ayudar al adolescente a reconocer distorsiones cognitivas comunes.

- **Técnica:** Clasificación de distorsiones.
Indicador: Capacidad para identificar al menos dos distorsiones frecuentes en su pensamiento.
- **Actividad en sesión:** Análisis de ejemplos propios y externos.
- **Actividad intersesión:** Subrayar distorsiones en situaciones personales escritas.

Semana 4: Debate socrático y cuestionamiento de creencias

- **Objetivo:** Favorecer el análisis crítico de pensamientos desadaptativos.
- **Técnica:** Debate socrático.
- **Indicador:** Reformulación de al menos un pensamiento negativo por uno alternativo.
- **Actividad en sesión:** Roleplaying de pensamientos alternativos.
- **Actividad intersesión:** Practicar “diálogo interno racional” por medio de introspección e identificación de pensamientos ante situaciones adversas (Anexo).

Semana 5: Activación conductual

- **Objetivo:** Aumentar actividades placenteras y significativas que impacten en el estado de ánimo.
- **Técnica:** Programación de actividades agradables.
- **Indicador:** Realización de al menos una actividad nueva planificada durante la semana.
- **Actividad en sesión:** Elaboración de calendario semanal.
- **Actividad intersesión:** Cumplimiento de actividades programadas y autoevaluación.

Semana 6: Sesión familiar 1 – Introducción y rol de la familia

- **Objetivo:** Explicar el proceso terapéutico a los cuidadores y promover su participación activa.

-
- **Técnica:** Psicoeducación familiar.
- **Indicador:** Compromiso verbal del cuidador para asistir a futuras sesiones familiares.
- **Actividad en sesión:** Revisión del encuadre terapéutico y roles familiares.
- Se discuten brevemente los roles actuales dentro del núcleo familiar: autoridad, apoyo emocional, responsabilidades, entre otros.
- Se reflexiona sobre patrones de comunicación y apoyo que podrían estar afectando la relación con el adolescente.
- **Actividad intersesión:** Reflexionar sobre formas actuales de apoyo y cómo mejorarlas.

Semana 7: Entrenamiento en resolución de problemas

- **Objetivo:** Enseñar al adolescente a abordar situaciones problemáticas de forma estructurada.
- **Técnica:** Resolución de problemas en cinco pasos.
- **Indicador:** Aplicación de la técnica a una situación real.
- **Actividad en sesión:** Trabajo con ejemplo del adolescente.
- **Actividad intersesión:** Aplicar los pasos ante una dificultad concreta en casa o escuela.

Semana 8: Regulación emocional

- **Objetivo:** Desarrollar habilidades para reconocer, aceptar y regular emociones intensas.
- **Técnica:** Diario emocional y respiración consciente.
- **Indicador:** Registro de tres emociones intensas y estrategias aplicadas.
- **Actividad en sesión:** Roleplaying de situaciones con emoción intensa.
- **Actividad intersesión:** Practicar técnica de respiración ante frustración o tristeza.

relajación muscular progresiva jacobson

Semana 9: Sesión familiar 2 – Estilos de comunicación

- **Objetivo:** Identificar y mejorar los patrones comunicativos familiares.
- **Técnica:** Entrenamiento en comunicación asertiva.
- **Indicador:** Uso de frases “yo siento” por parte del adolescente y/o cuidador.
Actividad en sesión: Simulación de conflictos reiterados, acorde a las experiencias personales del paciente
- Actividad intersesión: Practicar escucha activa en casa y mejorar la comunicación en el hogar. Se pide a la familia que exponga una experiencia reciente de tensión o conflicto habitual (por ejemplo: uso del celular, horarios, tareas escolares, desobediencia, falta de tiempo).
- Se guía una representación breve donde los participantes repiten la escena tal como ocurrió (comunicación espontánea).
 - Luego se repite el ejercicio, esta vez aplicando la comunicación asertiva:
 - Uso de frases como:
 - “Yo siento que no me escuchan cuando hablo.”
 - “Yo me frustro cuando no hay acuerdos claros.”

Semana 10: Reestructuración cognitiva avanzada

- **Objetivo:** Consolidar la habilidad de modificar pensamientos negativos por interpretaciones más realistas.
- **Técnica:** Registro en columna triple (pensamiento – emoción – alternativa).
- **Indicador:** Reformulación exitosa de al menos dos pensamientos disfuncionales.
- **Actividad en sesión:** Análisis guiado de experiencias recientes con emociones intensas, identificando pensamientos irracionales que mantienen el malestar emocional del paciente, reconocer y corregir los patrones de pensamiento, guiar al paciente hacia una respuesta adecuada mediante la técnica antes mencionada.

-

- **Actividad intersesión:** Completar al menos dos registros en columna triple durante la semana (Ver anexo 6).

Semana 11: Identificación de valores y metas personales

- **Objetivo:** Ayudar al adolescente a conectar con propósitos vitales que refuercen la motivación, ante la depresión
- **Técnica:** Clarificación de valores.
- **Indicador:** Redacción de una meta a corto plazo alineada a sus valores personales.

•

Actividad en sesión: Ejercicio “lo que importa para mí”.

- **Actividad intersesión:** Elaborar un cartel o diario con valores personales.

Semana 12: Entrenamiento en habilidades sociales

- **Objetivo:** Potenciar la seguridad en la interacción con pares y figuras adultas.
- **Técnica:** Roleplaying y retroalimentación.
- **Indicador:** Participación en ejercicios de interacción social simulada.
- **Actividad en sesión:** Escenificación de una situación social temida.
- **Actividad intersesión:** Aplicar una habilidad social trabajada en una situación real.

Semana 13: Sesión familiar 3 – Manejo de conflictos cotidianos

- **Objetivo:** Enseñar a la familia estrategias de resolución constructiva de conflictos.
- **Técnica:** Mediación familiar guiada.
- **Indicador:** Identificación de al menos una estrategia de mejora mutua.
- **Actividad en sesión:** Dinámica de resolución en tríada (adolescente – cuidador – terapeuta).
- **Actividad intersesión:** Practicar una estrategia acordada durante la semana.

Semana 14: Técnicas de afrontamiento ante recaídas

- **Objetivo:** Prevenir recaídas reconociendo señales tempranas y generando planes de acción.
- **Técnica:** Mapa de recaída.
- **Indicador:** Elaboración de un plan personal de respuesta ante señales tempranas.
- **Actividad en sesión:** Identificación de “gatillos” y factores protectores.
- **Actividad intersesión:** Crear un recordatorio visual del plan de afrontamiento.

•

Semana 15: Fortalecimiento del autoconcepto

- **Objetivo:** Promover una imagen personal positiva y realista.
Técnica: Autorregistro de logros y cualidades.
- **Indicador:** Verbalización de al menos tres aspectos positivos propios.
- **Actividad en sesión:** Ejercicio “yo soy, yo puedo, yo valgo”.
- **Actividad intersesión:** Crear una lista o collage de fortalezas personales.

Semana 16: Entrenamiento en solución de dilemas morales

- **Objetivo:** Desarrollar pensamiento crítico y toma de decisiones con base ética.
- **Técnica:** Análisis de dilemas.
- **Indicador:** Participación reflexiva ante situaciones hipotéticas.
- **Actividad en sesión:** Debate de casos ficticios.
- **Actividad intersesión:** Reflexión escrita sobre una decisión tomada en la semana.

Semana 17: Sesión familiar 4 – Refuerzo positivo y comunicación afectiva

- **Objetivo:** Estimular el reconocimiento de logros y conductas positivas del adolescente.
- **Técnica:** Refuerzo verbal y elogio estructurado.
- **Indicador:** Expresión de al menos un refuerzo positivo por parte del cuidador.
- **Actividad en sesión:** Dinámica de elogios mutuos.
- **Actividad intersesión:** Realizar un “reto de refuerzo positivo” diario.

Semana 18: Consolidación de técnicas aprendidas

- **Objetivo:** Integrar las habilidades aprendidas a lo largo del proceso terapéutico.
- **Técnica:** Revisión y puesta en común.

- **Indicador:** Reconocimiento autónomo de técnicas útiles para el bienestar emocional.
- **Actividad en sesión:** Mapa de recursos personales y técnicas aprendidas.
- **Actividad intersesión:** Usar la técnica favorita en una situación real y registrar el resultado.

Semana 19: Identificación de logros personales

- **Objetivo:** Reconocer el progreso individual y aumentar la autoeficacia.
- **Técnica:** Línea de tiempo del cambio.
- **Indicador:** Verbalización de al menos dos avances terapéuticos.
- **Actividad en sesión:** Construcción gráfica de los logros.
- **Actividad intersesión:** Compartir logros con una persona significativa.

Semana 20: Sesión familiar 5 – Revisión conjunta de progresos

- **Objetivo:** Evaluar desde la perspectiva familiar el cambio observado en el adolescente.
- **Técnica:** Revisión narrativa compartida.
- **Indicador:** Identificación de logros y áreas por fortalecer por parte de la familia.
- **Actividad en sesión:** Diálogo abierto sobre avances y desafíos.
- **Actividad intersesión:** Escribir una carta de reconocimiento familiar.

Semana 21: Proyecto de continuidad y prevención de recaídas

- **Objetivo:** Planificar la aplicación futura de lo aprendido.
- **Técnica:** Plan de acción personal.
- **Indicador:** Elaboración de un documento con metas post-terapia.
- **Actividad en sesión:** Diseño del “manual de autocuidado”.

-

- **Actividad intersesión:** Revisión con la familia en casa del plan final.

Semana 22: Sesión familiar 6 – Cierre simbólico familiar

- **Objetivo:** Favorecer un cierre terapéutico emocionalmente significativo.
- **Técnica:** Ritual de cierre familiar.
- **Indicador:** Participación activa y verbalización de compromisos futuros.

- **Actividad en sesión:** Actividad simbólica de cierre (ej. carta, mural).

Actividad intersesión: Compartir en casa una actividad conmemorativa del proceso.

Semana 23: Cierre individual del proceso terapéutico

- **Objetivo:** Finalizar el vínculo terapéutico de manera estructurada y afirmativa.
- **Técnica:** Revisión del proceso y despedida.
- **Indicador:** Expresión de aprendizajes, logros y emociones vinculadas al proceso.
- **Actividad en sesión:** Conversación de despedida y entrega de retroalimentación.
- **Actividad intersesión:** Redactar una carta personal sobre el proceso vivido.

Semana 24: Evaluación final y seguimiento

- **Objetivo:** Evaluar el impacto del tratamiento y establecer lineamientos de seguimiento si es necesario.
- **Técnica:** Reevaluación con escalas e instrumentos aplicados al inicio.
- **Indicador:** Comparación entre línea base y resultados post-tratamiento.
- **Actividad en sesión:** Aplicación de instrumentos, conversación final.
- **Actividad intersesión:** Opcional: seguimiento mensual preventivo.

Recomendaciones

A partir de los hallazgos obtenidos en esta investigación, se establecen una serie de recomendaciones que orientarán futuras acciones tanto en el ámbito clínico como investigativo.

En primer lugar, se promueve la aplicación rigurosa de guías metodológicas reconocidas internacionalmente, como PRISMA y CONSORT, en los estudios que aborden intervenciones psicológicas en población adolescente. Esto contribuirá a fortalecer la calidad y la comparabilidad de las evidencias disponibles.

Asimismo, se incentiva la realización de investigaciones que incluyan muestras cultural y geográficamente diversas, especialmente en regiones como América Latina, donde el acceso a intervenciones basadas en evidencia aún es limitado.

En relación con los hallazgos sobre la efectividad de la Reestructuración Cognitiva, se recomienda su integración como técnica central en programas de salud mental dirigidos a adolescentes con sintomatología depresiva, tanto en entornos clínicos como educativos.

Además, se fomenta el diseño de estudios longitudinales que evalúen la sostenibilidad de sus efectos en el tiempo, con especial atención al seguimiento posterior a la intervención y la prevención de recaídas.

Respecto a la comparación con otras técnicas de la terapia cognitivo-conductual, se prioriza el desarrollo de intervenciones integrales que combinen la Reestructuración Cognitiva con estrategias conductuales complementarias, tales como la activación conductual, el entrenamiento en habilidades sociales y el trabajo con el entorno familiar.

En este sentido, se propone capacitar a los profesionales de salud mental en la aplicación flexible y contextualizada de diversas técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual, con el objetivo de personalizar el abordaje terapéutico según las necesidades específicas de cada adolescente.

Por último, en base a la propuesta estructurada de intervención diseñada en esta revisión, se impulsa su implementación piloto en centros educativos y unidades de salud mental, con un proceso continuo de evaluación y ajuste. Se contempla también la creación

de mecanismos de supervisión profesional y seguimiento terapéutico, que garanticen la calidad del proceso, el logro de los objetivos clínicos y el fortalecimiento de los factores protectores familiares. Estas recomendaciones, alineadas con la evidencia de alta calidad metodológica, permitirán avanzar hacia prácticas clínicas más eficaces, contextualizadas y sostenibles en el tratamiento de la depresión en adolescentes.

Referencias

- Abbott, C. H., Zisk, A., Bounoua, N., Diamond, G. S., & Kobak, R. (2019). Predicting Patterns of Treatment Response and Outcome for Adolescents Who Are Suicidal and Depressed. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(9), 897–906. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.12.013>
- Alayo, R. (2023). *Efectividad del enfoque cognitivo conductual para tratar la depresión en adolescentes en Latinoamérica 2011 - 2021: Una revisión sistemática*. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/114102>
- Almirallmed. (2019, febrero 13). *Primeros pasos de una búsqueda bibliográfica: pregunta PICO. ¿Qué es la pregunta PICO?* <https://atencionprimaria.almirallmed.es/blog/primeros-pasos-de-una-busquedabibliografica-pregunta-pico/>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Arora, P. G., Baker, C. N., Marchette, L. K., & Stark, K. D. (2019). Components Analyses of a School-Based Cognitive Behavioral Treatment for Youth Depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 48(sup1), S180–S193. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1280800>
- Beck, A. T. , D. A. C. (2018). *Manual práctico para la ansiedad y las preocupaciones: La solución cognitiva conductual, 2a edición* (2a edición). Desclée De Brouwer.
- Castro-Ochoa, F., & Moreta-Herrera, R. (2023). Expectativas hacia el alcohol, dificultades de regulación emocional y consumo de alcohol en adolescentes: modelo explicativo. *CES Psicología*, 16(2), 149–162. <https://doi.org/10.21615/cesp.6562>
- Coryell, W., & Zimmerman, M. (2025). *Depresión*. Manual MSD. <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-delestado-de-%C3%A1nimo/depresi%C3%B3n?rulerredirectid=755>

- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2005). The Developmental Epidemiology of Anxiety Disorders: Phenomenology, Prevalence, and Comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(4), 631–648. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2005.06.003>
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison with other Treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376–385. <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>
- Dean, J., & Keshavan, M. (2017). The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian Journal of Psychiatry*, 27, 101–111. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.01.025>
- Dobson, Deborah. , D. K. S. (2009). *Evidence-Based Practice of Cognitive-Behavioral Therapy* (The Guilford Press).
- Ezawa, I. D., Bartels, G. C., & Strunk, D. R. (2021). Getting down to business: an examination of occupational outcomes in cognitive behavioral therapy for depression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 50(6), 479–491. <https://doi.org/10.1080/16506073.2021.1875039>
- Ezawa, I. D., & Hollon, S. D. (2023). Cognitive restructuring and psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 60(3), 396–406. <https://doi.org/10.1037/pst0000474>
- Fandiño, R., & Rodríguez, V. (2021). *Ser adolescente ¿transición o destino?* Fundació per a la Universitat de Catalunya.
- Fernández-Altuna, M. D. los Á., Martínez del Prado, A., Arriarán Rodríguez, E., Gutiérrez Rayón, D., Toriz Castillo, H. A., & Lifshitz Guinzberg, A. (2016). Uso de los MeSH: una guía práctica. *Investigación en Educación Médica*, 5(20), 220–229. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.02.004>
- Fjermestad, K. W., Bellika, K., Matre, C., Silverman, W. K., & Wergeland, G. J. (2022). Age and depressive symptoms change predict the 4-year self-concept trajectory for youth

- after anxiety treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 78(11), 2109–2121.
<https://doi.org/10.1002/jclp.23427>
- Fonseca, E., Pérez-Albéniz, A., & Al-Halabí, S. (2022). Suicidal behavior in adolescents under review: fostering hope through action. *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers*, 43(3), 173. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3000>
- Freepink. (2024, julio 5). *La depresión del adolescente*.
https://www.freepik.es/vectorpremium/depresion-adolescente-firma-plantilla-infografia-vector-color-planoansiedad-adolescente-cartel-texto-diseno-concepto-pagina-ppt-personajes-dibujosanimados-visualizacion-creativa-datos-idea-banner-informacion_21604328.htm
- Garrido, S., Millington, C., Cheers, D., Boydell, K., Schubert, E., Meade, T., & Nguyen, Q. V. (2019). ¿Qué funciona y qué no? Una revisión sistemática de intervenciones digitales de salud mental para la depresión y la ansiedad en jóvenes. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00759>
- Gould, M. S., GREENBERG, T., VELTING, D. M., & SHAFFER, D. (2003). Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386–405. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF>
- Graupensperger, S., Benson, A. J., Kilmer, J. R., & Evans, M. B. (2020). Social (Un)distancing: Teammate Interactions, Athletic Identity, and Mental Health of StudentAthletes During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Adolescent Health*, 67(5), 662–670. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.08.001>
- Hafeman, D. M., Rooks, B., Merranko, J., Liao, F., Gill, M. K., Goldstein, T. R., Diler, R., Ryan, N., Goldstein, B. I., Axelson, D. A., Strober, M., Keller, M., Hunt, J., Hower, H., Weinstock, L. M., Yen, S., & Birmaher, B. (2020). Lithium Versus Other MoodStabilizing Medications in a Longitudinal Study of Youth Diagnosed With Bipolar Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(10), 1146–1155. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.06.013>

- Haugland, B. S. M., Hysing, M., Hoffart, A., Haaland, Å. T., Bjaastad, J. F., Wergeland, G. J., & Baste, V. (2022). Effect of early intervention for anxiety on sleep outcomes in adolescents: a randomized trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *31*(10), 1–15. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01795-6>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, *36*(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hopewell, S., Chan, A.-W., Collins, G. S., Hróbjartsson, A., Moher, D., Schulz, K. F., Tunn, R., Aggarwal, R., Berkwits, M., Berlin, J. A., Bhandari, N., Butcher, N. J., Campbell, M. K., Chidebe, R. C. W., Elbourne, D., Farmer, A., Fergusson, D. A., Golub, R. M., Goodman, S. N., ... Boutron, I. (2025). CONSORT 2025 statement: updated guideline for reporting randomised trials. *BMJ (Clinical research ed.)*, *389*, e081123. <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-081123>
- Idsoe, T., Keles, S., Olseth, A. R., & Ogden, T. (2019). Cognitive behavioral treatment for depressed adolescents: results from a cluster randomized controlled trial of a group course. *BMC Psychiatry*, *19*(1), 155. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2134-3>
- Insel, T. R., & Cuthbert, B. N. (2015). Brain disorders? Precisely. *Science*, *348*(6234), 499–500. <https://doi.org/10.1126/science.aab2358>
- Institute of Mental Health, N. (2024). *Depression*. www.nimh.nih.gov/SAD.
- Jacobson, N. S., M. C. R., and D. S. (2001). Behavioral Activation Treatment for Depression: Returning to Contextual Roots Jacobson-BA-for-depression-2001. En The Guilford Press (Ed.), *University of Washington*. The Guilford Press. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.3.255>
- Javaid, S. F., Hashim, I. J., Hashim, M. J., Stip, E., Samad, M. A., & Ahbabi, A. Al. (2023). Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. *Middle East Current Psychiatry*, *30*(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-003153>

- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., DE Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., DE Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Adley Tsang, C. H., Aguilar-Gaxiola, S., ... Ustün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 168–176. <https://www.scispace.com/pdf/lifetimeprevalence-and-age-of-onset-distributions-of-mental-5e2d5e3p6x.pdf>
- Klein Jesse. (2008). Review: Cognitive behavioural therapy for adolescents with depression. *Evidence Based Mental Health*, 11(3), 76–76. <https://doi.org/10.1136/ebmh.11.3.76>
- Krause, K., Midgley, N., Edbrooke-Childs, J., & Wolpert, M. (2021). A comprehensive mapping of outcomes following psychotherapy for adolescent depression: The perspectives of young people, their parents and therapists. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 30(11), 1779–1791. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-016488>
- Kryza, L. M., Kassel, M. T., Insel, P. S., Rhodes, E., Bickford, D., Burns, E., Butters, M. A., Tosun, D., Aisen, P., Raman, R., Saykin, A. J., Toga, A. W., Jack, C. R., Weiner, M. W., Nelson, C., & MacKin, R. S. (2024). Anxiety in late-life depression is associated with poorer performance across multiple cognitive domains. *Journal of the International Neuropsychological Society*. <https://doi.org/10.1017/S1355617724000262>
- Lewinsohn, P. M. , R. Paul. , S. J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18(7), 765–794. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00010-5](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00010-5)
- Lorenzo-Díaz, C. J., Díaz-Alfonzo, H., Dayami Carrete-Friol, Z., Hernández-Quñones, L. O., Barrios-Licor, R. A., Cuervo Rubio Pinar del Río Cuba, L., & Dorta, M. H. (2021). Efectividad de la terapia cognitivo conductual en el episodio depresivo. *Rev Ciencias Médicas*, 25(6), 5311. <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v25n6/1561-3194-rpr-25-06e5311.pdf>
- MacPherson, H. A., Wolff, J., Nestor, B., Frazier, E., Massing-Schaffer, M., Graves, H.,

- Esposito-Smythers, C., & Spirito, A. (2021). Parental Monitoring Predicts Depressive Symptom and Suicidal Ideation Outcomes in Adolescents Being Treated for CoOccurring Substance Use and Psychiatric Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 284, 190–198. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.021>
- Méndez, J., Sánchez-Hernández, Ó., Garber, J., Espada, J. P., & Orgilés, M. (2021). Psychological Treatments for Depression in Adolescents: More Than Three Decades Later. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4600. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094600>
- Méndez, N. (2022). Intervención cognitivo-conductual para un alto grado de malestar ante actividades laborales: un estudio de caso. *ACADEMO Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 10(1), 30–46. <https://doi.org/10.30545/academo.2023.ene-jun.4>
- Mohamed, A., & Mohammad, A. (2021). The Effectiveness of Cognitive Restructuring on Depression among University Students: Neo-CBT Case Study. *International Journal of Academic Research in Progressive Education and Development*, 10(4). <https://doi.org/10.6007/IJARPED/v10-i4/10559>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Moher, D., Schulz, K. F., & Altman, D. G. (2001). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *Lancet (London, England)*, 357(9263), 1191–1194. DOI: 10.1016/S0140-6736(00)04337-3
- Moher, D., Schulz, K. F., & Altman, D. G. (2010). CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*, 340(mar23 1), c332–c332. <https://doi.org/10.1136/bmj.c332>
- Navarrete-Chávez, F. B. (2025). Programa de Intervención Psicosocial para Abordar la Depresión en Adolescentes de una Institución Educativa Ecuatoriana. *Erevna Research*

- Reports*, 3(2), e2025006. <https://doi.org/10.70171/dqehfy17>
- Nestler, E. J., & Krishnan, V. (2008). The molecular neurobiology of depression. *Nature*, 455(7215), 894–902. <https://doi.org/10.1038/nature07455>
- Norris Lesley A., Rabner, J. C., Mennies, R. J., Olino, T. M., & Kendall, P. C. (2021). Increased self-reported reward responsiveness predicts better response to cognitive behavioral therapy for youth with anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 80. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102402>
- O’Keeffe, S. M. , M. P. , G. I. K. , K. R. , D. B. , & I. C. (2019). *Prognostic implications for adolescents with depression who drop out of psychological treatment during a randomized controlled trial*. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.05.024>
- Organización Mundial de la Salud. (2024, octubre 10). *La salud mental de los adolescentes*. La salud mental de los adolescentes: Datos y cifras. <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023, agosto 17). *Depresión: datos clave*. Depresión: Datos Clave. <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Oud, M., de Winter, L., Vermeulen-Smit, E., Bodden, D., Nauta, M., Stone, L., van den Heuvel, M., Taher, R. Al, de Graaf, I., Kendall, T., Engels, R., & Stikkelbroek, Y. (2019). Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *European Psychiatry*, 57, 33–45. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.12.008>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline

- for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Pot, A. M., Gallagher-Thompson, D., Xiao, L. D., Willemse, B. M., Rosier, I., Mehta, K. M., Zandi, D., & Dua, T. (2019). iSupport: a WHO global online intervention for informal caregivers of people with dementia. *World Psychiatry*, 18(3), 365–366. <https://doi.org/10.1002/wps.20684>
- Prado-Molina, D. G., Serna-Trejos, J. S., Correa-Martinez, V., & Flores-Álvarez, L. K. (2023). Trastornos depresivos en niños y adolescentes: enfoque epidemiológico actual. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 40(3). <https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n3a5>
- Prerna G., A., Courtney N., B., Lauren Krumholz Marchette, & Kevin D., S. (2019). Components Analyses of a School-Based Cognitive Behavioral Treatment for Youth Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(sup1), S180–S193. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1280800>
- Sandery, P., Baranoff, J., & Dorstyn, D. (2024). Third wave interventions for adolescents with mental health disorders: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 34, 100841. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100841>
- Santos, B., Pinho, L., Nogueira, M. J., Pires, R., Sequeira, C., & Montesó-Curto, P. (2024). Cognitive Restructuring during Depressive Symptoms: A Scoping Review. *Healthcare*, 12(13), 1292. <https://doi.org/10.3390/healthcare12131292>
- Susanti, D. P., Kusumaningrum, N. S. D., & Handayani, F. (2021). Terapia cognitivoconductual para reducir la depresión en pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular: una revisión de alcance. *Nurse and Health: Jurnal Keperawatan*, 10(1), 116–125. <https://doi.org/10.36720/nhjk.v10i1.234>
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379(9820), 1056–1067. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4)
- Thingbak, A., Wells, A., & O’Toole, M. S. (2024). Group metacognitive therapy for children and adolescents with anxiety and depression: A preliminary trial and test of proposed

- mechanisms. *Journal of Anxiety Disorders*, 107, 102926. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2024.102926>
- Topooco, N., Byléhn, S., Dahlström Nysäter, E., Holmlund, J., Lindegaard, J., Johansson, S., Åberg, L., Bergman Nordgren, L., Zetterqvist, M., & Andersson, G. (2019). Evaluating the Efficacy of Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy Blended With Synchronous Chat Sessions to Treat Adolescent Depression: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21(11), e13393. <https://doi.org/10.2196/13393>
- Twenge, J. M., Cooper, A. B., Joiner, T. E., Duffy, M. E., & Binau, S. G. (2019). Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005–2017. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(3), 185–199. <https://doi.org/10.1037/abn0000410>
- Van den Heuvel, M. W. H., Bouden, D. H. M., Smit, F., Stikkelbroek, Y., Weisz, J. R., Moerbeek, M., & Engels, R. C. M. E. (2023). Relative Effectiveness of CBT Components and Sequencing in Indicated Depression Prevention for Adolescents: A Cluster-Randomized Microtrial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 52(4), 503–518. <https://doi.org/10.1080/15374416.2021.1978296>
- Vargas Rojas, J. (2023). La Aplicación de la reestructuración cognitiva en un proceso de psicoterapia breve desde el modelo cognitivo de Beck, en una paciente con trastorno de ansiedad relacionado al rol de cuidador principal de una persona con esquizofrenia. *Revista Fidéлитas* 2023 Volumen 4 Número 1, 4(1), 1–9. <https://doi.org/10.46450/revistafidelitas.v4i1.57>
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., Jensen-Doss, A., Hawley, K. M., Krumholz Marchette, L. S., Chu, B. C., Weersing, V. R., & Fordwood, S. R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist*, 72(2), 79–117. <https://doi.org/10.1037/a0040360>
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders*

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254610/WHOMSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>

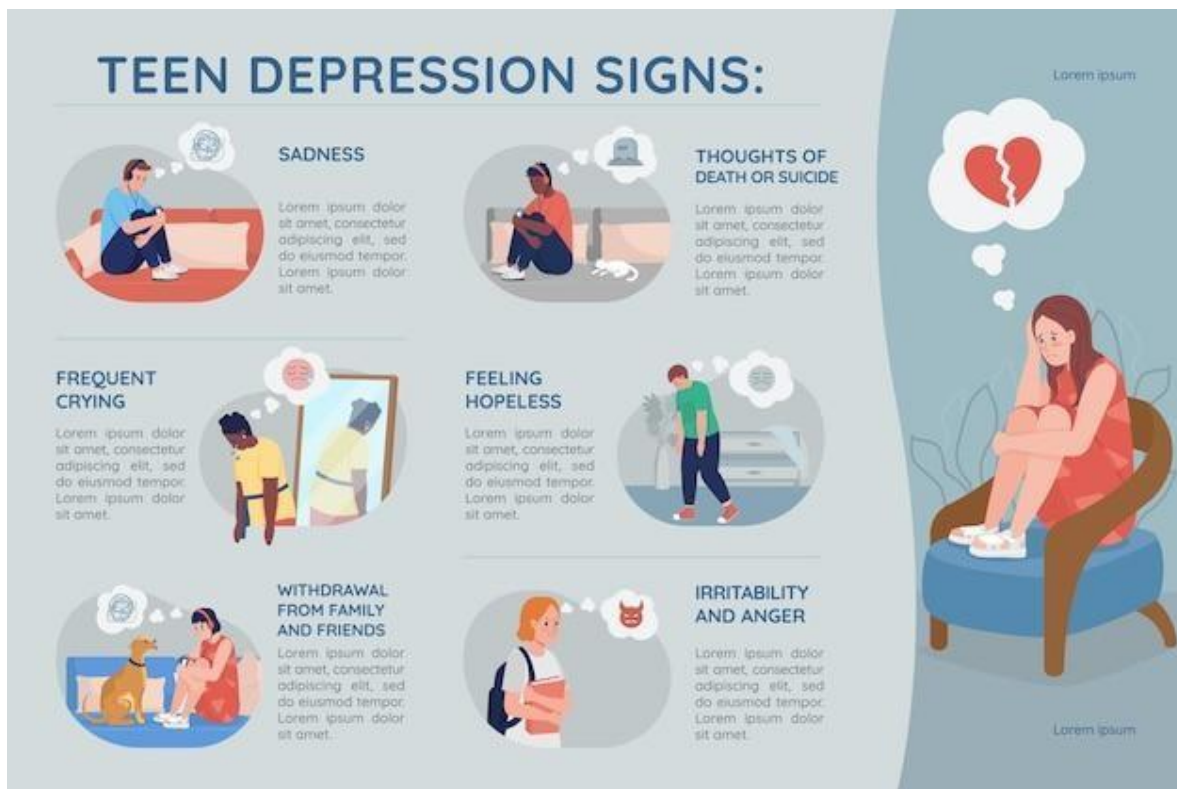
Anexos

Instrumentos de Evaluación Cualitativa

Anexo 1. Presentación visual a cerca de la depresión

Figura 3.

Presentación visual a cerca de la depresion



Nota. Tomado de Freepink (2024).

Anexo 2. Diálogo guiado (ejemplo práctico)

Psicóloga: Cuéntame, ¿qué pensaste esta mañana al despertar?

Paciente:

Psicóloga: ¿Ese pensamiento te ayudó o te hizo sentir peor?

Paciente:

Psicóloga: ¿Podríamos probar con una idea alternativa más realista? Algo como:
“Aunque no tenga ganas, levantarme puede ayudarme a sentirme un poco mejor.”

Este tipo de diálogo refleja cómo la Terapia Cognitivo Conductual guía al paciente a identificar pensamientos automáticos negativos, evaluarlos críticamente, y reemplazarlos por pensamientos más útiles o funcionales.

Anexo 3. Diálogo guiado (ejemplo práctico)- Pensamiento Automático

Tabla 7. Diálogo guiado (ejemplo práctico)- Pensamiento Automático

Situación	Pensamiento Automático	Emoción (1–10)	Alternativa Racional / Realista
Ej. Me dejaron en visto en WhatsApp	“No le importo a nadie”	Tristeza (7)	“Tal vez está ocupado, no significa que no le importe”

Nota. basada en Beck (2018) y Young (2014).

Anexo 4. Desarrollo del diálogo socrático (simulación de ejemplo):

Pensamiento inicial: “Soy un fracaso porque no terminé mi tarea.”

Terapeuta (con preguntas socráticas):

- ¿Qué significa para ti “fracasar”?
- ¿Conoces a alguien que haya fallado en algo y aún así haya logrado sus metas?
- ¿Terminar una tarea es la única medida para saber si alguien vale?
- ¿Qué otras razones podrían haber influido en que no terminaras la tarea?
- ¿Qué podrías hacer diferente la próxima vez?

Anexo 5. Guía de Entrevista Semiestructurada (Adolescente)

Objetivo: Explorar la percepción del adolescente sobre su proceso terapéutico, el cambio emocional y cognitivo percibido, y la utilidad del programa de intervención.

Preguntas orientadoras:

1. ¿Cómo te sentías antes de comenzar este proceso terapéutico?
2. ¿Qué cambios has notado en ti desde que empezaste las sesiones?
3. ¿Cuál de las técnicas o actividades crees que te ayudó más? ¿Por qué?
4. ¿Hubo algún momento o ejercicio que te haya resultado difícil o incómodo?
5. ¿Cómo describirías tu relación con el terapeuta durante el proceso?
6. ¿Ha cambiado en algo la relación con tu familia desde que comenzaste la intervención?
7. ¿Qué aprendiste de ti mismo o de tu forma de pensar durante este proceso?
8. ¿Cómo te sientes ahora respecto a los problemas que tenías al inicio?
9. ¿Recomendarías este tipo de programa a otros adolescentes? ¿Por qué?
10. ¿Hay algo que te gustaría decir o sugerir sobre el programa?

Anexo 6. Diario Reflexivo Semanal – Ejemplo

Semana: XX

Fecha: xx

Sesión N.º: x

1. ¿Cómo me sentí esta semana?.
2. ¿Qué aprendí en la sesión?
3. ¿Qué apliqué fuera de la sesión?
4. ¿Qué me gustaría seguir trabajando?

Anexo 7. Modelo de ficha – Registro en columna triple

Actividad en sesión (terapia guiada)

- **Fase 1 – Activación emocional:**
- El terapeuta invita al paciente a recordar una **experiencia reciente con una emoción intensa** (tristeza, enojo, frustración, miedo, etc.).
- **Fase 2 – Identificación cognitiva:**

- Se guía al paciente para identificar el **pensamiento automático asociado** y la emoción que lo acompaña.
- Se explora si este pensamiento cae en alguna **distorsión cognitiva**: catastrofismo, pensamiento polarizado, lectura mental, etc.
- **Fase 3 – Reestructuración:**
- Se emplea el formato de columna triple para registrar:
 1. Pensamiento automático
 2. Emoción (intensidad del 1 al 10)
 3. Alternativa racional o respuesta realista
- **Fase 4 – Reflexión:**
- El paciente evalúa si la nueva interpretación genera un descenso en la intensidad emocional negativa o le permite actuar con mayor autocontrol o flexibilidad cognitiva.

Tabla 8. Modelo de ficha – Registro en columna triple

Pensamiento Automático	Emoción e Intensidad (1–10)	Alternativa Racional / Interpretación Realista
“Voy a fallar en todo”	Ansiedad (8)	“Estoy nervioso, pero ya me he preparado y puedo hacerlo bien”
“A nadie le importo”	Tristeza (7)	“Hay personas que sí me valoran, aunque no siempre lo demuestren como espero”