



FACULTAD DE PSICOLOGIA

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA UN ADULTO CON DEPRESIÓN

Línea de investigación:

Salud Mental

Trabajo académico para optar el Título de Segunda Especialidad
Profesional en Terapia Cognitivo Conductual

Autora:

Taira Oshiro, Stephanie Chiemy

Asesor:

Venegas Dioses, Hugo

ORCID: 0000-0002-4522-4097

Jurado:

Mendoza Huamán, Vicente

Del Rosario Pacherras, Orlando

Cirilo Acero, Ingrid

Lima - Perú

2022

Referencia:

Taira, O. (2022). *Terapia cognitivo conductual para un adulto con depresión* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5966>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA UN ADULTO CON DEPRESIÓN

Línea de investigación: Salud Mental

Trabajo académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Terapia

Cognitivo Conductual

Autora

Taira Oshiro, Stephanie Chiemy

Asesor

Venegas Dioses, Hugo

ORCID: 0000-0002-4522-4097

Jurado

Mendoza Huamán, Vicente

Del Rosario Pacherres, Orlando

Cirilo Acero, Ingrid

Lima – Perú

2022

Dedicatoria

A Dios por todas las oportunidades en mi vida.

A mis padres por ser mis ejemplos, enseñándome acerca de la constancia y disciplina.

A mi hermana por ser mi mejor compañera.

A mi esposo por su apoyo incondicional.

Agradecimiento

A Dios, a mi familia y a mis amistades, por todo el apoyo incondicional que me brindan día a día.

A la Universidad Nacional Federico Villarreal por brindarme el conocimiento necesario a través de los excelentes docentes.

Índice

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice.....	iv
Lista de Tablas.....	vii
Lista de Figuras.....	viii
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
I. Introducción.....	1
1.1. Descripción del problema.....	2
1.2. Antecedentes.....	3
1.2.1. Antecedentes nacionales.....	4
1.2.2. Antecedentes internacionales.....	6
1.2.3. Fundamentación teórica.....	9
1.3. Objetivos.....	15
1.3.1. Objetivo general.....	15
1.3.2. Objetivos específicos.....	16
1.4. Justificación.....	16
1.5. Impactos esperados del trabajo académico.....	17

II. Metodología	18
2.1. Tipo y diseño de investigación	18
2.2. Ámbito temporal y espacial	18
2.3. Variables de investigación	19
2.3.1. Variable dependiente	19
2.3.2. Variable independiente	19
2.4. Participante	19
2.5. Técnicas e instrumentos	19
2.5.1. Técnicas	19
2.5.2. Instrumentos.....	22
2.5.3. Evaluación psicológica	26
2.5.4. Evaluación psicométrica	38
2.5.5. Informe psicológico integrador.....	50
2.6. Intervención	55
2.6.1. Plan de intervención y calendarización.....	55
2.6.2. Programa de intervención	56
2.7. Procedimiento	97

2.8. Consideraciones éticas	98
III. Resultados	99
3.1. Análisis de resultados	99
3.2. Discusión de resultados.....	101
3.3. Seguimiento	102
IV. Conclusiones.....	103
V. Recomendaciones.....	104
VI. Referencias	
VII. Anexos	

Lista de Tablas

Tabla 1. <i>Datos familiares del examinado</i>	37
Tabla 2. <i>Linea base – Registro semanal de pensamientos negativos</i>	38
Tabla 3. <i>Linea base – Registro semanal de emociones negativas</i>	39
Tabla 4. <i>Linea base - Registro semanal de conductas desadaptativas</i>	39
Tabla 5. <i>Resultados del inventario de depresión de Beck</i>	40
Tabla 6. <i>Resultados del cuestionario de personalidad de Eysenck (CPE)</i>	42
Tabla 7. <i>Resultados del inventario clínico multiaxial de personalidad de Millon</i>	44
Tabla 8. <i>Resultados del registro de opiniones – forma A (Adaptado)</i>	46
Tabla 9. <i>Resultados de la escala de autoestima de Rosemberg</i>	48
Tabla 10. <i>Diagnóstico funcional de la conducta</i>	533
Tabla 11. <i>Análisis funcional de la conducta</i>	544
Tabla 12. <i>Plan de evaluación e intervención</i>	55

Lista de Figuras

Figura 1. <i>Ficha de psicoeducación sobre la depresión</i>	57
Figura 2. <i>Factores biológicos y psicosociales de la depresión</i>	59
Figura 3. <i>Ficha de psicoeducación sobre las causas de la depresión</i>	59
Figura 4. <i>Ficha de psicoeducación sobre programación de actividades graduales</i>	60
Figura 5. <i>Ficha de registro conductual “Ampliando la vista”</i>	61
Figura 6. <i>Ficha de psicoeducación sobre programación de actividades</i>	62
Figura 7. <i>Ficha de registro sobre programación de actividades</i>	65
Figura 8. <i>Ficha de trabajo: menú de actividades</i>	67
Figura 9. <i>Ficha de registro de actividades</i>	68
Figura 10. <i>Ficha de psicoeducación sobre signos y síntomas de la depresión</i>	70
Figura 11. <i>Ficha de psicoeducación sobre pensamientos razonables y no razonables</i>	72
Figura 12. <i>Ficha de psicoeducación sobre los componentes personales</i>	73
Figura 13. <i>Ficha de autoregistro: situación-pensamiento-emoción-conducta</i>	74
Figura 14. <i>Ficha de reestructuración cognitiva: descubrimiento guiado</i>	76
Figura 15. <i>Ficha de autoregistro: respuesta racional y resultado</i>	78
Figura 16. <i>Cuadro de técnica de las tres columnas</i>	78
Figura 17. <i>Ficha de trabajo: generar pensamientos alternativos</i>	79
Figura 18. <i>Fichas de trabajo: técnica de reatribución</i>	81
Figura 19. <i>Ficha de trabajo: gráfico de la torta</i>	82
Figura 20. <i>Tarjeta de autodiálogo</i>	83
Figura 21. <i>Ficha de técnica de autoinstrucciones</i>	84
Figura 22. <i>Pasos del proceso de solución de problemas</i>	85
Figura 23. <i>Ficha de trabajo: proceso de solución de problemas</i>	85

Figura 24. Cuadro de solución de problemas	86
Figura 25. Ficha de psicoeducación en habilidades sociales.....	88
Figura 26. Ficha de habilidades sociales - gestos	88
Figura 27. Estilos de comunicación	89
Figura 28. Ficha de habilidades sociales – cosas positivas	89
Figura 29. Ficha de habilidades sociales – escucha activa.....	90
Figura 30. Ficha de habilidades sociales – interés por los demás	90
Figura 31. Ficha de psicoeducación de la autoestima.....	91
Figura 32. Cuadro de reestructuración cognitiva.....	92
Figura 33. Registro de frecuencia de pensamientos pre y pos-test.....	99
Figura 34. Registro de intensidad de las emociones negativas pre y pos-test.....	99
Figura 35. Registro de conductas desadaptativas pre y pos-test	100
Figura 36. Puntajes en los niveles de depresión según el BDI en el pre-test y pos-test	100
Figura 37. Puntajes en los niveles de autoestima en el pre-test y pos-test	101

Resumen

Se presenta un estudio de caso donde se aplica un programa de terapia cognitivo conductual a un adulto de 23 años de edad con depresión moderada. Los instrumentos y técnicas de evaluación utilizadas fueron la observación de la conducta, la entrevista clínica, los registros de conductas, pensamientos y emociones; la Escala de Depresión de Beck, el Inventario de Personalidad de Eysenck, el Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon, el Registro de Opiniones (Forma A) y la Escala de Autoestima de Rosemberg. Asimismo, el Programa de Terapia Cognitivo Conductual contó con el desarrollo de técnicas como la psicoeducación, la programación de actividades, técnicas de respiración, autorregistros, Reestructuración cognitiva, descubrimiento guiado, técnica de las tres columnas, técnica de reatribución, entrenamiento en autoinstrucciones, terapia de solución de problemas y habilidades sociales (comunicación positiva y autoestima). Se trabajó en base a un tipo de investigación aplicada, con diseño A-B. Los resultados dan a conocer una disminución de la sintomatología depresiva en el usuario, incluyendo los pensamientos, emociones y conductas negativas; al finalizar la fase de tratamiento se confirma la eficacia de las técnicas empleadas según el modelo cognitivo conductual para la depresión.

Palabras clave: depresión, terapia cognitivo conductual, adulto

Abstract

A case study is presented where a cognitive behavioral therapy program is applied to a 23-year-old adult with moderate depression. The instruments and evaluation techniques used were observation of behavior, clinical interview, records of behaviors, thoughts and emotions; the Beck Depression Scale, the Eysenck Personality Inventory, the Millon Clinical Multiaxial Personality Inventory, the Opinion Registry (Form A) and the Rosenberg Self-Esteem Scale. Likewise, the Cognitive Behavioral Therapy Program included the development of techniques such as psychoeducation, activity programming, breathing techniques, self-registration, cognitive restructuring, guided discovery, three-column technique, reattribution technique, training in self-instruction, problem-solving therapy and social skills (positive communication and self-esteem). The work was based on a type of applied research, with A – B design. The results reveal a decrease in depressive symptoms in the user, including negative thoughts, emotions and behaviors; At the end of the treatment phase, the efficacy of the techniques used according to the cognitive behavioral model for depression is confirmed.

Keywords: depression, cognitive behavioral therapy, adult

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (2017) refiere que la depresión es una de las enfermedades más frecuentes alrededor del mundo, lo que ha llegado a convertirse en un serio problema de salud, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluyendo un 5% de adultos.

Por otra parte, según el Ministerio de Salud del Perú (2020) se evidencian las brechas en el acceso a los servicios de salud mental, que oscilan entre 69% en Lima Metropolitana y el Callao, y 93,2% en Lima rural. Además, las personas que sí pueden acceder a estos servicios no tienen asegurado el tratamiento, recuperación y continuidad de cuidados a lo largo del curso de vida. Estas brechas superan el promedio estimado para América Latina y el Caribe, siendo su existencia un indicador de desprotección en salud mental.

Por todo ello, la importancia de la atención en casos de depresión depende tanto de los sistemas organizados de salud y de la sociedad en sí misma, ya que la persona que padece de depresión, sufre además de un estigma social y un rechazo, donde aún la salud mental y su debida atención no es bien comprendida, generando así una barrera. Por ello, a pesar de la existencia de tratamientos, la mayoría de la población no acude en busca de ayuda profesional, siendo aún un desafío para quienes trabajamos en salud mental.

Para lograr contrarrestar dicha problemática, resulta imprescindible reforzar los sistemas de salud y la preparación de profesionales con competencias para dispensar adecuadamente estos servicios, desarrollando enfoques y modelos de terapia basados en la evidencia. Por ello la importancia de intervenir con un modelo cognitivo conductual en un caso de depresión para un adulto, que por diversos factores estresantes como la pandemia por Covid 19, la inestabilidad laboral y las brechas de salud, además de factores personales y predisponentes; han generado que padezca un episodio depresivo.

El objetivo de este estudio es evidenciar la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual en un caso de depresión, logrando reducir la sintomatología depresiva manifestada en pensamientos negativos, conductas desadaptativas y mejorando los recursos de afrontamiento del paciente; generando así un bienestar general.

En la estructura del presente caso, se considera el primer apartado donde se describe el problema, así como los antecedentes nacionales e internacionales de estudios relacionados a la depresión. Seguido de la descripción teórica de las variables, modelos teóricos de la depresión y de la terapia cognitivo conductual.

En el apartado dos, se presenta el diseño A-B. Asimismo, se describen las técnicas, instrumentos y evaluación psicológica a través de un informe integrado; seguido de un plan y programa de intervención.

En el apartado tres, se analizan y discuten los resultados obtenidos en el caso, además de describir el seguimiento del mismo.

En los últimos apartados, se plantean las conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos.

1.1. Descripción del problema

A nivel mundial, 280 millones de personas aproximadamente padecen de depresión; causando grandes repercusiones en la persona afectada, alterando su vida personal, familiar, social, laboral y en el peor de los casos conllevándolo al suicidio. Cada año se suicidan más de 700 000 personas, siendo la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años y la depresión un factor mayormente desencadenante. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

Asimismo, según Morales (2017), quien es representante de la Organización Panamericana de la Salud en Cuba, manifiesta que la depresión afecta a más de 50 millones de personas en todo el mundo, sin distinguir en edades ni condiciones sociales; provocando en las

personas que lo padecen dificultades significativas en su bienestar personal, social y familiar; repercutiendo así en la economía social y la salud pública de la población de cada país.

Según datos recientes del Ministerio de Salud del Perú (2020) se estima que el 20% de la población adulta y adulta mayor padece de un trastorno mental, especialmente depresión, dadas a conocer por una encuesta de salud mental durante la pandemia por COVID-19 realizada a 58,349 participantes en donde se muestra que el 28.5% de todos los encuestados refirieron presentar sintomatología depresiva. De este grupo, el 41% de los encuestados presentaron sintomatología asociada a depresión moderada a severa y el 12.8% refirió ideación suicida. Las mujeres reportaron sintomatología depresiva en el 30.8% de los casos y en los hombres el 23.4%. El grupo etario con mayor afectación depresiva fue el de 18 -24 años.

Según el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (2018) en sus estudios epidemiológicos presentan que el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida; siendo la prevalencia de depresión en Lima Metropolitana de 18,2%, en la sierra peruana de 16,2% y en la Selva de 21,4%. La depresión y otras enfermedades mentales no atendidas, así como el alto nivel de sentimientos negativos dan como resultado que en un mes 1 % de las personas de Lima Metropolitana, 0,7% en la sierra y 0,6% en la selva presenten intentos suicidas. Por ello, de enero a mayo del 2021, el MINSA ha atendido más de 77 mil casos de depresión a nivel nacional.

1.2. Antecedentes

A lo largo del tiempo, tanto a nivel nacional como internacional, se han llevado a cabo estudios que muestran la eficacia de las intervenciones cognitivo conductuales en usuarios con sintomatología depresiva.

1.2.1. Antecedentes nacionales

Lanza (2018) desarrolló una investigación que tuvo como principal objetivo determinar la eficacia de la terapia cognitiva conductual en la disminución de la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, durante los meses de marzo a mayo del año 2017. El diseño del presente estudio fue de tipo experimental y corte transversal, manipulando la variable independiente, siendo la terapia cognitivo conductual y midiendo el efecto de la variable dependiente, la depresión; la población donde se aplicó el programa de terapia cognitivo conductual fue de 40 pacientes del servicio de medicina interna, entre hombres y mujeres (20 pacientes del grupo de control y 20 pacientes del grupo experimental). El instrumento utilizado para valorar los síntomas depresivos fue la escala de depresión geriátrica de Yesavage, realizada al inicio y al final de la investigación para la medición de los resultados. Los datos obtenidos fueron favorables para los pacientes a los cuales se les aplicó el programa de terapia cognitivo conductual, logrando la disminución de la sintomatología depresiva de un 9.3 a un 6.6. en la escala de medición.

Flores (2019) realizó un estudio clínico donde el objetivo fue determinar la eficacia de un programa de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión. Dicho estudio se llevó a cabo con una adolescente con el diagnóstico de depresión leve. El diseño fue experimental, desarrollando el modelo cognitivo conductual en 14 sesiones terapéuticas. Se utilizaron como instrumentos de medición la Lista de chequeo de ansiedad en niños, el Cuestionario de depresión infantil, el Inventario clínico multiaxial para adolescentes (MACI) y la Escala de inteligencia de Weschler para niños (WISC-R). Se trabajaron técnicas de relajación, modificación de pensamiento y entrenamiento en comunicación asertiva y solución

de problemas. Al finalizar las sesiones de intervención, se logró una mejoría a nivel afectivo, cognitivo y conductual en la adolescente.

Calderón (2020) presenta el estudio de un caso clínico donde desarrolla una intervención cognitivo conductual en una mujer adulta con depresión, el objetivo de la investigación es demostrar que a través de la aplicación de la terapia cognitivo conductual se disminuyen los síntomas y signos de la depresión, favoreciendo un desarrollo adaptativo en la vida de la usuaria. El tipo de investigación fue aplicada, con diseño de caso único, siendo bicondicional ABA. Los instrumentos y técnicas utilizadas para la evaluación fueron la observación y entrevista psicológica, el Inventario de Depresión de Beck, el Cuestionario de Personalidad de Eysenck y el Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon. La aplicación de la terapia cognitiva conductual se dio a través de técnicas como la psicoeducación, relajación, autoinstrucciones, entrenamiento en solución de problemas y reestructuración cognitiva. Los resultados logrados fueron favorables debido a que se evidenció la disminución de la sintomatología depresiva en la usuaria.

Romero (2006) llevó a cabo un estudio de caso para demostrar la efectividad del modelo de intervención que ofrece la terapia cognitivo conductual en el alivio de los síntomas cognitivos, afectivos y conductuales asociados a la depresión en una paciente adulta mayor de 84 años de edad. Se realizó bajo un diseño A-B-A, que permitió la evaluación inicial, el desarrollo de las estrategias de intervención, y luego una fase de post - evaluación y seguimiento del caso. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Personalidad de Eysenck, la Escala de Depresión de Yesavage, el Inventario de Ansiedad de Beck, la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS), el Cuestionario de Pensamientos Automáticos y los autorregistros. El programa de tratamiento incluyó técnicas conductuales, como el programa de actividades; la técnica de reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO), el entrenamiento en relajación y las técnicas cognitivas. Al finalizar la aplicación de las sesiones

de terapia cognitivo conductual se evidenció una mejoría en su estado de ánimo, reduciendo su sensación de soledad a 1/10, además de la emoción de tristeza; logrando estrechar vínculos amicales y mostrando adecuadas verbalizaciones que fomentan un pensamiento adaptativo.

Reyes (2016) realizó una investigación acerca de la ideación suicida y la depresión en la población nacional; el estudio tuvo como objetivo determinar los efectos de un Programa Cognitivo Conductual en la depresión e ideación suicida en adolescentes de un hospital de Ferreñafe, Lambayeque. El tipo de investigación y el diseño fue cuasi experimental, transversal, con una población de 18 adolescentes; a los cuales se les aplicó los instrumentos de Inventario de depresión de Aaron Beck y la adaptación de la escala de Ideación Suicida (SSI) de Beck, realizada por Bobadilla en el 2004. El programa desarrolló técnicas y procedimientos como los autorregistros, relajación, tareas de dominio y agrado, técnicas de empatía, control de impulsos y resolución de problemas; según las evaluaciones finales en el grupo experimental se encontró una mejoría en la sintomatología depresiva y la ideación suicida que fueron significativas para el estudio.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Acevedo y Gélvez (2018) desarrollaron un estudio de caso con el objetivo de enfatizar el enfoque y la intervención cognitivo conductual, para así fortalecer los procesos de intervención psicológica de manera que muestren resultados favorables en un caso en particular. Se trabajó en el caso de una mujer adulta de 35 años de edad con trastorno depresivo persistente, utilizando un método de procedimientos y herramientas de investigación mixta; el proceso de intervención psicológica con enfoque cognitivo conductual tuvo 14 sesiones donde se desarrollaron técnicas como la psicoeducación, la técnica de reatribución, registro de pensamientos, clasificación de las distorsiones cognitivas, el cuestionamiento socrático,

solución de problemas y entrenamiento en autoestima. Se observaron resultados en la disminución de los síntomas del trastorno depresivo persistente mostrado en la paciente.

Barbosa (2020) describe una investigación donde plantea la evaluación e intervención psicológica en un caso de depresión mayor, el objetivo es utilizar el modelo cognitivo conductual para reducir la sintomatología depresiva en el usuario de 77 años de edad; el modelo fue un estudio de caso único con pre y post test; utilizó instrumentos de evaluación como la Escala de depresión de Hamilton, el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck y Autorregistros del pensamiento disfuncional. La intervención terapéutica se dio en 11 sesiones, las cuales tuvieron como base fundamental el modelo de Aaron Beck, con principal énfasis en el manejo de los pensamientos automático, la primera fase fue de evaluación y diagnóstico, seguida de su intervención y finalizando con la etapa de evaluación del post test. Los resultados obtenidos dieron una disminución de la sintomatología depresiva, logrando una mejor calidad de vida del usuario y desarrollando interpretaciones alternativas en el abordaje terapéutico.

Navarro (2018) realizó un estudio de caso único donde planteó una intervención cognitivo conductual en una paciente adolescente de 17 años con el diagnóstico de depresión mayor; el objetivo fue describir la eficacia de la terapia cognitivo conductual iniciando con la aplicación de instrumentos de evaluación como el Cuestionario de depresión de Beck, la Escala de desesperanza y el Cuestionario de esquemas (YSQL); para luego desarrollar el programa que constaba de 10 sesiones, utilizando las técnicas de reestructuración cognitiva, detección de pensamiento automático, reatribución, programación de actividades alternas, escala de dominio y placer, entrenamiento asertivo y relajación. Al finalizar el estudio, se evidenció una reducción de los sentimientos de depresión, logrando además aportar estrategias de afrontamiento para la prevención de recaídas en la paciente.

Antón et al. (2016) presenta el caso de una adolescente de 18 años con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor, el objetivo es evaluar los efectos y eficacia de la intervención cognitivo conductual para la reducción de signos y síntomas de la depresión. El estudio contó con una evaluación inicial mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Autoestima de Rosenberg, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20); seguido del desarrollo de la intervención cognitivo conductual aplicando técnicas como la psicoeducación, la activación conductual, el entrenamiento en respiración diafragmática, las autoinstrucciones de afrontamiento, las técnicas de asertividad y de reestructuración cognitiva. En la evaluación final del post test, se evidenció una disminución significativa de los síntomas depresivos en el caso y se discutió las futuras implicancias del modelo cognitivo conductual para futuras intervenciones.

Cruz (2019) desarrolló un estudio de caso único, planteando una intervención cognitivo conductual en un joven de 17 años con un diagnóstico de trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin signos psicóticos. El objetivo fue evaluar y aplicar técnicas cognitivas y conductuales para el tratamiento del caso; se utilizaron instrumentos y técnicas de evaluación como la entrevista clínica, la observación conductual y se aplicó la Escala de Riesgo Suicida, la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) y el Inventario de depresión de Beck. La estructura de las 10 sesiones estuvo dada por procedimientos como la reestructuración cognitiva, la detención, la psicoeducación, el control de pensamientos automáticos y la resolución de problemas. Al concluir el proceso se evidenció como resultado una reducción significativa de la sintomatología depresiva, reafirmando así la efectividad del enfoque cognitivo conductual.

1.2.3. Fundamentación teórica

Depresión

En la actualidad, el trastorno depresivo se ha convertido en un problema mundial que afecta la salud mental del que lo padece, causando distintos grados de afectación y desarrollándose en porcentajes muy altos en la población sin importar la diferencia de género, edad y nivel socioeconómico; convirtiéndose en uno de los principales motivos de consulta clínica.

La Organización Mundial de la Salud (2017) indica que la depresión es un trastorno que prevalece a nivel mundial, clasificándola como el principal factor contribuyente a una discapacidad, asimismo es sus formas más severas, es el principal factor que conlleva a tener conductas suicidas. Los trastornos depresivos, se caracterizan principalmente por presentar sentimientos de tristeza, pérdida de interés o reducción del placer en la realización de actividades, alteraciones del sueño o apetito, sentimientos de culpa o de inferioridad; además de fatiga y falta de concentración. Todo ello, deteriora el funcionamiento a nivel personal, social y laboral de las personas que lo sufren.

Gasto y Navarro (2007) consideran que existen diversos factores influyentes en el desarrollo de un trastorno depresivo, describen algunos de ellos relacionados con la personalidad del paciente; con rasgos de inseguridad, perfeccionismo o autoexigencia; características que predisponen a padecer una depresión. También considera a los factores ambientales estresores (deudas, enfermedades, problemas familiares, etc.) y al factor biológico, destacando las alteraciones cerebrales (área frontal y área límbica), las alteraciones en neurotransmisores y las alteraciones genéticas.

Según Kaplan et al. (1996, citado por Landa, 2020) definen a la depresión como un trastorno del estado de ánimo donde se encuentra la presencia de humor deprimido, pérdida de

energía e interés, sentimientos de culpa, dificultades en la concentración, pérdida de apetito y pensamientos de muerte o suicidio.

Para Vázquez y Sanz (1991, citado por Carranza, 2012) señalan que existen un conjunto de sintomatología que comprende todo el síndrome depresivo y se agrupa en cuatro núcleos:

Síntomas anímicos: siendo el llanto, la infelicidad, la disforia y los sentimientos de abatimiento.

Síntomas motivacionales: comprendidos por la disminución o la incapacidad de disfrute en las actividades cotidianas, la apatía, el descuido en el aseo personal, además de la dificultad en la toma de decisiones.

Síntomas cognitivos: indicadores como pensamientos negativos de minusvalía, culpa y la pérdida de la autoestima.

Síntomas físicos: son el cansancio excesivo, disminución del deseo sexual, disminución del apetito, dificultades en el sueño; presencia de nauseas, visión borrosa, entre otros.

Síntomas interpersonales: dificultades en sus habilidades sociales, propiciando un aislamiento y evitación.

Según la Organización Mundial de la Salud (2000) a través de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE – 10) plantea que dentro de los trastornos del estado de ánimo, se ubican los episodios Depresivos:

El paciente que sufre un estado de ánimo bajo, tiene un descenso de la energía y una disminución de la actividad. Se reduce la capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse, y frecuentemente tras un esfuerzo mínimo aparece el cansancio. Se altera el sueño y disminuye el apetito. Regularmente la autoestima y la confianza se encuentran reducidas incluso en las formas leves, también, se presentan ideas de culpa o inutilidad. Las variaciones del estado son mínimas de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede estar acompañados de los denominados síntomas somáticos, como son: pérdida de interés, capacidad de disfrute, despertar prematuro varias horas antes del horario habitual, decadencia matutina del humor

depresivo, importante enlentecimiento psicomotor, agitación, apetito mermado, disminución de peso y baja libido. Un episodio depresivo puede especificarse según su función de número y severidad de los síntomas siendo estos como leve, moderado o grave, con duración mínima de al menos dos semanas.

En el Episodio depresivo leve (F32.0) pueden estar presentes dos o tres de los síntomas. El individuo está afectado por los ellos, sin embargo, puede continuar realizando la mayor parte de sus actividades diarias.

A. Debe cumplir los criterios generales del episodio depresivo (F32).

B. Presencia de mínimo, dos de los tres síntomas siguientes:

1. Humor depresivo hasta un grado visiblemente anormal para la persona, presente la mayor parte del día y casi todos los días, poco influenciado por las situaciones externas y persistente por lo menos dos semanas.
2. Disminución de interés o de la capacidad de disfrute en actividades que anteriormente eran agradables.
3. Pérdida de la energía o incremento de la sensación de fatiga.

C. Deben estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea por lo menos de cuatro:

1. Disminución de la confianza en sí mismo, perdiendo autoestima.
2. Sentimientos de culpa excesiva, sin razón aparente.
3. Pensamientos constantes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
4. Dificultades en la concentración, teniendo conductas de indecisión.
5. Conductas de agitación o enlentecimiento.
6. Alteración en el sueño.
7. Aumento o pérdida de apetito.

En el Episodio depresivo moderado (F32.1) usualmente están presentes cuatro o más de los síntomas y la persona es muy común que tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades diarias.

- A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- B. Presencia de, al menos, dos de los tres síntomas descritos en el criterio B de F32.0.
- C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, para sumar un total de al menos seis síntomas.

Asimismo, se plantean modelos explicativos de la depresión, donde según Winokur (1997, citado por Vázquez et al., 2000) manifiesta que la etiología de la depresión no obedece a una misma causa, por lo que existen varias teorías desde la perspectiva clínica del trastorno. Entre ellas la teoría conductual de la depresión, donde refiere que la depresión es principalmente un fenómeno aprendido relacionado a las interacciones negativas entre el individuo y su entorno.

Según Lewinsohn (1975, citado por Vázquez et al., 2000) plantea la disminución del refuerzo positivo, el cual propone un modelo en el que se considera los factores ambientales, así como los disposicionales generan una predisposición para sufrir de depresión; es decir que la depresión es el resultado de la disminución del refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente. Teniendo en cuenta que los refuerzos positivos que tiene el individuo se basan en los acontecimientos y hechos sumamente reforzadores para la persona, así como el conjunto de habilidades sociales como recursos. Manifiesta que los síntomas cognitivos de la depresión son producto de las atribuciones que hace el individuo acerca de su sentimiento de disforia proveniente del entorno. Asimismo, plantea factores de vulnerabilidad que aumentarían el riesgo de padecer de depresión, como el ser mujer, edad entre 20 a 40 años, antecedentes familiares de depresión, bajo estatus socioeconómico, baja autoestima y sensibilidad ante acontecimientos aversivos.

Por otro lado, las teorías cognitivas de la depresión consideran que la interpretación del individuo sobre una situación es más importante que la situación en sí misma, es decir, hace énfasis en la percepción errónea de uno mismo, de los demás y de la situación, lo cual puede propiciar un trastorno depresivo.

En la teoría cognitiva de Beck (1979, citado por Vázquez et al., 2000) se manifiesta que la depresión es principalmente el resultado de una inadecuada interpretación de los hechos y situaciones a las que se enfrenta un individuo y en la cual se exponen tres conceptos básicos como son la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas. La cognición se refiere a las percepciones, pensamientos y representaciones mentales de la persona. El contenido cognitivo se refiere al significado que le da la persona a esos pensamientos y los esquemas erróneos, en el caso de la depresión, tienen que ver con el aprendizaje de los eventos y de situaciones anteriores, suponiendo experiencias desagradables tempranas. Asimismo, considera la triada cognitiva, siendo una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; seguido por los pensamientos automáticos negativos. La persona con depresión se ve a sí misma como incapaz, percibe el mundo lleno de problemas sin solución y observa su futuro de un modo desesperanzador.

Desde otra perspectiva, Rehm (1977, citado por Vázquez et al., 2000) propuso un modelo de autogestión de la depresión donde buscó combinar aspectos cognitivos y conductuales de la misma. La teoría del autocontrol se basa en la contribución de la persona a estas relaciones negativas a través de respuestas conductuales y cognitivas. Planteó que las personas deprimidas poseen una tendencia a tener sesgos cognitivos disfuncionales y dificultades en mantener estrategias de autocontrol adecuadas, debido a ello se centran en aspectos negativos de su entorno, al desregular las expectativas y las estrategias de autoconcepto, además de codificar, procesar y reconstruir selectivamente los eventos negativos, las personas deprimidas corren un mayor riesgo de autocastigo.

Terapia cognitivo conductual

La Terapia cognitiva conductual, como menciona Puerta y Padilla (2011) surgió por la unión de dos grandes teorías de la Psicología; es un modelo de intervención que sirve para diversos trastornos mentales, entre los cuales están los episodios depresivos. La TCC está basada en lograr que el paciente modifique sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras que sean adaptativas, buscando lograr un mejor desenvolvimiento personal e interacción con su medio.

Según SD et al. (1993) quienes realizaron el estudio con partes metodológicas y conceptuales de aplicación de modelos cognitivo conductuales para intervenciones en el caso de la depresión; en este estudio se demostró que la terapia cognitivo conductual es efectiva para el tratamiento de la depresión incluso en casos de depresión unipolar, en ocasiones muestra resultados más favorables que el uso de fármacos tricíclicos.

Como menciona González et al. (2017) acerca de los antecedentes de la terapia cognitiva, encuentra que esta surge a raíz del declive de la corriente del psicoanálisis y el auge del cognoscitvismo, manifestando criterios de efectividad a favor de la terapia cognitiva. En teoría, está basada en una estructura donde se identifican tres niveles de respuesta (cognición, emoción y comportamiento) y su respectiva interacción; presencia de creencias irracionales, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos.

De acuerdo con Toro y Ochoa (2010) mencionan que la terapia cognitiva se desarrolla desde una visión que la define como un enfoque terapéutico basado en un conjunto de técnicas conductuales, que se encargan de cambiar los pensamientos desadaptativos y desarrollar recursos cognitivos más eficientes. Este abordaje terapéutico se caracteriza por ser un proceso activo, directivo, estructurado y acotado en el tiempo, integrado por investigaciones empíricas que sustentan estas teorías y métodos. En este sentido, destacan algunos modelos clásicos de terapia cognitiva, como la terapia racional emotiva conductual de Ellis y la terapia cognitiva

de Beck, que tienen la misma base en común y sirven como dos modelos psicoterapéuticos representativos de los enfoques cognitivos en psicoterapia.

Según Beck et al. (1990) refiere que la terapia cognitivo conductual es una disciplina científica que se centra en los pensamientos y las conductas motoras, y se basa en cómo se percibe el mundo que nos rodea; las respuestas fisiológicas y emocionales; a consecuencia de una percepción y/o creencia irracional. Además, los desórdenes emocionales son causados por contingencias ambientales de acuerdo con las leyes del condicionamiento.

Como refiere Puerta y Padilla (2011) la terapia cognitivo conductual que planteó Beck, tiene componentes básicos, los cuales al no llegar a ser adaptativos ocasionan que el individuo responda de una forma rígida, negativa y carente de perspectiva lógica, pudiendo llegar a desarrollar un trastorno mental como la depresión. Estos tres componentes son:

- a.) Triadas cognitivas: patrones de ideas y actitudes negativas de sí mismo, del mundo y del futuro.
- b.) Esquemas negativos: patrones de pensamiento estable y sostenible que representa las generalizaciones de un individuo sobre experiencias pasadas y determina el presente y el futuro.
- c.) Distorsiones cognitivas: como razonamiento arbitrario, abstracción selectiva, sobre generalización, exageración o minimización, personalización, pensamiento dicotómico, etc.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Disminuir los niveles de depresión a través de la aplicación de un Programa de Intervención Cognitivo Conductual.

1.3.2. Objetivos específicos

- Incrementar el nivel de actividad mediante la programación de actividades, el entrenamiento en autoinstrucciones y la técnica de solución de problemas.
- Disminuir la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas fisiológicos, a través de la psicoeducación, técnicas de respiración, relajación y entrenamiento en autoinstrucciones.
- Disminuir los pensamientos negativos a través de la reestructuración cognitiva, descubrimiento guiado, técnica de las tres columnas y la técnica de reatribución.
- Reducir la intensidad, frecuencia y duración de respuestas emocionales con la psicoeducación, la programación de actividades y el entrenamiento en autoinstrucciones.
- Incrementar su nivel de autoestima mediante la psicoeducación y reestructuración cognitiva.

1.4. Justificación

En nuestra sociedad, el aspecto de la salud mental y las interpretaciones que tiene la población acerca de ello está debilitada; muchas personas que sufren de depresión, no lo saben y no son conscientes de las repercusiones que tiene dicho trastorno a nivel personal, laboral, social y familiar. Además de ello, el sistema de salud aún requiere de mejoras para agilizar las atenciones en salud mental, personal especializado y recursos a todo nivel para lograr brindar una atención de calidad. Por ello, este trabajo de investigación es importante debido a que busca a nivel general proporcionar una guía de intervención para el manejo de futuros casos de depresión mediante la aplicación de la terapia cognitivo conductual, teniendo en cuenta la evidencia y eficacia de dicho enfoque, logrando así un adecuado abordaje en la evaluación, diagnóstico e intervención a través de técnicas específicas.

Por ello, se considera un modelo cognitivo conductual, donde se busca modificar los componentes cognitivos, emocionales, fisiológicos, conductuales y sociales que mantienen al usuario en un estado depresivo, con el fin de generar recursos adaptativos y un mejor afronte a las situaciones.

Las técnicas que se plantean están basadas en dicho enfoque como son: la Técnica de Programación de actividades, con la cual el usuario empezara a realizar conductas gratificantes aumentando su nivel de confianza y eficacia; la Reestructuración cognitiva que tiene como objetivo debatir los pensamientos distorsionados que mantienen al usuario en el estado; la Psicoeducación, que tiene por objetivo informar acerca de la sintomatología depresiva; y las técnicas de afrontamiento, que le darán herramientas para solucionar situaciones futuras de una forma adaptativa.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Respecto al presente trabajo académico se espera poder evidenciar el impacto de las técnicas cognitivo conductuales en la disminución significativa de la sintomatología depresiva en un caso de un adulto, dejando así un precedente que sirva de base para futuras investigaciones y fortalezca la evidencia de que la terapia cognitivo conductual es una terapia basada en evidencias científicas.

Consideramos que el impacto de este estudio de caso clínico se verá reflejado en dos niveles de manera simultánea. Por un lado, notaremos una mejoría tanto a nivel personal, evidenciando un desarrollo en el bienestar del usuario; mientras que, por otro lado, contribuirá positivamente en casos similares, fomentando una pauta que evidencia la efectividad del modelo cognitivo conductual en casos de salud mental.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

El Tipo de investigación es Aplicada; con un diseño de caso único (Hernández et al., 1991). Es aplicada, ya que busca un cambio en la sintomatología depresiva de una persona mediante la intervención de la variable independiente en la variable dependiente.

Según Silva (2020) nos habla de un diseño A-B, que constituye la fase A, que implica observaciones de la línea base con el objetivo de ver la frecuencia natural de la conducta objeto de estudio. En la fase B, se introduce la variable de tratamiento, para observar los cambios en la variable dependiente, atribuyéndose éstos a los efectos del tratamiento.

Hernández et al. (1991) establecen que el estudio de caso constituye una investigación en la que existen métodos cuali-cuantitativos de análisis completo en respuesta a un problema planteado. Son completamente contextuales, dicho de otro modo, se analiza tanto el caso como su contexto, pues ambos son de igual importancia.

El presente trabajo corresponde a una investigación experimental aplicada, en donde un solo individuo es el propio control; buscando reducir los síntomas de la depresión a través de la terapia cognitivo conductual; considerando un método flexible usando diversos instrumentos para analizar la información.

2.2. Ámbito temporal y espacial

El presente estudio de caso único clínico se llevó a cabo en consulta psicológica individual dentro de las instalaciones del Centro de Salud Mental Comunitario “Rijchariy”, ubicado en Av. Los arquitectos cdra. 33 Mz. G8 Lt. 02, en el distrito de Ancón. Donde se desarrolló 17 sesiones terapéuticas de 45 minutos cada una con una frecuencia semanal. Iniciando en el mes de abril del 2021 y culminando en el mes de octubre del 2021, incluyendo las sesiones de evaluación y seguimiento.

2.3. Variables de investigación

2.3.1. Variable dependiente

Depresión, medido por el inventario de depresión de Beck (BDI)

2.3.2. Variable independiente

Terapia cognitivo conductual. Según Stallard (2001, citado por Díaz et al., 2016) la TCC está destinada a reducir el estrés psicológico y el comportamiento inadecuado, mediante la modificación de los procesos cognitivos. La TCC se basa en el supuesto básico que las emociones y los comportamientos (lo que sentimos y hacemos) son en su mayoría productos de la cognición y, por lo tanto, las intervenciones cognitivo conductuales pueden conducir a cambios en la forma en que hacemos las cosas, pensamos, sentimos y actuamos.

2.4. Participante

En el presente caso se describe a un adulto de 23 años de edad que acude al centro de salud en busca de una intervención terapéutica debido a que en los últimos meses ha mostrado dificultades en conciliar el sueño, pérdida de apetito, dificultades en la concentración y tensión muscular. Además, presenta emociones de tristeza, desgano, cólera y miedo; pensamientos negativos recurrentes de minusvalía, autocrítica y pensamientos automáticos negativos manifestados en conductas de llanto constante, gritos y aislamiento que le han ocasionado dificultades en su área personal, laboral, social y familiar.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas

Psicoeducación

La psicoeducación es brindar al paciente información teórica y práctica acerca del trastorno que padece, los mecanismos y los procesos involucrados; el principal objetivo es

desarrollar en el propio individuo la autonomía necesaria para así promover el autocuidado, dándole un papel activo en su recuperación, logrando involucrarlo y comprometerlo en su tratamiento y mejoría de sus síntomas. (González, 2020)

Técnica de respiración

La respiración es una técnica muy usada para la regulación de la actividad metabólica del organismo. Es importante debido al intercambio de gases durante el proceso de respiración, logrando un estado de equilibrio. El objetivo de la técnica es disminuir los niveles de activación general; dando importancia a los músculos y las partes donde se concentra el aire; existen tres tipos de respiración: costal, diafragmática y abdominal. (Ruiz et al., 2012)

La programación de actividades

Consiste en que el paciente junto con su terapeuta programan actividades diarias, mediante una lista de tareas, estableciendo una jerarquía, según la dificultad percibida por el paciente. El objetivo de esta técnica es lograr que sea capaz de controlar su tiempo; y en casos de pacientes con depresión, ayuda a poner a prueba su creencia de que no pueden hacer nada. La realización de aquellas actividades elegidas por el paciente proporciona refuerzos y agrado, propiciando una sensación de satisfacción y sensibilizándolo hacia su propio bienestar. En cada una de las tareas o actividades que realiza el paciente se le pide que evalúe, en una escala de 0 a 5 puntos, el grado de dominio y agrado que ha experimentado al llevarlas a cabo. (Ruiz et al., 2012)

Autorregistros

Según Beck et al. (1990) los autorregistros se manejan desde la primera fase con el objetivo de recabar información acerca del estado emocional del paciente a lo largo del día y conocer ante qué situaciones, personas o conductas se incrementa o disminuye el malestar; logrando también un registro útil para elaborar la línea base. Se divide en 6 columnas; donde en la primera se coloca el día y hora en la que ocurren, en la segunda se escriben los

acontecimientos concretos, en la tercera se describe la emoción que experimentó indicando su intensidad (1% - 100%); en la cuarta se colocan los pensamientos automáticos, en la quinta se recogerían las respuestas alternativas y en la sexta se pondría el resultado de la evaluación de los pensamientos automáticos iniciales. Dicha técnica tiene como objetivo facilitar el cuestionamiento socrático para lograr identificar y modificar pensamientos negativos.

Descubrimiento guiado

Según Ruiz et al. (2012) la técnica de descubrimiento guiado es un proceso a través del cual se ayuda al paciente a encontrar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales mediante el cuestionamiento socrático. Eso se realiza con apoyo del terapeuta, quien va guiando al paciente a través de preguntas abiertas hasta donde considera necesario llegar, con el objetivo de permitir al paciente encontrar libremente sus propias asociaciones y argumentos.

Técnica de las tres columnas

Según Flores (2019) esta técnica consiste en identificar los pensamientos automáticos basados en la relación que se da entre la situación, pensamiento, emoción y conducta. En la primera columna se escribe la situación que genera el pensamiento, en la segunda columna se escriben los pensamientos automáticos que generan dicha situación y en la tercera columna, luego de haber debatido los pensamientos se escriben pensamientos alternos adaptativos.

Técnica de reatribución

Dicha técnica tiene como objetivo modificar los sesgos cognitivos relacionados con las dimensiones atribucionales. En general, las personas que sufren de depresión suelen tener atribuciones internas, estables y globales al momento de explicar sus fracasos; y externas, inestables y específicas para explicar sus éxitos. (Ruiz et al., 2012)

Entrenamiento en autoinstrucciones

El Entrenamiento en Autoinstrucciones (EA) fue diseñado por Meichenbaum en 1969 con el objetivo de cambiar el dialogo interno del paciente, es decir, lo que se dice a sí mismo para realizar una tarea específica, o cuando tiene dificultades en manejar una situación. También, se utiliza como una técnica para aumentar habilidades de autocontrol, enseñando a actuar y planificar antes de realizar alguna actividad. (Ruiz et al., 2012)

Terapia de solución de problemas

Según D'Zurilla y Nezu (1999, citado por Areán, 2000) es una técnica cognitivo conductual diseñada para aumentar la habilidad de una persona en solución de problemas, es decir, la ayuda a enfrentar las experiencias estresantes de la vida y a lograr identificar una forma adaptativa y eficaz de afrontar los problemas. Los objetivos de la terapia de solución de problemas son disminuir la psicopatología en general, así como desarrollar un adecuado funcionamiento psicológico y afrontamiento conductual, además de prever recaídas para maximizar una mejor calidad de vida.

Entrenamiento en habilidades sociales

Según Segrin (2009, citado por Ruiz et al., 2012) es un procedimiento cognitivo conductual en el que se desarrollan varias técnicas cuyo objetivo es mejorar la calidad de las interrelaciones personales así como las habilidades de comunicación en el individuo.

2.5.2. Instrumentos

Inventario de depresión de Beck – II (BDI-II)

Según Beck et al. (1996, citado por Rodríguez y Farfán, 2017). La versión original fue introducida por Beck, Ward, Meldenson, Mack y Erbaug, y luego de unos años Beck y otros colaboradores desarrollan una versión más corta desde la Universidad de Pennsylvania. En 1987 se publicó el manual para el inventario de depresión de Beck adaptado (BDI-IA). Casi una década después de estudios, en 1996 se publicó el BDI-II con la intención de ajustar la evaluación en

pacientes psiquiátricos. Esta última publicación obtuvo niveles altos de fiabilidad y validez. Se trata de una escala de auto aplicación de 21 ítems, tiene el objetivo de evaluar la sintomatología depresiva en adolescentes y adultos desde los 13 años. Cada ítem posee cuatro alternativas el cual se valora de 0 a 3 puntos. El puntaje total es de 63 puntos; las puntuaciones se distribuyen de 0 a 13, no padece depresión; 14 a 19, depresión leve; 20 a 28, depresión moderada; y 29 a 63, depresión severa.

Inventario de personalidad de Eysenck (CPE)

Según Araujo (2000) el CPE fue trabajado desde la década de los 70 y fue progresivamente incorporándose al estudio de la personalidad (Eysenck 1976) y estudios posteriores como el de Eysenck y el de Lara Cantü (1989) empezaron a presentar los primeros datos transculturales. Fue traducido, adaptado y estandarizado por E. Dany Araujo. El objetivo es evaluar de manera directa las dimensiones de personalidad: Neuroticismo, Extraversión y Psicoticismo. El CPE consta de tres escalas principales, y posee una cuarta escala de mentira. Las tres escalas principales miden las dimensiones básicas de la personalidad y la cuarta se emplea como un procedimiento de control, a fin de detectar si el individuo intenta falsear sus respuestas. El CPE contiene en total 78 ítems: a) Introversión-Extraversión = 20 ítems. b) Neuroticismo-Estabilidad emocional = 20 ítems. c) Psicoticismo-Ajuste emocional = 20 ítems. d) Una escala de mentira = 18 ítems

Inventario clínico multiaxial de personalidad de Millon – MCMI II

Según Delgado (2016) en su estudio, describe el inventario clínico multiaxial de personalidad de Millon – MCMI II, donde el autor de la prueba fue Theodore Millon. Tiene como finalidad la evaluación de la personalidad para la toma de decisiones de tratamiento sobre personas con trastornos de la personalidad y dificultades emocionales e interpersonales. La

aplicación es individual y colectiva, siendo el rango de aplicación de 18 años en adelante; con una duración de tiempo variable, entre 30 a 40 minutos. Consta de 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/Falso. Los diferentes aspectos de la personalidad patológica son recogidas en 26 escalas: 4 escalas de fiabilidad y validez; 10 escalas básicas de personalidad; 3 escalas de personalidad patológica; 6 síndromes clínicos de gravedad moderada; y 3 síndromes clínicos de gravedad severa. De uso clínico. También podemos mencionar que la Confiabilidad fue calculada mediante distintos indicadores de estabilidad para sujetos no clínicos, pacientes ambulatorios y pacientes ingresados, administrando el test dos veces a cada uno de los grupos en un intervalo de 3 – 5 semanas, consiguiéndose los coeficientes bastantes altos y significativos en todas las escalas y apreciándose poca diferencia entre las escalas de personalidad y la de los síndromes clínicos. El coeficiente de Alfa, también llamado consistencia interna, fue validado por Aquice Juan Carlos en el año 2008, el inventario posee un alfa de Crombach, oscilado entre 0,74 y 0,82, lo que señala que los elementos de las escalas cubren una determinada área.

Registro de opiniones – forma A (Adaptado)

Según Guzman (2009) en su estudio, presenta el Registro de Opiniones. Forma A (REGOPINA). En el cual el objetivo es identificar las ideas irracionales particulares que han contribuido a instaurar y mantener emociones y conductas disfuncionales. Manera de aplicación: forma colectiva o individual. Duración: 20 minutos aproximados. Población para aplicar: desde jóvenes adolescentes desde los 14 años que hayan llevado y aprobado al menos un año de educación secundaria. Calificación: Altamente racional, racional, tendencia racional, tendencia irracional, irracional y altamente irracional. Dimensiones: se basan en 6 de las onces ideas llamadas irracionales que postulo Albert Ellis, las cuales Guzmán divide en 6 dimensiones, llamándoles: Dimensión A (idea irracional 1): búsqueda de aprobación.

Dimensión B (idea irracional 2): autoeficacia. Dimensión C (idea irracional 3): castigo hacia los demás. Dimensión D (idea irracional 4): intolerancia a la frustración. Dimensión E (idea irracional 5): falta de control a eventos externos. Dimensión F (idea irracional 9): influencia del pasado.

La validez de contenido del registro de opiniones fue establecida a través del criterio de jueces, por tres jueces que llevaron especialidades en la terapia racional emotiva conductual y con reconocimiento amplio y de gran trayectoria y experiencia en este tipo de terapia y enfoque; determinando Coeficientes V de Aiken para las 6 sub escalas fluctuantes entre 0.92 y 0.98, y para la prueba completa de 0.95, que se consideró muy significativo. Este resultado permitió confirmar que para los expertos consultados los ítems. Que fueron propuestos son consistentes y correspondían a la variable que pretendían medir. Se muestra la confiabilidad de dicho instrumento, proporcionando un valor de 0.71, el cual fue considerado como valor de confiabilidad adecuado.

Escala de autoestima de Rosenberg

Según Ceballos et al., (2017) el cuestionario tiene como finalidad explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. La administración de la escala consta de 10 ítems con frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia autoadministrada. La escala fue diseñada por Morris Rosenberg en 1965, presenta altos índices de fiabilidad con una consistencia interna de 0.77 y un coeficiente mínimo de reproducibilidad de 0.90.

2.5.3. Evaluación psicológica

Datos de filiación

Nombres y apellidos	: J.P.O.C.
Edad	: 23 años
Lugar y fecha de nacimiento	: Lima, 04 de setiembre de 1997
Grado de instrucción	: Secundaria completa
Ocupación	: Mecánico
Estado civil	: Soltero
Religión	: Ninguno
Lugar de procedencia	: Puente Piedra
Composición familiar	: Madre, padrastro y hermano.
N° de hermanos	: 1
Posición que ocupa	: 1/2
Informante	: Madre y Paciente
Fecha de entrevista	: Marzo 2021
Lugar de entrevista	: CSMC “Rijchariy”
Terapeuta	: Ps. Stephanie Chiemy Taira Oshiro

Observación de conducta

Paciente joven, de estatura y contextura mediana. Tez trigueña, cabello corto, lacio y oscuro, ojos de color marrón. Usa lentes. Se viste acorde a la estación. Acude a las sesiones vestido de forma cómoda, presenta adecuada higiene personal, una postura encorvada y triste. Se encuentra lúcido y está orientado en tiempo, espacio y persona. Atención sostenida, memoria conservada, no se observa alguna alteración en los sentidos, y pensamientos de

contenido negativos. Aparenta una categoría intelectual normal promedio. Conforme se fue desarrollando la sesión, se mostró más relajado y con mayor contacto visual.

Motivo de consulta

Jean Pierre acude a consulta a solicitud de su madre, quien lo ha observado irritable y aislado; usuario refiere: “He venido porque tengo muchos problemas con mi madre, discutimos a cada rato y hace dos semanas rompí por accidente su televisor”. Lloro y manifiesta: “Me siento muy mal, no tengo ganas de hacer las cosas y todo me molesta, reniego con mi madre y no sé por qué; sé que es la única persona que me quiere, por eso quiero ayuda, por eso estoy aquí”, comenta: “Todo esto comienza desde diciembre del 2020, cuando mi enamorada me dejó por otro y por toda la pandemia, me siento triste y solo, me siento feo, no tengo ganas de levantarme de mi cama, lloro cuando nadie me ve y a veces siento miedo de salir, porque no quiero que nadie me vea así”

Usuario refiere dificultades para conciliar el sueño, pérdida de apetito, aislamiento social, descuido en su higiene personal, dificultades para concentrarse, tensión muscular, llanto fácil, irritabilidad, hipoabulia y pensamientos negativos de minusvalía y de muerte.

Presentación actual del problema

Paciente joven, varón de 23 años de edad, acude a consulta aquejado de tristeza, sentimiento de soledad, irritabilidad y pensamientos negativos; además de desánimo, aislamiento social y cansancio, debido a que percibe que no ha logrado superar ninguno de sus problemas.

Refiere que se siente muy mal desde hace 3 meses; cuando llega del trabajo y se encuentra solo en su habitación, piensa en sus problemas y recuerda a su ex, presenta tensión muscular y aceleración del ritmo cardiaco; siente angustia (8/10), tristeza (9/10) y colera (7/10),

y piensa “Estoy condenado a estar solo” “Nadie me quiere, encima mi rostro ha quedado horrible por mi acné” “Yo le di todo y ella se aprovechó de mi” “Soy un idiota, me odio por creerle”. Lloro y golpea las paredes. Continúa encerrado en su habitación lo que resta del día y luego juega con su celular para distraerse. Presenta disminución del apetito y descuido en su apariencia, generalmente usa la misma vestimenta, un buzo deportivo. Su madre lava su ropa, además de llevarle la cena a su habitación, mostrando preocupación por su falta de apetito y aislamiento. Esto sucede 4 a 5 veces a la semana.

Presenta dificultades en conciliar el sueño; siente angustia (7/10) y piensa “¿Que voy a hacer de mi vida?, si todo me sale mal” “¿Vale la pena seguir trabajando para estudiar?; coge su celular y empieza a ver videos para evitar pensar. Esto sucede 4 veces a la semana antes de quedarse dormido; por lo que cuando tiene que ir a trabajar, manifiesta sensación de cansancio al despertar, desgano y tensión muscular; siente tristeza (7/10), y piensa “Odio mi trabajo, no quiero ir” “Ya no vale la pena estudiar” “Mis amigos están en la universidad y son exitosos, en cambio yo no tengo nada”. Se despierta tarde y con cansancio, por lo que demora en alistarse y llega tarde a su trabajo (20 minutos de atraso aproximadamente); su jefe le llama la atención, sin embargo, le muestra consideración debido a la amistad con su tío y su madre, esto sucede 3 a 5 veces a la semana.

En su trabajo, cuando recibe a un cliente nuevo para realizar una revisión y cotización del auto, además de explicarle y negociar precios de las piezas y servicios; presenta tensión muscular, problemas de atención y concentración, y aceleración del ritmo cardiaco; siente angustia (6/10) y miedo (6/10), piensa “¿Y si me equivoco?” “Soy un inútil” “Me volveré a equivocar en los costos”. Evita la situación y les ruega a sus compañeros que realicen dicha atención; manifestando que él se encargará de los trabajos pendientes de sus compañeros. Trata de trabajar en un espacio lejos de la entrada del taller y utiliza audífonos para evitar que le hablen. Esto sucede 1 a 2 veces por semana.

Cuando su madre le aconseja que coma toda su comida, le habla para que retome sus estudios, que no debería de encerrarse en su cuarto toda la tarde y que debería de ayudar en los quehaceres del hogar o en el taller para mantenerse más activo o salir con sus amigos; presenta tensión muscular, irritabilidad y aceleración del ritmo cardiaco; siente colera (8/10) y angustia (7/10), y piensa “Nadie me entiende, lo único que hace es criticarme” “No valgo nada, soy un estorbo para ella”. Ante estas situaciones, grita y golpea la mesa con sus manos, tira con fuerza las puertas y luego se encierra en su habitación, hasta que su madre lo busca y le pide que conversen y solucionen el altercado, sintiéndose arrepentido. En una ocasión pateó la mesa donde se encontraba el televisor y este se cayó, rajándose la pantalla. Dicha situación ocurre aproximadamente dos veces a la semana.

En cuanto a sus relaciones sociales, cuando sus dos mejores amigos que son de su barrio le dicen para encontrarse en el parque, salir a jugar futbol, reunirse por zoom por el tema de la pandemia o le conversan por WhatsApp, presenta cansancio y tensión muscular; siente angustia (7/10), miedo (7/10) y tristeza (8/10), y piensa “Me preguntaran por mi ex, encima estoy todo feo y descuidado” “A ellos si les va bien, en cambio yo soy un inútil”. Por lo que inventa excusas, manifestando problemas de salud y económicos que le impiden salir y en ocasiones, pone en modo avión su celular, refiriendo que se le va la señal para evitar continuar conversando con ellos; esto ha ocasionado el alejamiento de sus amigos. Esto ocurre 1 vez por semana, aproximadamente.

Desarrollo cronológico del problema

A la edad de 6 años, se da la separación de sus padres, el motivo fue por la infidelidad y violencia psicológica por parte del padre hacia su madre; posterior a ello, el padre viaja al extranjero sin avisar, perdiendo toda comunicación con su hijo. Cuando Jean Pierre cumplió 8 años, por insistencia y búsqueda de la madre, su padre empezó a llamarlo y a mantener una

comunicación esporádica con él; se enteraron que tenía una nueva familia. Jean Pierre refiere que pensó y sintió el abandono de su padre y le guardo mucho rencor cuando era pequeño.

A los 9 años, la madre tuvo un nuevo compromiso, con quien empezó a convivir. Durante ese periodo, la madre y el padrastro tenían diferencias en el tipo de crianza que ejercían con Jean Pierre; la madre no permitía que su pareja corrigiera a su hijo, alegaba que era muy autoritario y tosco, por lo que existía desautorización por parte de la madre; y el padrastro decidió no involucrarse en su crianza, tornándose distante del menor.

A los 10 años, nace su hermano menor y es donde Jean Pierre percibe una preferencia de afecto de su padrastro hacia su hermano, debido a que a él si lo corregía, sin embargo, con Jean Pierre se mostraba evitativo, dejando que su madre se encargara de criarlo, ejerciendo una crianza sobreprotectora y compensatoria con su hijo.

A los 14 años Jean Pierre empezó a mostrar signos de Acné leve, el cual aparecía y desaparecía por sí solo, producto del desarrollo de la pubertad. Un año después, tuvo el diagnóstico de Acné Vulgar en grado moderado, por lo cual recibió tratamiento dermatológico por más de un año, sin embargo, no cumplía de manera adecuada las recomendaciones (hábitos y alimentación), y dado que las pastillas y cremas eran muy costosas, abandonó su tratamiento. Al no encontrar resultados favorables, el acné continuó y esto le hizo sentir triste y con baja autoestima. Sufrió de bullying en el colegio por el problema de su acné, le ponían apodos de “cara de pizza” “cara de volcán”, “chupitos”, etc., comentarios que duraron todo el año hasta concluir su secundaria. El problema del acné le dejó secuelas y marcas en el rostro, sobre todo en sus mejillas.

A los 18 años quiso prepararse en una academia para ingresar a la universidad, había elegido las carreras de ingeniería mecánica o ingeniería eléctrica, sin embargo, su madre no tenía los medios económicos suficientes para pagar sus estudios. Se comunicaba con su padre para que lo pueda apoyar económicamente, sin embargo, le refería “No me alcanza el dinero,

tus medios hermanos son más pequeños y necesitan más”, generalmente le cambiaba de tema de conversación, ante esto Jean Pierre sintió el abandono y su rechazo. Se preparó académicamente solo y postuló a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos a la carrera de ingeniería electrónica, no obteniendo una vacante; por lo cual todo ese tiempo el paciente se sintió frustrado y con impotencia; en ocasiones se comparaba con sus amigos, pensando en las oportunidades y el apoyo que ellos si tenían, a comparación de él. Luego de unos meses, decide trabajar y así poco a poco poder pagarse sus estudios; Ese mismo año, su tío lo recomienda para trabajar en un taller de mecánica, que era de su amigo, ocupación que le agradó desempeñar.

A los 22 años postula e ingresa a la SENATI, a la carrera de mecánica automotriz, cursó el primer ciclo. A fines de ese mismo año, conoció a Julia en una reunión, quien era la prima de un amigo, se fueron conociendo y en aproximadamente un mes, empezaron a salir de manera formal. Refiere que Julia fue la primera pareja a la que presentó a sus amigos más íntimos, a su madre y a su hermano; iba a su casa a cenar y ver películas. La consentía en todo lo que pudiera, le compraba regalos y se mostraba siempre atento con ella.

Cuando se dio la pandemia, tuvo que dejar de trabajar debido al cierre de todos los locales y también dejó de estudiar, por lo que no tenía ingresos fijos. Su madre, decidió mudar su taller de costura a su casa y empezó a confeccionar equipos de protección (mandilones, gorros, mascarillas, etc.), para lo cual Jean Pierre le ayudaba en la confección; sin embargo, empezó a sentirse desmotivado y aburrido. Recuerda “Nunca había pasado tanto tiempo con mi mamá y mi hermano, que a veces me estresaban”. En cuanto a su relación con Julia, a pesar de no contar con trabajo, le realizaba transferencias de dinero cuando ella se lo requería y mantenían una comunicación a distancia.

A los 23 años, la relación con Julia se fue tornando distante y fría; su pareja se alejaba y lo evitaba; recuerda “Ni siquiera me saludó por mi cumpleaños”; de un momento a otro, a

fines del año pasado, ella le terminó por teléfono, le mencionó que se iba de viaje y que ya no podían seguir juntos. Dos meses después, un amigo le comentó que Julia estaba en la selva y ya tenía otra relación, dándole a entrever que siempre había jugado con él.

Después de la ruptura con su enamorada empieza a tener dificultades para conciliar el sueño, tristeza, desgano, baja autoestima, llanto frecuente y pérdida de interés en sus actividades. Comienza a recordar el abandono de su padre, la falta de afecto de su padrastro y los pocos logros que ha tenido en su vida personal.

Historia personal

Prenatal:

Sus padres tuvieron una convivencia de 7 años. Cuando su madre tuvo 25 años y su padre 31 años, lo concibieron. El embarazo no fue planificado; la madre luego de enterarse que estaba embarazada, inició la convivencia con su pareja. Durante su embarazo existieron discusiones constantes con su pareja por motivos económicos, y la madre se sentía sola, debido al alejamiento de su familia nuclear por no estar de acuerdo con la relación que mantenía con su pareja; solo una tía paterna la apoyó en todo el proceso. El periodo de gestación se dio con los controles prenatales adecuados. No asistió a psicoprofilaxis. Finalmente se tiene de conocimiento que no sufrió de enfermedades, accidentes, amenaza de aborto ni consumo de sustancias.

Peri – natal:

La madre refiere que nació a los 9 meses, por parto normal, con un peso de 3,200 kg., con una talla aproximada de 50 cm. y sin complicaciones. Dio a luz en el Hospital de Puente Piedra. Recibió sus vacunas y acudió a sus controles.

Primeros años de vida:

Tuvo lactancia exclusiva hasta los 5 meses y luego ablactancia, con alimentos como papillas y pures. El desarrollo psicomotor se dio sin alteraciones. Se sentó a los 7 meses, no gateo, se paró solo con apoyo a los 12 meses y camino solo al año y dos meses de edad.

Comenzó a decir sus primeras palabras al año y medio, siendo sus primeras palabras “mamá” “agua”, no presentó dificultades en la articulación ni pronunciación del lenguaje. Desarrolló un lenguaje comprensivo adecuado. Controló sus esfínteres al año y 6 meses. Logró independencia en su alimentación y vestimenta a partir de los 5 años. La madre no refiere mayor información acerca del desarrollo del paciente.

Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia:

Jean Pierre fue un niño tranquilo, tímido y obediente, en la primaria cuando otros niños lo molestaban, se quedaba callado y lloraba solo en el baño, no quería que otros lo vieran estar triste; evitaba contarle a su madre, para no preocuparla o para que no se enojara. Generalmente, se mostraba pasivo en sus relaciones interpersonales, teniendo dificultad para decir “no”, ante solicitudes que no deseaba realizar. Su madre ante estas situaciones, se mostraba ansiosa con él con el objetivo de cuidarlo y acudía al colegio para hablar con la profesora o las madres de los niños, en una ocasión regañó y amenazó a un niño frente a los demás por haber golpeado a Jean Pierre.

Actitudes de la familia frente al niño:

La madre de Jean Pierre en su infancia se ha mostrado sobreprotectora, trataba de compensar con muchas atenciones y afecto la ausencia de su padre, además de las conductas evitativas de su padrastro. No realizaba castigos físicos, cuando corregía solo levantaba la voz. El padre desde su nacimiento se mostró distante y ausente, solo se dedicaba a trabajar; cuando se da la separación entre ellos, por infidelidad; el padre viaja al extranjero y llamaba en

ocasiones a su hijo. Jean Pierre percibió el abandono de su padre. Su padrastro se mostraba distante con él

Educación:

En primaria y secundaria presentó un rendimiento académico promedio, aprendía de forma rápida y se comportaba bien en el aula de clases. Tenía poco amigos y le costaba socializar con sus compañeros. Le agradaban las matemáticas y los cursos de comunicación, sin embargo, presentaba ciertas dificultades cuando tenía que exponer o leer frente a los demás, se mostraba nervioso; sobre todo en los últimos años cuando empezó a sufrir de bullying por el acné en su rostro.

Cuando tuvo 18 años quiso prepararse en una academia para postular a una universidad, sin embargo, desistió de la iniciativa por problemas económicos y la falta de apoyo de su padre. Estudió solo, postuló, pero no logró ingresar. Señala que se sintió muy frustrado debido a que sus compañeros si lograron inscribirse, y su sueño era ser profesional.

A los 22 años ingresa al instituto SENATI, cuando curso el primero ciclo, menciona que al inicio tenía cierto temor por su edad, pensando en que todos eran más jóvenes que él y porque no conocía a nadie; luego fue adaptándose e interactuando con sus compañeros, logrando hacer amigos. Señala que le motivaban las clases debido a que tenía la ventaja de contar con la parte práctica por su trabajo en el taller y la teoría lo ayudaba a complementar. Su objetivo era convalidar o desarrollarse en la profesión para luego postular a una universidad.

Historia de trabajo:

Su primer trabajo lo consiguió a los 18 años en un taller de mecánica, conservándolo hasta la actualidad. Empezó en el área de recepción de los vehículos, luego paso al área de lavado y así, poco a poco fue aprendiendo las diversas áreas. Al ser un taller grande, pudo

desempeñarse en el área de cobros y almacén debido a que su jefe le tenía mucha confianza; cuando se encontraba de viaje Jean Pierre se hacía cargo del taller. Refiere que el área que le gusta desempeñar es la de reparaciones y ensamblaje.

En el trabajo tuvo un buen desempeño laboral, mostraba compromiso y proactividad en sus funciones; menciona “se me hace más fácil llevarme bien con mis compañeros antiguos, “los mayores”, a comparación de los otros”, refiriéndose a sus compañeros más jóvenes; manifestando que “suelen ser flojos y no aguantan el trabajo, por lo que renuncian al poco tiempo, lo que hace que nos atrasemos”

Cuando se dio la pandemia, el taller tuvo que cerrar, por aproximadamente 7 meses. Al regreso, sintió que todo era distinto; que tenían que iniciar todo de cero y que su jefe dependía del apoyo de él; empezó ayudando a su jefe y a su familia a organizar todo nuevamente. Refiere “al comienzo me sentí extraño, sentía mucha presión de mi jefe; yo desconfiaba de mí mismo y pensaba que lo podía hacer mal”. Terminaron de implementar todos los protocolos de bioseguridad para su reapertura y continuó con sus labores.

Desarrollo psicosexual:

Madre refiere que de pequeño no presentó dificultades en el reconocimiento de su sexo, identificaba baño de hombres con el baño de mujeres, imitaba conductas de su padre al vestirse, así como los juegos de roles, diferenciando su rol masculino. No tuvo ningún episodio de tocamientos indebidos o abuso sexual.

A los 11 años, empezó a mostrar interés por las niñas, pero refiere “era muy tímido y tenía miedo de acercarme a conversar”. Escuchaba a sus amigos hablar de chicas, llevando los cambios asociados a la pubertad con naturalidad.

A los 16 años, empezó a gustarle su mejor amiga, terminando el colegio empezaron a salir y frecuentarse; menciona que “éramos muy amigos y a veces nos besábamos y nos tomábamos de la mano, pero nada serio”; manteniendo la relación amical.

A los 19 años, tuvo su primera enamorada, ella tenía 18 años. Se conocieron en el taller, ella ocupaba el puesto de limpieza. Con ella inicio su primera relación sexual. La relación duró 6 meses, debido a que su enamorada consiguió otro trabajo, empezando a perder el contacto y ambos deciden alejarse. Menciona que él se mostraba cariñoso y respetuoso con ella, le aconsejaba para que estudie y salga adelante; pero no le agradaba que ella siempre quisiera salir a fiestas los fines de semana y gastar su dinero en esas reuniones. Menciona “sentía que ella era muy inmadura y solo pensaba en salir con sus amigas, no tenía las cosas claras”

Actitudes religiosas:

Su madre es católica y su padre no tiene ninguna religión. Jean Pierre fue bautizado, pero no ha realizado su confirmación. Actualmente, no procesa ninguna religión.

Relaciones interpersonales:

En el colegio, se juntaba con chicos tranquilos como él, trataba de integrarse a los demás grupos, pero no sabía cómo comportarse y tenía miedo de quedar mal, por lo que se sentía seguro solo con su grupo.

Jean Pierre refiere que en ocasiones se le ha dificultado hacer amistades, ya que se muestra tímido y un tanto inseguro al iniciar una conversación; sin embargo, ha aprendido a manejar esas situaciones. Manifiesta “siempre he sido muy selectivo con mis amistades”. Agrega que tiene 4 mejores amigos, su amistad ha perdurado desde el nivel primaria del colegio; con su grupo se siente confiado y percibe que tienen las mismas preferencias que él. Le agrada tener temas de conversación en común y le han demostrado su apoyo. Generalmente

con su grupo, salían a jugar partido por su barrio, iban a su casa, se iban al internet o a la playa a pasear; a raíz de la pandemia no pudieron continuar con esas actividades.

Accidentes y enfermedades:

Sufrió de Acné vulgar en grado moderado. Niega accidentes

Historia Familiar

El usuario pertenece a una familia reconstituida, vive con su madre, su padrastro y su medio hermano.

Tabla 1

Datos familiares del examinado

Parentesco	Nombre	Edad	Grado de instrucción	Dedicación
Padre	José	55	Secundaria incompleta	Pintor (Vive en el extranjero)
Madre	Martha	49	Secundaria completa	Costurera
Padrastro	Miguel	50	Secundaria completa	Transportista (Trabaja 24x7)
Hermano menor	Liam	13	1° secundaria	Estudiante

Relaciones familiares:

La relación con su madre siempre ha sido buena y muy estrecha, existiendo un buen dialogo; sin embargo, desde los cambios de conducta de Jean Pierre su madre se muestra muy preocupada, lo busca en su habitación, le lleva su comida, lava su ropa y trata de cubrir sus necesidades; al estar en casa y más implicados, se dan los conflictos entre ellos.

La relación con su padre es distante, dialogan solo por mensajes y en algunas ocasiones por llamadas. Abordan temas superficiales sin mostrar aprecio en la comunicación. El contacto

es mínimo, generalmente una o dos veces al mes. Jean Pierre no desea mantener contacto con sus medios hermanos que viven en el extranjero.

La relación con su hermano menor es buena, tienen buena comunicación y existe un aprecio recíproco.

La relación con su padrastro es distante y con poca comunicación, percibió desde muy pequeño su trato diferente hacia él, además de haber observado cuando su madre lo desautorizaba. El contacto es mínimo debido a que trabaja como transportista y permanece en casa solo una semana al mes.

2.5.4. Evaluación psicométrica

Lista de chequeo de la conducta problema: depresión

Tabla 2

Línea base - Registro semanal de pensamientos negativos

Pensamientos Negativos	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Total
“Estoy condenado a estar solo”	3	2	2	3	2	4	6	22
“Nadie me quiere, encima soy feo; mi cara es horrible por mi acné”	2	3	1	4	3	5	2	20
“Yo le di todo y ella se aprovechó de mi”	1	5	2	4	3	3	4	22
“Soy un idiota, me odio por creerle”	3	2	2	4	5	5	5	26
“Odio mi trabajo, no quiero ir”	3	3	2	2	3	1	0	14
“Soy un inútil”	4	2	3	5	2	4	7	27
“Ya no vale la pena estudiar”	2	1	4	2	1	5	3	18
“Mis amigos están en la universidad y son exitosos, en cambio yo no tengo nada”.	2	5	3	4	3	4	6	27
“Nadie me entiende, lo único que hace es criticarme”	1	5	2	4	2	6	4	24
“No valgo nada, soy un estorbo para ella”	3	1	2	3	1	5	3	18

“Me preguntaran por mi ex, encima estoy todo feo y flaco”	1	0	1	4	1	2	5	14
“A ellos si les va bien, en cambio yo soy un inútil”	0	1	2	6	3	2	6	20

Tabla 3

Línea base - Registro semanal de emociones negativas

Emoción	Frecuencia/Intensidad Promedio	Lun	Mar	Mie	Ju	Vi	Sab	Dom	Total
Ansiedad	F	4	3	3	4	3	5	7	29
	I	8	7	7	8	7	8	8	8
Tristeza	F	5	3	5	5	4	6	7	35
	I	8	7	7	8	7	8	8	8
Cólera	F	2	2	4	5	3	4	5	25
	I	7	7	6	7	7	7	8	7
Miedo	F	1	1	4	3	3	3	5	20
	I	7	6	6	7	6	6	7	6

Tabla 4

Línea base - Registro semanal de conductas desadaptativas

Conductas	Lun	Mar	Mie	Ju	Vi	Sab	Dom	Total
Llorar	3	2	1	0	1	3	5	15
Golpear las paredes	1	0	1	0	0	0	1	3
Faltar al trabajo	0	0	1	0	0	0	0	1
Gritar	1	1	1	2	2	3	4	14
Golpear la mesa con sus manos	1	0	2	0	0	1	2	6
Tirar con fuerza las puertas	0	0	1	0	0	1	1	3
Encerrarse en su habitación	1	1	1	1	2	2	2	10
Inventar excusas	0	0	1	0	0	1	2	4
Activar modo avión su celular	0	1	2	1	0	1	0	5

Informe del inventario de depresión de Beck

Datos de filiación

Apellidos y Nombres: J.P.O.C.

Edad: 23 años

Fecha de evaluación: Abril del 2021

Psicóloga: Stephanie Chiemy Taira Oshiro

Fecha del Informe: 30 de Abril del 2021

Motivo de evaluación

Evaluar el grado de depresión en el que se encuentra el usuario.

Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación de conducta
- Entrevista psicológica
- Inventario de depresión de Beck.

Resultados

Tabla 5

Resultados del inventario de depresión de Beck

Puntaje	Resultado
29 puntos	Depresión moderada

Interpretación

El puntaje obtenido por el usuario es de 29 puntos, indicando una depresión moderada; por lo que presenta conductas como dificultad para conciliar el sueño, pérdida de interés, cansancio, dolor corporal y pérdida de apetito; además de tristeza, ansiedad y pensamientos negativos de su realidad. No se encontró riesgo suicida ni ideas estructuradas.

Conclusiones

- Indicadores de depresión moderada
- Dificultades a nivel conductual, fisiológico, emocional y cognitivo.

Recomendaciones

- Realizar terapia cognitiva conductual

Informe del cuestionario de personalidad de Eysenck (CPE)

Datos de filiación

Apellidos y Nombres: J.P.O.C.

Edad: 23 años

Fecha de evaluación: Abril del 2021

Psicóloga: Stephanie Chiemy Taira Oshiro

Fecha del Informe: 30 de Abril del 2021

Motivo de evaluación

Determinar el tipo de personalidad para evaluar perfil psicológico.

Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación de conducta
- Entrevista psicológica
- Cuestionario de personalidad de Eysenck (CPE). Validado en el Perú por Dany Araujo Robles (2000).

Resultados

Tabla 6

Resultados del cuestionario de personalidad de Eysenck (CPE)

Dimensión	Puntaje Directo	Puntaje Percentilar	Diagnostico
Extraversión	9	20	Introversión Neuroticismo
Neuroticismo	14	85	(Inestabilidad emocional)

Psicoticismo	3	45	Tendencia al ajuste conductual
Mentiras	3	15	Prueba válida

Interpretación

El usuario presenta características de personalidad introvertida, es decir, se muestra retraído socialmente, reservado, planifica sus actos y suele ser ordenado. Por otro lado, es inseguro, tímido, ansioso y se torna irritable ante situaciones donde no logra sentirse comprendido. Desarrolla conductas de evitación por la dificultad de afronte. Su desenvolvimiento personal está inmerso en respuestas de ansiedad y es sensible al estrés; por lo que frecuentemente evidencia tensión, indecisión e inquietud y se muestra aprensivo de los problemas del pasado. Se ajusta a las reglas sociales y familiares.

Conclusiones

- Características de personalidad introvertida
- Neuroticismo alto con tendencia a la inestabilidad emocional
- Adecuado ajuste a las reglas sociales y familiares.

Recomendaciones

- Realizar terapia cognitiva conductual

Informe del inventario clínico multiaxial de personalidad de Millon – MCMI II

Datos de filiación

Apellidos y Nombres: J.P.O.C.

Edad: 23 años

Fecha de evaluación: Abril del 2021

Psicóloga: Stephanie Chiemy Taira Oshiro

Fecha del Informe: 02 de Mayo del 2021

Motivo de consulta

Evaluar los patrones, patologías y/o síndromes de la personalidad con el objetivo de determinar el perfil psicológico.

Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación de conducta
- Entrevista psicológica
- Inventario clínico multiaxial de personalidad de Millon – MCMI II

Resultados

Tabla 7

Resultados del inventario clínico multiaxial de personalidad de Millon – MCMI II

Puntaje	Dimensión	Dimensión
89	Patrones clínicos de	Evitativa
86	personalidad	Autoderrotista
85	Síndrome clínico	Ansiedad
88	Síndrome severo	Depresión mayor

Interpretación

Presenta indicadores de personalidad evitativa, suele distanciarse de las experiencias dolorosas o negativas, siendo su estrategia adaptativa el miedo y la desconfianza hacia los demás. Dificultades para involucrarse por el temor al rechazo y al abandono, manteniendo pensamientos negativos recurrentes a raíz de hechos pasados. Se observa a si mismo inferior a los demás, manteniendo conductas de inseguridad y comparándose con sus pares.

Como síndrome clínico, presenta indicadores ansiedad, tensión, angustia, dificultades para conciliar el sueño y tiende a percibir un futuro negativo. Siendo el síndrome moderado de depresión, presenta pérdida de interés en sus actividades, llanto frecuente y la incapacidad de disfrute.

Conclusiones

- Indicadores de evitación y distanciamiento de los demás como medio de adaptación personal.
- Indicadores de minusvalía y pobre autoconcepto.
- Cogniciones y conductas de ansiedad
- Indicadores de conductas depresivas.

Recomendaciones

- Realizar terapia cognitiva conductual

Informe del registro de opiniones – forma A (Adaptado)

Datos de filiación

Apellidos y Nombres: J.P.O.C.

Edad: 23 años

Fecha de evaluación: Abril del 2021

Psicóloga: Stephanie Chiemy Taira Oshiro

Fecha del Informe: 02 de Mayo del 2021

Motivo de evaluación

Determinar las creencias irracionales del usuario.

Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación de conducta
- Entrevista psicológica
- Registro de opiniones – forma A (Adaptado). Validado por Percy Guzmán Grados – 2009. Licenciado en psicología. Hospital Nacional Hipólito Unanue. (Contexto peruano)

Resultados

Tabla 8

Resultados del registro de opiniones – forma A (Adaptado)

Escala	Creencia Irracional	Racional	Tendencia racional	Tendencia irracional	Irracional
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.	0-3	4	5	6-10
B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.	0-3	4	5	6-10
C	Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza	0-2	3	5	5-10

	debería ser avergonzada y castigada.				
D	Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.	0-2	3	4	5-10
E	La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos.	0-1	2-3	4	5-10
F	Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.	0-2	3	4	5-10

1 puntos – La prueba es consistente

Interpretación

El usuario busca la aprobación y el afecto de los demás, tiene el temor de ser abandonado y dejado de lado, por ello está pendiente de lo que los demás puedan pensar de él, le cuesta expresar lo que piensa y lo que siente, prefiere callar y reprimirse, antes que dar su opinión. Generalmente su comportamiento obedece al esquema de pensamiento “Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno”

Considera que si algo afectó alguna vez su vida siempre seguirá afectándolo, es decir, no lo olvidará ni superará fácilmente, le quedará una gran “huella” negativa, lo recordará y se lamentará por ello, tiende a presentar pensamientos negativos y rumiaciones de eventos del pasado; generalmente obedece al esquema de pensamiento “Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando”.

Conclusiones

El usuario se desenvuelve en la vida cotidiana poniendo en práctica las siguientes creencias irracionales:

- “Yo necesito la aprobación de los demás”
- “El pasado siempre afectará mi vida”

Informe de la escala de autoestima de Rosenberg

Datos de filiación

Apellidos y Nombres: J.P.O.C.

Edad: 23 años

Fecha de evaluación: Abril del 2021

Psicóloga: Stephanie Chiemy Taira Oshiro

Fecha del Informe: 02 de Mayo del 2021

Motivo de evaluación

Evaluar el nivel de autoestima del usuario

Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación de conducta
- Entrevista psicológica
- Escala de autoestima de Rosenberg

Resultados

Tabla 9

Resultados de la escala de autoestima de Rosenberg

Puntaje	Resultado
15 puntos	Autoestima baja

Interpretación

El puntaje obtenido por el usuario es de 15 puntos, indicando que existen problemas significativos de autoestima. Donde los sentimientos de valía personal y de respeto por sí mismo están disminuidos, afectando así su percepción de autoeficacia.

Conclusiones

- Indicadores de un bajo nivel de autoestima.

Recomendaciones

- Realizar terapia cognitiva conductual

2.5.5. Informe psicológico integrador

Informe psicológico integrado

Datos de filiación

Apellidos y Nombres: J.P.O.C.

Edad: 23 años

Fecha de evaluación: Abril del 2021

Psicóloga: Stephanie Chiemy Taira Oshiro

Fecha del Informe: 15 de Mayo del 2021

Motivo de consulta

Jean Pierre acude a consulta a solicitud de su madre, quien lo ha observado irritable y aislado; usuario refiere: “He venido porque tengo muchos problemas con mi madre, discutimos a cada rato y hace dos semanas rompí por accidente su televisor”. Lloro y manifiesta: “Me siento muy mal, no tengo ganas de hacer las cosas y todo me molesta, reniego con mi madre y no sé por qué; sé que es la única persona que me quiere, por eso quiero ayuda, por eso estoy aquí”, comenta: “Todo esto comienza desde diciembre del 2020, cuando mi enamorada me dejó por otro y por toda la pandemia, me siento triste y solo, me siento feo, no tengo ganas de levantarme de mi cama, lloro cuando nadie me ve y a veces siento miedo de salir, porque no quiero que nadie me vea así”

Usuario refiere dificultades para conciliar el sueño, pérdida de apetito, aislamiento social, dificultades para concentrarse, tensión muscular, llanto fácil, irritabilidad y pensamientos negativos de minusvalía y de muerte.

Observaciones generales y de conducta

Paciente joven, de estatura mediana (1 m 65 aproximadamente) y de contextura mediana. Es de tez trigueña, piel grasa y con cicatrices de acné en las mejillas, cabello corto,

lacio y oscuro, ojos de color marrón. Usa lentes. Se viste acorde a la estación. Acude a las sesiones vestido con un polo ligero, buzo y zapatillas. Presenta adecuada higiene personal.

Al ingresar a consulta presenta una marcha lenta y durante el inicio de la entrevista presentaba una postura encorvada, apretaba ambas manos en señal de intranquilidad, evitación en la mirada, un bajo tono de voz y un discurso lento y pausado. Con respecto a la conciencia, se encuentra lucido y está orientado en tiempo, espacio y persona. En cuanto a su atención es sostenida y flexible debido a que se muestra atento a las preguntas, respondiendo adecuadamente. En cuanto a su memoria, se muestra conservada, debido a que menciona hechos pasados con facilidad. En cuanto a la percepción, no se observa alguna alteración en los sentidos, pudiendo interpretar los estímulos correctamente. Asimismo, en cuanto a sus pensamientos presenta un contenido de pensamientos negativos. Aparenta una categoría intelectual normal promedio. Conforme se fue desarrollando la sesión, se mostró más relajado y con mayor contacto visual.

Comentó de su interés por solucionar sus problemas y del compromiso en la terapia, acude puntualmente a todas las sesiones programadas.

Técnicas e instrumentos aplicados

- Observación de conducta
- Entrevista psicológica
- Inventario de depresión de Beck.
- Cuestionario de personalidad de Eysenck (CPE)
- Inventario clínico multiaxial de personalidad de Millon – MCMI II
- Registro de opiniones – forma A (Adaptado)
- Escala de autoestima de Rosemberg

Análisis de resultados

El usuario presenta indicadores de depresión moderada; por lo que manifiesta conductas como dificultad para conciliar el sueño, pérdida de interés, cansancio, dolor corporal y pérdida de apetito; además de tristeza, ansiedad y pensamientos negativos de su realidad. No se encontró riesgo suicida ni ideas estructuradas.

En cuanto a su personalidad presenta características de introversión, es decir, se muestra retraído socialmente, reservado, planifica sus actos y suele ser ordenado. Por otro lado, es inseguro, tímido, ansioso y se torna irritable ante situaciones donde no logra sentirse comprendido. Desarrolla conductas de evitación por la dificultad de afronte. Su desenvolvimiento personal está inmerso en respuestas de ansiedad y es sensible al estrés; por lo que frecuentemente evidencia tensión, indecisión e inquietud y se muestra aprensivo de los problemas del pasado. Se ajusta a las reglas sociales y familiares. Además, presenta indicadores de personalidad evitativa, suele distanciarse de las experiencias dolorosas o negativas, siendo su estrategia adaptativa el miedo y la desconfianza hacia los demás. Dificultades para involucrarse por el temor al rechazo y al abandono, manteniendo pensamientos negativos recurrentes a raíz de hechos pasados. Se observa a si mismo inferior a los demás, manteniendo conductas de inseguridad y comparándose con sus pares. Como síndrome clínico, presenta indicadores ansiedad, tensión, angustia, dificultades para conciliar el sueño y tiende a percibir un futuro negativo. Siendo el síndrome moderado de depresión, presenta pérdida de interés en sus actividades, llanto frecuente y la incapacidad de disfrute.

En cuanto a sus esquemas de pensamiento, el usuario busca la aprobación y el afecto de los demás, tiene el temor de ser abandonado y dejado de lado, por ello está pendiente de lo que los demás puedan pensar de él, le cuesta expresar lo que piensa y lo que siente, prefiere callar y reprimirse, antes que dar su opinión. Generalmente su comportamiento obedece al esquema de pensamiento “Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno”. Por otro lado, considera que si algo afectó alguna vez su vida siempre

seguirá afectándolo, es decir, no lo olvidará ni superará fácilmente, le quedará una gran “huella” negativa, lo recordará y se lamentará por ello, tiende a presentar pensamientos negativos y rumiaciones de eventos del pasado; generalmente obedece al esquema de pensamiento “Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando”.

En cuanto a su autoestima, se observa un nivel bajo. Donde los sentimientos de valía personal y de respeto por sí mismo están disminuidos, afectando así su percepción de autoeficacia. Se percibe a sí mismo como una persona poco capaz de manejar adecuadamente situaciones adversas, sin tener en cuenta sus propias capacidades, talentos o logros personales.

Conclusiones

- Indicadores de depresión moderada
- Temperamento melancólico
- Esquemas de pensamientos irracionales
- Baja autoestima

Diagnostico

Episodio Depresivo Moderado (F32.1)

Recomendaciones

- Realizar terapia cognitivo conductual
- Interconsulta con Psiquiatría

Lista de conductas

Tabla 10

Diagnostico funcional de la conducta

Exceso	Debilidad	Déficit
Tensión Muscular Aceleración del ritmo cardiaco Dolor de cabeza Irritabilidad	Disminución del apetito Sensación de cansancio Desgano	Actividades sociales

Llora Golpear las paredes Gritar Encerrarse en su cuarto Ansiedad Tristeza Colera Miedo Pensamientos negativos y de inferioridad: “Nadie me quiere, encima soy feo”, “Soy un inútil”, “No valgo nada, soy un estorbo para ella”	Asertividad Control de impulsos Descuido en su apariencia personal	Perdida de interés en sus actividades Inadecuado manejo de pensamientos racionales
--	--	---

Tabla 11

Análisis funcional de la conducta

Estimulo Discriminativo	Conducta	Estimulo Reforzador
<p>Ed. Externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuando está solo en su habitación. - Hora de dormir - Hora de ir a trabajar - Cliente nuevo en su trabajo - Consejos de su madre - Amigos lo buscan para salir o escriben mensajes <p>Ed. Interno:</p> <p>Piensa en sus problemas y recuerda a su ex.</p>	<p>Fisiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tensión muscular - Aceleración del ritmo cardiaco - Llanto - Disminución de apetito - Cansancio - Desgano - Problemas de atención y concentración - Irritabilidad <p>Motor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Golpear las paredes. - Se mantiene encerrado - Descuido en su vestimenta - Descuido en su higiene personal - Dificultad para conciliar el sueño - Llega tarde al trabajo - Ruega a compañeros para que atiendan por él - Grita y golpea la mesa con sus manos. - Tira con fuerza las puertas - Se encierra en su habitación - Inventar excusas, poner modo avión su celular <p>Emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angustia (8/10) - Tristeza (9/10) 	<p>Jugar con su celular para distraerse (Evitar pensar)</p> <p>Madre lava su ropa y le lleva su cena a la habitación.</p> <p>Coge su celular para ver videos (Evitar pensar)</p> <p>Consideración de su jefe</p> <p>Compañeros aceptan atender, a cambio de que realice sus pendientes.</p> <p>Utilizar audífonos (Evitar que le hablen)</p> <p>Trabajar lejos de la entrada del taller.</p>

- Cólera (8/10)
- Miedo (7/10)

Madre lo busca y le pide conversar

Cognitivo:

“Estoy condenado a estar solo” “Nadie me quiere, encima mi rostro ha quedado horrible por mi acné” “Yo le di todo y ella se aprovechó de mi” “Soy un idiota, me odio por creerle” “¿Que voy a hacer de mi vida?, si todo me sale mal” “¿Vale la pena seguir trabajando para estudiar? “Odio mi trabajo, no quiero ir” “Ya no vale la pena estudiar” “Mis amigos están en la universidad y son exitosos, en cambio yo no tengo nada”. “¿Y si me equivoco?” “Soy un inútil” “Me volveré a equivocar en los costos”. “Nadie me entiende, lo único que hace es criticarme” “No valgo nada, soy un estorbo para ella” “Me preguntaran por mi ex, encima estoy todo feo y descuidado” “A ellos si les va bien, en cambio yo soy un inútil”

Sus amigos creen en sus excusas – alejamiento (alivio)

2.6. Intervención

2.6.1 Plan de intervención y calendarización

Tabla 12

Plan de evaluación e intervención

Fases	Sesión	Técnicas de evaluación e intervención
Evaluación	Sesión 1 03ABR21	1. Entrevista psicológica
		2. Observación de la conducta
		3. Encuadre terapéutico (consentimiento informado)
	Sesión 2 10ABR21	1. Entrevista psicológica
		2. Aplicación de la escala de depresión de Beck y el inventario de personalidad Eysenck y Eysenck
		3. Aplicación del inventario clínico multiaxial de personalidad de Millon, Registro de opiniones y Escala de autoestima
	Sesión 3 21ABR21	1. Psicoeducación
		2. Tarea: autorregistro (Línea base)
		3. Aplicación del inventario clínico multiaxial de personalidad de Millon, Registro de opiniones y Escala de autoestima
	Sesión 1 30ABR21	1. Presunción diagnóstica y planteamiento del programa de intervención
		2. Psicoeducación acerca de la depresión
		3. Programación de actividades
		4. Tarea: autorregistro de ampliando la vista

Intervención	Sesión 2 08MAY21	1. Psicoeducación acerca de la técnica 2. Programación de actividades 3. Tarea: fichas de actividades diarias
	Sesión 3 15MAY21	1. Psicoeducación 2. Programación de actividades (Menú de actividades) 3. Tarea: flecha ascendente y descendente
	Sesión 4 22MAY21	1. Psicoeducación 2. Respiración diafragmática 3. Visualización 4. Tarea: practicar en casa
	Sesión 5 29MAY21	1. Psicoeducación 2. Autorregistro 3. Reestructuración cognitiva 4. Tarea: completar autorregistro diario
	Sesión 6 05JUN21	1. Autorregistro 2. Reestructuración cognitiva (Descubrimiento guiado) 3. Tarea: completar autoregistro diario
	Sesión 7 12JUN21	1. Autorregistro 2. Reestructuración cognitiva 3. Técnica de las tres columnas
	Sesión 8 26JUN21	1. Técnica de reatribución 2. Reestructuración cognitiva
	Sesión 9 10JUL21	1. Psicoeducación 2. Técnica de autoinstrucciones 3. Tarea: practicar en casa y trabajo
	Sesión 10 24JUL21	1. Psicoeducación 2. Técnica de solución de problemas
	Sesión 11 13AGO21	1. Técnica de habilidades sociales (Comunicación positiva) 2. Psicoeducación
	Sesión 12 27AGO21	1. Psicoeducación (Autoestima) 2. Reestructuración cognitiva 3. Evaluación post-test
	Seguimiento	Sesión 13 25SET21
Sesión 14 23OCT21		1. Dialogo expositivo 2. Escucha activa 3. Retroalimentación

2.6.2. Programa de intervención

Sesión N° 1

Objetivos de la sesión:

- Motivar y establecer una sólida relación terapéutica

- Brindar conceptos básicos acerca de la depresión, sus síntomas y causas.
- Introducir conceptos de la técnica de programación de actividades

Técnicas utilizadas:

- Psicoeducación
- Programación de actividades
- Auto registro

Descripción de la sesión:

El paciente acude a consulta solo y se da inicio al proceso terapéutico, dándole la bienvenida y motivándolo por su asistencia. Se inicia la sesión revisando el estado general del paciente. Asimismo, se continua con el proceso de Psicoeducación, bajo el modelo cognitivo conductual, explicando conceptos básicos acerca de la depresión, causas y cómo influye en nuestra vida. Se inicio con una breve reseña de la programación de actividades. Se concluye con una tarea para la casa.

T: Hola Jean Pierre, ¿Cómo estás? ¿Cómo te ha ido esta última semana?

P: Hola, todo igual.

T: Entiendo. Hoy trabajaremos la Psicoeducación acerca de la Depresión. Te explicaré qué es la depresión y algunos conceptos básicos (Se muestran fichas e imágenes). La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por presentar síntomas afectivos, conductuales, cognitivos y somáticos que alteran nuestro funcionamiento en la vida diaria. Te explico con la siguiente imagen, que la depresión puede afectar nuestro humor, energía, pensamientos, conductas, nuestras relaciones y hasta nuestro trabajo; como se menciona aquí, ¿tal vez te has sentido así? ¿Te sientes identificado?

Figura 1

Ficha de psicoeducación sobre de la depresión

¿Por qué me siento así?

Sentirse deprimido o "bajoneado" es algo que le pasa a muchas personas y puede influir en diversas áreas de nuestra vida.

Nuestro humor: Podemos estar tristes, de mal humor, que todo nos molesta e irrita, que no aguantemos a nadie, etc.

Nuestra energía: Estamos más cansados, todo nos aburre, podemos tener sueño o, al revés, no poder dormir, tener más hambre o no querer comer.

Nuestros pensamientos: Nos puede costar más concentrarnos, elegir que hacer (no se nos ocurre nada), muchas cosas nos parecen aburridas, comenzamos a pensar que todo es malo o que nosotros mismos no valemos nada, que nada va a mejorar.

Nuestra conducta: Dejamos de hacer las cosas que hacíamos y cada vez hacemos menos, pasamos más tiempo tirados en la cama o en el sillón, mirando la tv. etc.

Nuestras relaciones: Nos peleamos más en casa, cada vez compartimos menos tiempo con nuestros amigos.

Nuestro rendimiento en el trabajo o estudios: Nos cuesta trabajar, no tenemos ganas de ir, no nos importa que nos vaya mal o estamos seguros de que no nos pueda ir bien.

Para recordar:
Cuando estamos deprimidos nuestro pensamiento se vuelve muy negativo. Vemos todo con anteojos oscuros. Sobre todo:

- Lo que nos pasa alrededor
- Nuestro futuro
- Y a nosotros mismos

Adaptado de Bunge et al (2009). Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Aportes Técnicos. p.229. Buenos Aires: Akadia Editorial.

P: Si, justamente así me siento. Tengo todo eso.

T: La depresión, así como cualquier otro trastorno, necesita de mucha comprensión y sobre todo que la persona afectada, en este caso, tú; tome conciencia de la importancia del compromiso con las terapias y por ende del tratamiento; para que te hagas responsable del mismo y tengas una actitud activa en todo este proceso.

P: Si, estoy comprometido.

T: Ahora, hablaremos sobre las causas. Primero, es bueno tener en cuenta que la persona que sufre de depresión no es una persona débil o que intenta llamar la atención de los demás, realmente sufren y pueden llegar a sentirse solas y que los demás no las comprenden; es importante que seas muy comprensivo contigo mismo y valides tus emociones y pensamientos.

Existen varias teorías que pueden explicar el origen de la depresión, pueden deberse a múltiples factores. (Se muestra fichas e imágenes)

Figura 2

Factores biológicos y psicosociales de la depresión

BIOLÓGICAS

Genéticas

- Antecedentes familiares de patología afectiva
- Excesivamente perfeccionista y pulcros
- Autoexigentes
- Hiperresponsables
- Dependientes de los demás

Somáticas

- Factores bioquímicos y metabólicos (serotonina, dopamina y noradrenalina)

PSICOSOCIALES

- Acontecimientos vitales desencadenantes
- Estrés psicofísico
- Falta de recursos adecuados de apoyo social
- Frustración crónica
- Agotamiento
- Pérdida de valores
- Marginalidad
- Fracaso laboral

Nota: Pérez, J. (2021) Imagen, causas de la depresión. <https://www.esteveitejin.com/otras-patologias/depresion/>

Figura 3

Ficha de psicoeducación sobre las causas de la depresión

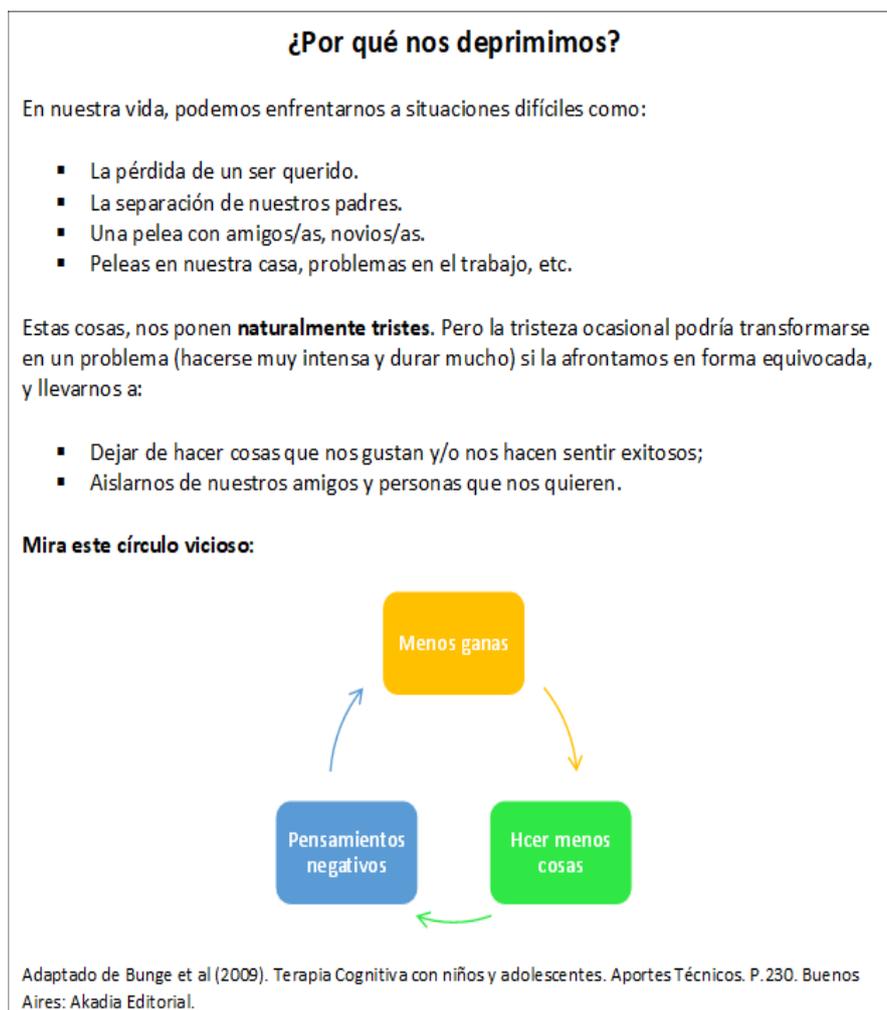


Figura 4

Ficha de psicoeducación sobre programación de actividades graduales

Haciendo pesas con la tristeza

¿Sabías que una forma para combatir la tristeza es hacer cosas agradables y que nos gusten?

El problema es que cuando estuvimos tristes algún tiempo, nos cuesta más hacer las cosas. El estado de ánimo es como un músculo que pierde la costumbre. Por eso, la idea es volver a hacer de a poquito esas cosas que nos hacen sentir exitosos o alegres: visitar a un amigo o jugar un partido, y anotar como cambia nuestro estado de ánimo a medida que recobramos la práctica.

Es como cuando vas por primera vez a un gimnasio. Levantas poco peso, y al otro día te duele todo. Pero de a poco, con práctica, las cosas resultan más fáciles y puedes levantar más peso, o el mismo con menor esfuerzo.

Adaptado de Bunge et al (2009). Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Aportes Técnicos. P.231. Buenos Aires: Akadia Editorial.

T: Como ves, este episodio depresivo tiene varios signos y síntomas; como te mencione que afectan tus conductas, pensamientos y emociones; empezaremos trabajando las conductas desadaptativas por lo que iniciaremos la terapia con técnicas que te activen de manera conductual, poco a poco, para que la misma actividad o conducta se convierta en un refuerzo para ti.

P: Entiendo. Pondré de mi parte.

T: Ahora, tendrás una tarea que se llama “Ampliando la vista”. El objetivo de esta tarea es ampliar tu percepción de las situaciones, enfocándote no solo en lo negativo, sino en situaciones agradables, así sean mínimas. Ejemplo: que tu mamá te sonriera, una felicitación de tu jefe, llegar puntual al trabajo, etc. ¿Tiene alguna duda con esta tarea?

P: No, entendí todo. Gracias

T: Listo. Nos vemos en la siguiente sesión.

Tarea

Figura 5

Ficha de registro conductual “Ampliando la vista”

AMPLIANDO LA VISTA							
Cuando estamos tristes o “bajoneados”, nos cuesta ver las cosas buenas que nos pasan. Para que puedas ir acostumbrándote a ver todo lo que te sucede y no solo lo que no te gusta o te hace sentir mal, te aconsejamos que registres en la planilla las cosas positivas que te pasan en el día.							
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Semana 1							
Semana 2							
Semana 3							
Semana 4							

Adaptado de Bunge et al (2009). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Aportes Técnicos*. P. 232. Buenos Aires: Akadia Editorial.

Conclusión: Se lograron los objetivos planificados.

Sesión N° 2

Objetivos de la sesión:

- Reforzar la información sobre la técnica de programación de actividades.
- Dar a conocer la relación entre el estado de ánimo y la actividad.
- Aumentar el nivel de actividad

Técnicas utilizadas:

- Psicoeducación
- Programación de actividades

Descripción de la sesión:

Se inicia la sesión revisando el estado general del Paciente. Se realiza retroalimentación de la sesión anterior y se revisa la tarea asignada. Se explica la Técnica de Programación de actividades. Se informa sobre la importancia del uso de técnicas conductuales basadas en la programación gradual de actividades placenteras y sociales. Se explica la elaboración de una lista de actividades gratificantes

T: Hola Jean Pierre, ¿Cómo estás? ¿Cómo te ha ido esta última semana?

P: Hola, bien. Poniendo de mí parte.

T: Comentaremos acerca de la sesión anterior. ¿Recuerdas, qué habíamos trabajado?

P: Si. Me explicó acerca de lo que tenía, que era la depresión y porque me sentía así.

T: Perfecto. Además, vimos una tarea a realizar. ¿Lo hiciste?

P: Si. Aquí está (mostrando la ficha “Ampliando la vista)

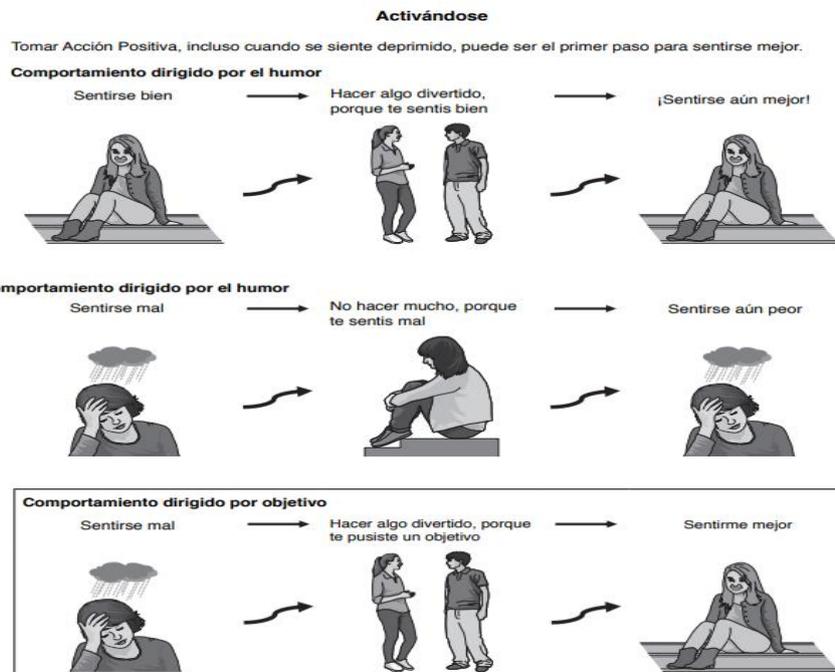
T: Muy bien, felicito el cumplimiento de la tarea. ¿Qué te pareció? ¿Pudiste descubrir algo con el ejercicio?

P: Si. Me ayudó a darme cuenta que no todo lo que me sucede en el día es malo. Hay cosas buenas que me pasan y no me había dado cuenta por estar siempre concentrado en lo mal que me va en la vida.

T: Me da mucho gusto que hayas podido percibir un pequeño cambio y reflexionar respecto a ello. Hoy continuaremos con la técnica de programación de actividades. Quiero que observes este gráfico, donde te mostrare como tomar acción positiva en nuestra conducta. (Se muestran fichas e imágenes)

Figura 6

Ficha de psicoeducación sobre programación de actividades



Adaptado de McCauley et al. (2016). Activación conductual con adolescentes. P. 183. The Guilford Press.

T: Aquí en la imagen, vemos cuando nuestro **comportamiento está dirigido por el humor**.

Veamos la primera figura, donde la persona se siente bien, por lo que hace algo divertido, solo por el hecho de tener ánimos en ese momento; y por ende luego se siente mejor. Veamos la segunda figura, donde la persona se siente mal, por lo que no hace nada, por el hecho de sentirse así; y por ende luego se siente aún peor. En ambas figuras podemos observar que guían su conducta de acuerdo al estado de ánimo en que se encuentran, teniendo dificultades en las consecuencias.

Observemos la última figura, donde nuestro **comportamiento está dirigido por objetivos**. La persona se siente mal, sin ganas; pero a pesar de sentirse así, hace alguna actividad divertida o placentera porque se lo planteo como objetivo; y por ende luego se siente mejor.

El objetivo de la terapia conductual es ese, que no esperes a que vengan las ganas para hacer las cosas, hay que hacer las cosas para que vengan las ganas (Haciendo pesas con la tristeza como la sesión pasada)

P: Entiendo.

T: Ahora, realizaremos una lista de actividades placenteras o que te aporten algún beneficio ¿Qué actividades podrías hacer durante el día, que sean adecuadas o te produzcan bienestar?

P: Ver una película, volver hablar con mis amigos, hacer ejercicio, volver a jugar futbol, etc.

T: Muy bien, entendemos que a pesar de que no tengas “muchas ganas” de realizar esas actividades y sea difícil iniciarlas; conforme se va dando, iras poco a poco sintiéndote mejor. El objetivo es poner a prueba tu propia creencia de que “no puedes hacer las cosas” e ir mejorando el sentido de eficacia ante esas actividades. Empecemos a hacer la lista y te iré sugiriendo actividades, dialogaremos y me comentaras si estás de acuerdo o no en agregarla a tu rutina diaria.

1. Desayunar temprano con tu familia
2. Llamar a un amigo y contarle mi día de trabajo
3. Lavar mi ropa
4. Cambiarme de ropa (todos los días)
5. Bañarme (como mínimo Inter diario)
6. Ver una película

Como ves, estamos elaborando una serie de actividades sencillas, pero de gran valor, centrándonos en dirigir tu conducta por pequeños objetivos diarios. La misma actividad, ocasionara un refuerzo positivo en ti.

P: Entiendo, lo cumpliré para sentirme mejor.

T: Perfecto. Ahora como tarea, tendrás un horario diario o una programación como este (se muestra la ficha) en donde agregaras en la primera columna, las actividades diarias que hemos acordado hoy, cada actividad tiene su hora del día y es importante que la realices a la hora indicada. Luego pondrás en la segunda columna un número del 1 al 10 (donde 1 significa “muy mal” y 10 significa “muy bien”) en relación al ánimo y cómo te has sentido al realizar la actividad.

Tarea

Figura 7

Ficha de registro sobre programación de actividades

		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10									
		"mal" (Triste, Enojado, Aburrido)			"Bastante Bien"			"Muy Bien" (Feliz, Comprometido)			
DIA	ACTIVIDAD	Puntuación General		Sentimientos e Intensidad		DIA	ACTIVIDAD	Puntuación General		Sentimientos e Intensidad	
6 AM						6 AM					
7 AM						7 AM					
8 AM						8 AM					
9 AM						9 AM					
10 AM						10 AM					
11 AM						11 AM					
NOON						NOON					
1 PM						1 PM					
2 PM						2 PM					
3 PM						3 PM					
4 PM						4 PM					
5 PM						5 PM					
6 PM						6 PM					
7 PM						7 PM					
8 PM						8 PM					
9 PM						9 PM					
10 PM						10 PM					
11 PM						11 PM					
12+						12+					

Adaptado de McCauley et al. (2016). Activación conductual con adolescentes. P. 185. The Guilford Press.

Conclusión: Se lograron los objetivos planificados.

Sesión N° 3

Objetivos de la sesión:

- Proporcionar retroalimentación objetiva referente a sus logros
- Identificar e incorporar actividades gratificantes al programa
- Aumentar el nivel de actividad

Técnicas utilizadas:

- Psicoeducación
- Programación de actividades

Descripción de la sesión:

Se inicia la sesión revisando el estado general del Paciente. Se realiza retroalimentación de la sesión anterior y se revisa la tarea asignada. Se continúa trabajando la Técnica de

Programación de actividades y se identifican conductas gratificantes para aumentar el nivel de actividad.

T: Hola Jean Pierre, ¿Cómo estás? ¿Cómo te ha ido esta última semana?

P: Hola, mejorando.

T: Comentaremos acerca de la sesión anterior. ¿Recuerdas, qué habíamos trabajado?

P: Si. Me explicó la relación entre mi estado de ánimo y las actividades que realizo.

T: Perfecto. Además, vimos una tarea a realizar. ¿Lo hiciste?

P: Si. Aquí está (mostrando la ficha “Programa de actividades”)

T: Muy bien, felicito el cumplimiento de la tarea. ¿Qué te pareció? ¿Pudiste descubrir algo con el ejercicio?

P: Si. Me ayudó a darme cuenta que hacía pocas actividades en realidad y que en la mayoría no me sentía bien. Cumplí en agregar las actividades de la lista en mi rutina y me di cuenta que aprovechaba más mi tiempo; además de cómo me sentía haciéndola.

T: Exacto. Las conductas de evitación que has estado teniendo han reforzado la depresión; por ende, cuando realizas alguna actividad gratificante, aunque sea pequeña, estamos poniendo a prueba la idea de “No puedo hacer nada”, evidenciando que sí puedes y refutando esa realidad. Por ejemplo, cuando estabas encerrado en tu cuarto con tu celular ¿te sentías mejor o peor, que cuando estabas hablando con tu hermano menor?

P: Veo que cuando hablo con mi hermano me siento mejor.

T: Exacto. Nos damos cuenta, que el relacionarte, el hecho de salir de tu cuarto y hablar, te hace sentir mejor; esas son conductas que poco a poco harán que tu depresión disminuya. Al igual que cambiarte de ropa y bañarte. ¿Cómo te sentiste haciendo esas conductas?

P: Al principio me daba flojera, pero como ya lo había colocado en mi programación, tenía que hacerlas. Me sentí mucho mejor, mi mama se puso feliz al ver que lavaba mi ropa y que me estaba arreglando. Mi hermano me dijo que se me veía simpático.

T: Que alegría. Puedes darte cuenta que al inicio es difícil, ya que nos guiamos por nuestro estado de ánimo, pero si te centras en el objetivo diario, que ya está planificado, eso te ayudará a continuar a pesar de no tener muchas ganas al inicio. Además, como tu mencionaste, aprovechas más tu tiempo; y justamente esa es la idea, que te des cuenta que eres capaz de controlar tu tiempo teniendo la sensación de que tus actividades tienen un propósito claro y dejarás de sentir que “estas actuando por pura inercia”.

Felicito tu progreso. Ahora te mostraré un Menú de actividades (se muestra la ficha) que puedes incorporar a tu programación para sentirte mejor, lo importante es que te puedas dar cuenta que la inactividad está asociada a intensificar tus síntomas depresivos y, por ende, tus sentimientos negativos. Es importante que elijas una actividad y la agregues a tu rutina diaria.

Figura 8

Ficha de trabajo: menú de actividades

Menú de actividades		
Ir por un paseo Leer un buen libro Escribir en un diario Jugar con tu mascota	Escribir a un amigo Sentarse y pensar Escuchar los pájaros Ir al cine	Pintar Limpiar la casa Limpiar el jardín Caminar por el río
Hablar por teléfono Mirar la TV Escuchar Música Meditar	Escuchar la radio Ir a una cita Invitar a tus amigos Hacer un regalo	Alquilar una película Hacer un nuevo amigo Levantarte temprano Dormir hasta tarde
Usar tu ropa favorita Limpiar tu habitación Hacer algo Plantar una planta	Intercambiar chistes con un amigo Ser amable con el vecino Ir de excursión Ayudar a un amigo	Sentarte al lado del río Mirar a la gente en el shopping Hacer un asado Cantar
Tomar un baño caliente Escribir una historia Usar un Frisbee Hacer deportes	Hacer algo nuevo Soñar despierto Cocinar una comida a alguien Hacer un favor	Tomar el tren y pasear Hablar sobre religión Terminar un proyecto Escuchar a la naturaleza
Reír Llorar Jugar con la play Caminar en un shopping	Leer el periodico Ir por una vuelta con el auto Lavar el auto Tomar el colectivo a algún lado	Bailar Unirse a un grupo Pensar sobre los problemas del mundo Listar todas las buenas cosas
Hacer trabajo voluntario Hacerse un snack Tomar una siesta Sentarte en el sol	Ir por un paseo al parque Ayudar a alguien Piezar Sacar a pasear al perro	Dar un pequeño regalo Ir a jugar Bowling Ejercitarse Ir a pasear con la bici
Estar con amigos Contar las estrellas Sacar fotos Hacer una playlist	Mirar crecer las flores Pintarte las uñas Decorar tu habitación Reconectarte con un viejo amigo	Encontrar una nueva banda de música Ir a un recital Hacer flexiones Probar una comida nueva

Adaptado de McCauley et al. (2016). Activación conductual con adolescentes. P. 183. The Guilford Press.

P: Entiendo, lo iré agregando.

T: Perfecto. Ahora como tarea, tendrás que identificar y hacer una lista de las actividades que te hacen sentir mejor o ayudarían a tu bienestar (Columna con la flecha hacia arriba) y las actividades que te hacen sentir mal o no ayudarían a tu bienestar (Columna con la flecha hacia abajo)

Tarea

Figura 9

Ficha de registro de actividades

TIRARTE PARA ARRIBA, DERRIBARTE

Lista actividades que puedes usar para tirarte para arriba	Lista actividades que te derriban
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____
5. _____	5. _____
6. _____	6. _____
7. _____	7. _____
8. _____	8. _____
9. _____	9. _____
10. _____	10. _____
11. _____	11. _____

Adaptado de McCauley et al. (2016). Activación conductual con adolescentes. P. 188. The Guilford Press.

Conclusión: Se lograron los objetivos planificados.

Sesión N° 4

Objetivos de la sesión:

- Brindar información al paciente de los síntomas fisiológicos de la depresión
- Reducir sintomatología fisiológica y de malestar emocional

Técnicas utilizadas:

- Psicoeducación

- Respiración Diafragmática
- Visualización

Descripción de la sesión:

Se inicia la sesión revisando el estado general del Paciente. Se realiza retroalimentación de la sesión anterior y se revisa la tarea asignada. Se realiza la psicoeducación de los síntomas fisiológicos y se continúa trabajando la Técnica de visualización y respiración diafragmática.

T: Hola Jean Pierre, ¿Cómo estás? ¿Cómo te ha ido esta última semana?

P: Hola, bien.

T: Comentaremos acerca de la sesión anterior. ¿Recuerdas, qué habíamos trabajado?

P: Si. Vimos actividades agradables por hacer y que me ayudarían a mis objetivos.

T: Perfecto. Además, vimos una tarea a realizar. ¿Lo hiciste?

P: Si. Aquí está (mostrando la ficha “Flechas, hacia arriba y hacia abajo”)

T: Muy bien, felicito el cumplimiento de la tarea. ¿Qué te pareció? ¿Pudiste descubrir algo con el ejercicio?

P: Si. Me di cuenta que actividades puedo hacer para sentirme mejor y que cosas no debo hacer, porque sería retroceder.

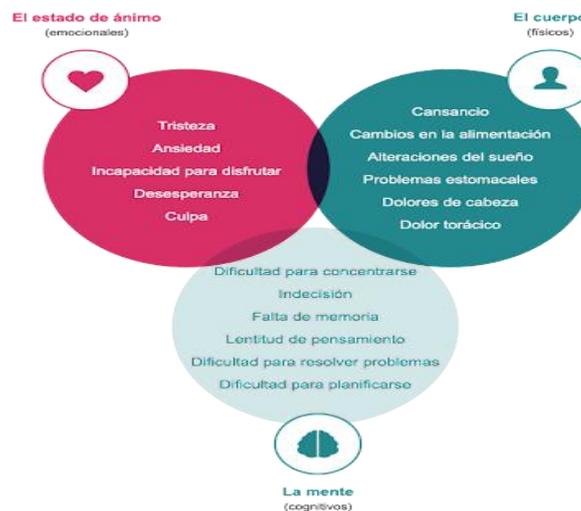
T: Excelente. Felicito ese avance. Debes de continuar realizando las actividades planificadas, puedes agregar otras de acuerdo a tus rutinas; el objetivo es que te mantengas activo. Te has ido dando cuenta que, sin pensarlo, la misma conducta te genera un refuerzo positivo; a comparación de cuando evitabas realizar las actividades. Y lo puedes contrastar con el registro de emociones que has estado teniendo por cada actividad. Además de eso, cuando te sientas triste puede darte cuenta que actividades te ayudaran a sentirte mejor. (como en el “Menú de actividades”)

Hoy, trabajaremos los síntomas fisiológicos que también son parte de la depresión. Te explico un poco de ello con la siguiente imagen. (Se muestra la imagen) Centrémonos donde

dice “El cuerpo”, la depresión tiene diversa sintomatología, entre ellos esta lo físico; es por ello que sientes cansancio, dolores de cabeza, tensión muscular, aceleración del ritmo cardiaco, entre otros. Es por ello que hoy, trabajaremos ejercicios de relajación y respiración que te ayudaran a reducir esos síntomas, haciendo que tu cuerpo logre una homeostasis, un equilibrio.

Figura 10

Ficha de psicoeducación sobre signos y síntomas de la depresión



Nota: Revista (2018) Imagen, <http://www.rethinkdepression.es/signos-y-sintomas/>

T: Empezaremos con la técnica de visualización. Quiero que te coloques en una postura cómoda, y sigas mis indicaciones: “Cierra los ojos visualizando una situación agradable, donde te gustaría estar; te pido que observes la escena con todos los detalles (colores, sonidos, luces, etc.) incluyendo las sensaciones que puedes experimentar; toma todo el tiempo que sea necesario y así, poco a poco, vas creando una imagen mental” Puedes abrir los ojos. ¿Cómo te sentiste?

P: Bien. Mas relajado

T: Ahora, continuaremos con la Técnica de respiración diafragmática y seguirás los siguientes pasos:

- Siéntese en una silla cómoda. Asegúrese de que la espalda esté apoyada.

- Coloque una de las manos sobre el pecho y la otra sobre el abdomen.
- Inhale lentamente por la nariz. Cuente hasta 2. A medida que inhale, el abdomen debe empujar la mano. El pecho debe permanecer quieto.
- Expulse el aire lentamente con los labios juntos (casi cerrados). Cuente hasta 4. A medida que expulsa el aire, debe sentir que el estómago se hunde.
- Observe que al inhalar cuenta hasta 2 y que cuando expulsa el aire cuenta hasta 4. Esto lo ayuda a mantener su respiración lenta y pareja.
- Se invitará a tomar conciencia de lo avanzado.

Tarea:

Repetir los ejercicios de respiración 2 – 3 veces al día, por la mañana, tarde, noche y en situaciones estresantes como un ritual. Practicar de manera Inter diaria los ejercicios de visualización. Luego escribir sus progresos.

Conclusión: Se lograron los objetivos planificados.

Sesión N° 5**Objetivos de la sesión:**

- Brindar información al paciente acerca de las distorsiones cognitivas presentes en la depresión
- Modificar pensamientos negativos y desadaptativos

Técnicas utilizadas:

- Psicoeducación
- Autoregistro
- Reestructuración cognitiva

Descripción de la sesión:

Se inicia la sesión revisando el estado general del Paciente. Se realiza retroalimentación de la sesión anterior y se revisa la tarea asignada. Se realiza la psicoeducación de las distorsiones cognitivas

T: Hola Jean Pierre, ¿Cómo estás? ¿Cómo te ha ido esta última semana?

P: Hola, mucho mejor.

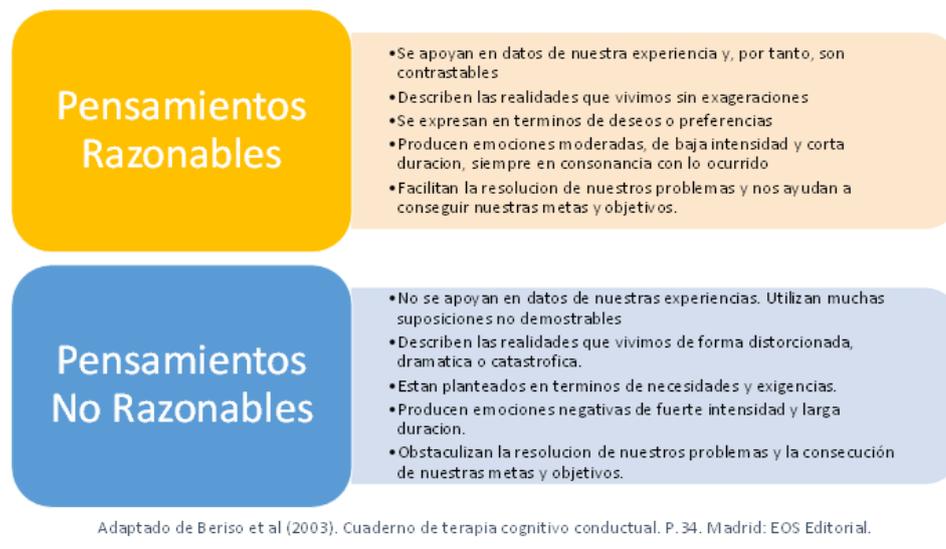
T: Comentaremos acerca de la sesión anterior. ¿Pudiste practicar los ejercicios de respiración diafragmática?

P: Si. Me ayudo a relajarme en situaciones difíciles.

T: Perfecto. Hoy trabajaremos la parte cognitiva, en este caso los pensamientos distorsionados que solemos tener y repercuten en nuestro estado depresivo. (Se muestran fichas). Podemos ver que existen pensamientos razonables y pensamientos no razonables; déjame explicarte las características de cada uno de ellos.

Figura 11

Ficha de psicoeducación sobre pensamientos razonables y no razonables



T: Luego de ello, existen seis elementos que influyen en nuestra vida, como podemos ver en la siguiente imagen.

Figura 12

Ficha de psicoeducación sobre los componentes personales

Las personas nos comportamos de manera diferente ante las mismas situaciones.

¿Qué es lo que hace que las personas reaccionemos de forma diferente ante las mismas situaciones?

Los seis elementos de nuestras vidas son:

1. El ambiente: entorno en el que me muevo, los acontecimientos que ocurren, las personas con las que me relaciono, etc. Por ejemplo, en tu caso, tu familia, tus compañeros de estudios, etc.
2. Mis emociones: alegría, tristeza, temor, etc.
3. Mis reacciones físicas: dolor, palpitaciones, sudoración, tensión muscular, etc.
4. Mis pensamientos o mis ideas acerca de: mi mismo, de los demás y del mundo
5. Mi comportamiento: lo que hago, lo que digo, las relaciones que establezco, etc.
6. Las consecuencias de mi comportamiento: estas aumentan o disminuyen la probabilidad de que yo repita mi conducta.

Adaptado de Beriso et al (2003). Cuaderno de terapia cognitivo conductual. P.15. Madrid: EOS Editorial.

T: El objetivo es identificar los pensamientos relacionados a las situaciones que generan malestar, por ello dicho procedimiento es un proceso continuo que se prolongará a lo largo de las sesiones. Trabajaremos el Registro de situación-pensamiento-emoción-conducta. Esto consiste en realizar un registro de pensamientos, que nos permitirá ver cómo están relacionados nuestros pensamientos con nuestras emociones y nuestras conductas, en que situaciones se producen y que consecuencias tienen, es decir, como funcionan los seis elementos de nuestra vida (que vimos anteriormente) y en esa circunstancia concreta que estamos viviendo y en la que “nos sentimos mal”. Haremos un ejemplo juntos. Para lograr realizar el registro vas a efectuar los siguientes pasos:

1. Cada vez que presentes una emoción negativa (tristeza, enfado, ira, ansiedad) identifícala y valora su intensidad de 0 a 100. Por ejemplo, sientes “cólera 70”.
2. Escribe en la misma columna si hay alguna reacción física (dolor de cabeza, nudo en el estómago, etc.) Por ejemplo, tensión muscular y aceleración del ritmo cardiaco.
3. Escribe a continuación la situación (puede ser externa o interna) que está sucediendo en el momento en el que te sientes mal, la fecha y la hora. Por ejemplo, cuando pienso o recuerdo a mi ex enamorada.

4. Luego, intenta registrar tú pensamiento, valorando el grado de creencia que tiene para ti, es decir, cuanto te lo crees, de 0 a 100. Por ejemplo, “Soy un idiota, me odio por creerle”. 80

5. Después, describe que haces ante esa situación, es decir, cuál es tu comportamiento y la duración que tiene. Por ejemplo, golpear las paredes. Duración 2 minutos.

6. Analiza por ultimo las consecuencias que tiene este comportamiento, que pasa después. Por ejemplo, me siento peor, me quedo encerrado en mi cuarto.

Figura 13

Ficha de autoregistro: situación – pensamiento – emoción - conducta

FECHA	SITUACION	PENSAMIENTO	EMOCION – REACCIONES FISICAS	CONDUCTA - CONSECUENCIA
	cuando pienso o recuerdo a mi ex enamorada	“Soy un idiota, me odio por creerle”. (80)	Colera (70) tensión muscular y aceleración del ritmo cardiaco	Golpear las paredes. (2 min.) Me siento peor, me quedo encerrado

T: El objetivo de este procedimiento es buscar las situaciones activadoras y los pensamientos que estas teniendo a lo largo de los días, así mismo, puedas evaluar y darte cuenta la influencia de los pensamientos distorsionados en tu conducta y emoción.

Tarea: Completar el auto registro diario de pensamientos distorsionados

FECHA	SITUACION	PENSAMIENTO	EMOCION – REACCIONES FISICAS	CONDUCTA - CONSECUENCIA

Conclusión: Se lograron los objetivos planificados.

Sesión N° 6

Objetivos de la sesión:

- Cuestionar y modificar los pensamientos distorsionados
- Generar pensamientos alternativos

Técnicas utilizadas:

- Auto registro
- Reestructuración cognitiva (Descubrimiento guiado)

Descripción de la sesión:

Se inicia la sesión revisando el estado general del Paciente. Se realiza retroalimentación de la sesión anterior y se revisa la tarea asignada. Se realiza el proceso de reestructuración cognitiva

T: Hola Jean Pierre, ¿Cómo estás? ¿Cómo te ha ido esta última semana?

P: Hola, bien.

T: Comentaremos acerca de la sesión anterior. ¿Realizaste el registro de pensamientos? ¿Qué tal te fue?

P: Si, lo hice. Bien. Me ayudó a darme cuenta de las situaciones, emociones y pensamientos que tenía.

T: Listo. Este registro nos ayudará a trabajar el tema de hoy. Nos hemos dado cuenta que los pensamientos son nuestras interpretaciones de las situaciones o experiencias que, en algunas ocasiones, no son adaptativas ni razonables, lo que nos genera malestar emocional. Para cuestionarlos y buscar otras alternativas más beneficiosas realizaremos lo que se denomina Descubrimiento guiado.

Empezamos definiendo con claridad el pensamiento no razonable que queremos modificar. Anotamos cuanto nos lo creemos de 0 a 100.

Figura 14

Ficha de reestructuración cognitiva: descubrimiento guiado

<p>PENSAMIENTO: “Estoy condenado a estar solo” (Cuando recuerdo que mi ex enamorada me dejó. Angustia 80/100) ¿Por qué es importante para mí? ¿Qué significa para mí?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No quiero estar solo ▪ Tengo miedo que nadie más me quiera <p>GRADO DE CREENCIA (0-100) ANTES del debate: 85% GRADO DE CREENCIA (0-100) DESPUES del debate: 15%</p>
<p style="text-align: center;">PROCESO DE DEBATE VALIDEZ DE ESTE PENSAMIENTO <u>Hechos A FAVOR de este pensamiento</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mi ex enamorada me dejó por otra persona <p style="text-align: center;"><u>Hechos EN CONTRA de este pensamiento</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En realidad, no puedo asegurar que me quedare solo, por el hecho de que me engañó ▪ El hecho de que me fuera infiel, no quiere decir que nadie más pueda fijarse en mí
<p style="text-align: center;">UTILIDAD DEL PENSAMIENTO: CONSECUENCIAS DE MANTENER ESTE PENSAMIENTO <u>Ventajas de pensar así</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna. Me siento mal. <p style="text-align: center;"><u>Inconvenientes de pensar así</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inmediatas: No quiero salir de mi cuarto. Me siento mal. ▪ A largo plazo: Hace que me aleje de mis amigos y de los que quiero <p style="text-align: center;">UTILIDAD DEL PENSAMIENTO: CONSECUENCIAS DE CAMBIAR ESTE PENSAMIENTO <u>Ventajas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Me sentiría más tranquilo con mi familia y amigos. ▪ No tendría miedo de quedarme solo <p style="text-align: center;"><u>Inconvenientes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No veo ninguno
<p style="text-align: center;">PENSAMIENTO ALTERNATIVO Y GRADO DE CREENCIA (0-100)</p> <p>Es normal estar triste ante esta situación, porque me dejaron; pero puedo tolerarlo. Que me haya pasado esto, no significa que nadie más me va a querer o que me vaya a quedar solo. Este pensamiento me lo creo en un 70%</p>
<p style="text-align: center;">¿COMO ME SIENTO AHORA?</p> <p>Poco a poco me voy sintiendo más confiado y la sensación de angustia va disminuyendo</p>
<p style="text-align: center;">¿QUE PUEDO HACER ENTONCES?</p> <p>Me doy la oportunidad de afrontar la situación y aprender de ella.</p>

T: De esta forma, vamos a ir alcanzando nuevas perspectivas que desafíen tus distorsiones cognitivas. Siempre recuerda hacerte las preguntas mencionadas con anterioridad: ¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de estos pensamientos?, ¿Cuáles son las formas alternativas de pensar en esta situación? y ¿Cuáles son las consecuencias de pensar de esta manera?

T: Ahora, como tarea continuarás realizando autoregistros con las situaciones que te ocasionen malestar y lo revisaremos en la siguiente sesión.

Tarea: Realizar autorregistro

Conclusión: Se lograron los objetivos planificados.

Sesión N° 7

Objetivos de la sesión:

- Reevaluar pensamientos automáticos negativos
- Formular pensamientos racionales alternativos

Técnicas utilizadas:

- Auto registro
- Reestructuración cognitiva
- Técnica de las tres columnas

Descripción de la sesión:

Se inicia la sesión revisando el estado general del Paciente. Se realiza retroalimentación de la sesión anterior. Se realiza el proceso de reestructuración cognitiva a través de la técnica de las tres columnas, utilizando la técnica de auto registro.

T: Hola Jean Pierre, ¿Cómo estás? ¿Cómo te ha ido esta última semana?

P: Hola. Siento que estoy mejorando.

T: Comentaremos acerca de la sesión anterior. ¿Qué puedes recordar?

P: Si, acerca de cuestionar la validez de lo que pienso, si me es útil o no y las evidencias. Me he dado cuenta que a veces pienso cosas que no son racionales y eso me hace sentir mal.

T: Perfecto. Ese es el objetivo, que aprendas a tener pensamientos más adaptativos y, por ende, flexibles a la realidad que vives. Ya hemos trabajado la técnica de auto registro, justamente te pedí como tarea que continuaras realizándolo, así que utilizaremos uno de ejemplo para

continuar, con la diferencia, que le agregaremos dos columnas más: Respuesta Racional y Resultado. Como te puedes dar cuenta, todo inicia en una situación problema, pero conforme vayas identificando tus distorsiones cognitivas y modificándolas por unas más racionales, se puede lograr una mejora en las emociones y las conductas.

Figura 15

Ficha de autoregistro: respuesta racional y resultado

FECHA	SITUACION	PENSAMIENTO	EMOCION – REACCIONES FISICAS	CONDUCTA	RESPUESTA RACIONAL	RESULTADO
	cuando pienso o recuerdo a mi ex enamorada	“Soy un idiota, me odio por creerle”. (80)	Colera (70) tensión muscular y aceleración del ritmo cardiaco	Golpear las paredes. (2 min.) Me siento peor, me quedo encerrado	El hecho de haberle creído, no me hace idiota. (70%)	Colera (20%)

T: A continuación, trabajaremos la Técnica de las tres columnas, esta suele resumir el proceso del debate de pensamiento para llegar a la formulación de un pensamiento racional alternativo.

Figura 16

Cuadro de técnica de las tres columnas

Pensamiento Negativo	Distorsión	Pensamiento Alternativo
“Soy un inútil”	Etiquetación	“Puedo equivocarme, eso no me hace inútil” (Diferenciar las acciones de la persona)
“Me volveré a equivocar en los costos”	Anticipación negativa	“Puede que falle o puede que no, lo intentaré”

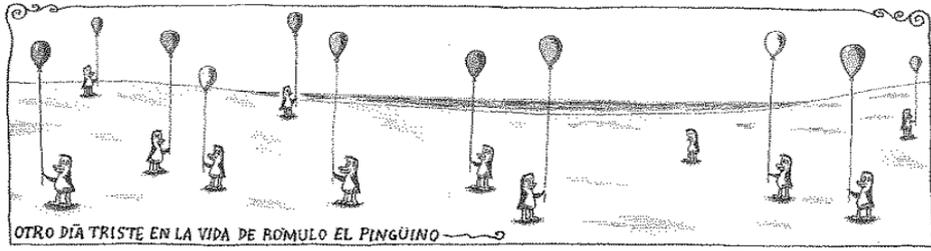
Como ves en el ejemplo, los pensamientos negativos tienen una distorsión y esto repercute en nuestro estado de depresión, dándonos cuenta de ello y generando pensamientos alternativos, podemos lograr consecuencias positivas en nuestra realidad.

Realicemos otro ejemplo, con la siguiente ficha que te mostraré a continuación:

Figura 17

Ficha de trabajo: generar pensamientos alternativos

Otros ejercicios para combatir la tristeza

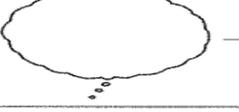


OTRO DÍA TRISTE EN LA VIDA DE ROMULO EL PINGÜINO

¡Para ponerte a prueba!

Si fueras el psicólogo del pingüinito sin globo ¿qué le dirías?
Es difícil, pero con imaginación seguramente puedas ayudarlo.
Completa la secuencia con lo que pudo haber pensado él y la alternativa con lo que le dirías vos.

A: Situación → **B:**  → **C:** 

→ **B alternativo:**  → **C:** 

Adaptado de Bunge et al. (2009) *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Aportes Técnicos*. P.257. Buenos Aires: Akadia Editorial.

T: Explícame la situación y el pensamiento que puede estar teniendo el pingüino sin globo.

Después dime un pensamiento alternativo.

P: La situación es que todos los demás pingüinos tienen un globo menos él, obviamente se sentirá triste. Me imagino que piensa “B: ¿Por qué todos tienen menos yo? Algo malo debo tener”. Y un pensamiento alternativo podría ser “B Alternativo: El que todos los demás tengan un globo, no me hace mejor o peor.”

T: Excelente. Estas identificando tus pensamientos desadaptativos y modificándolos a uno alternativo, adaptativo y flexible, amigable para ti mismo, lo cual generara un mejor estado emocional en todo sentido. Esta práctica debe de ser continua y ponerlo en práctica a diario.

Conclusión: Se lograron los objetivos planificados.

Sesión N° 8

Objetivos de la sesión:

- Modificar sesgos cognitivos, ajustándolo al grado de responsabilidad sobre los acontecimientos
- Formular pensamientos racionales alternativos

Técnicas utilizadas:

- Técnica de Reatribución
- Reestructuración cognitiva

Descripción de la sesión:

Se inicia la sesión revisando el estado general del Paciente. Se realiza retroalimentación de la sesión anterior. Se realiza el proceso de reestructuración cognitiva a través de la técnica de reatribución.

T: Hola Jean Pierre, ¿Cómo estás? ¿Cómo te ha ido esta última semana?

P: Hola, bien. Ya me estoy llevando mejor con mi mamá y mi hermano. En el trabajo las cosas van mejorando.

T: Comentaremos acerca de la sesión anterior. ¿Has podido poner en práctica lo aprendido acerca de los pensamientos alternativos?

P: Si, lo hice. Lo practico cada vez que tengo un pensamiento que me haga sentir mal, trato de encontrar evidencias y buscar alternativas de pensar más racionales. A veces sucede rápido, así que trato de tomarme mi tiempo.

T: Claro, que bien. Todo es un proceso que implica práctica y constancia en el manejo de nuestros pensamientos. Hoy trabajaremos la técnica de reatribución. Te explico, ante un acontecimiento que despierta sentimientos de culpa, hay que señalar los posibles factores que hayan influido en él (incluyendo nuestra parte de implicación), determinando el porcentaje de responsabilidad de cada uno de estos factores en ese suceso. Podemos representarlo en un

diagrama de sectores, como los de una torta. Hagamos un ejemplo con la situación que me comentaste en tu trabajo.

1. Situación antecedente: Me equivoque realizando una proforma en mi trabajo
2. Emoción negativa: Culpa 90% - Angustia 80%
3. Identifico en mi mente un auto diálogo interno negativo que me culpabiliza: “Me siento culpable por equivocarme” “Me volveré a equivocar”
4. Analizo los factores que han influido para que eso sucediera y el % de responsabilidad de cada uno:
 - Factor 1: Mis compañeros estaban almorzando y estaba solo. (30%)
 - Factor 2: El cliente estaba apurado (15%)
 - Factor 3: Me distraje (35%)
 - Factor 4: La computadora estaba fallando (20%)

Figura 18

Ficha de trabajo: técnica de reatribución

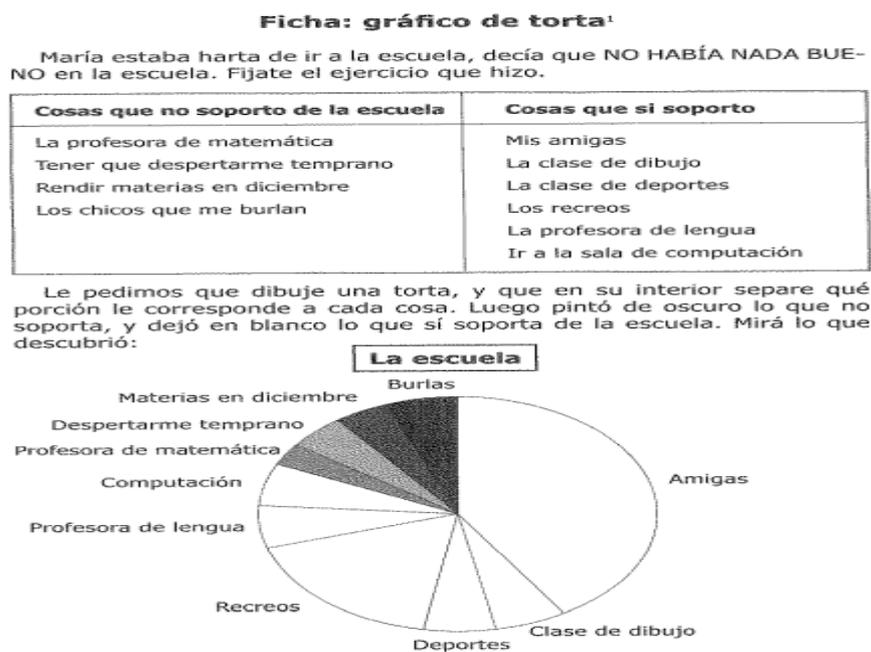


Como vemos en el gráfico, existieron muchos factores que influyeron en dicha situación, no “todo es culpa tuya” o “todo se debe a que tú haces las cosas mal”; además de ello, en el trabajo todos son un equipo, por ende “toda la responsabilidad no es tuya” de lo que suceda allí. Como ves, existen ciertas distorsiones en tu pensamiento que hay que modificar para lograr generar alternativas más adaptativas.

Veamos otro ejemplo, este es el caso de María:

Figura 19

Ficha de trabajo: gráfico de la torta



Adaptado de Bunge et al. (2009) Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Aportes Técnicos. P.260. Buenos Aires: Akadia Editorial.

T: ¿Te parece que María puede seguir diciendo que no hay nada bueno en su escuela?

P: No. Al final se dio cuenta que eran más cosas buenas que malas.

T: Exacto. Esto a veces sucede porque tenemos una visión global de las situaciones negativas y lo que queremos es generar un sesgo para darnos cuenta que, si existen cosas o situaciones positivas; o que no todo es responsabilidad nuestra, por lo que no tenemos que atribuirnos todo lo malo que nos pasa como “nuestra culpa”.

Conclusión: Se lograron los objetivos planificados.

Sesión N° 9

Objetivos de la sesión:

- Desarrollar recursos de afrontamiento en situaciones que nos desencadenen emociones negativas.

- Generar un dialogo interno para guiar las conductas

Técnicas utilizadas:

- Técnica de Autoinstrucciones

Descripción de la sesión:

Se inicia la sesión revisando el estado general del Paciente. Se realiza retroalimentación de la sesión anterior. Se realiza el proceso de autoinstrucciones en el paciente.

T: Hola Jean Pierre, ¿Cómo estás? ¿Cómo te ha ido esta última semana?

P: Hola. Mucho mejor.

T: Comentaremos acerca de la sesión anterior. ¿Qué puedes recordar?

P: Si, trabajamos con el grafico de la torta, me enseñó a ver que no todo es malo o no todo es responsabilidad mía.

T: Perfecto. A partir de ahora, trabajaremos técnicas de afrontamiento, eso quiere decir, formas y recursos que te ayudaran a sobrellevar mejor las situaciones que te puedan producir problemas. El objetivo es que enfrentes la situación y no las evites, ya que esto seguiría reforzando tu depresión. Las autoinstrucciones como dialogo interno para afrontar situaciones que desencadenan una tensión; y así favorecer el logro de sus objetivos.

Elaboraremos tarjetas con frases de Auto diálogo, primero lo practicamos en voz alta y luego de forma interna. Para luego realizarlo con ejemplos de situaciones que has experimentado.

Figura 20

Tarjeta de autodiálogo

Antes
<ul style="list-style-type: none"> • "No hay motivo para preocuparse" • "Puedo relajarme"
Durante
<ul style="list-style-type: none"> • "Voy a mantener el control" • "Me concentrare en la tarea"
Despues
<ul style="list-style-type: none"> • "Lo conseguí o por lo menos lo intente" • "Me di la oportunidad de aprender"

Muy bien. Luego haremos un ejemplo con una situación y realizaremos los pasos que se muestran en el recuadro. Ejemplo:

Situación: “Mi jefe me da la tarea de hacer las proformas a los clientes” (Tarea donde anteriormente falló)

Figura 21

Ficha de técnica de autoinstrucciones

	Como hacerlo	Ejemplos de Autodiálogo
Cuando la emoción empieza	Utilizamos la emoción como señal Recordamos nuestro objetivo.	“Si me siento mal, es una señal de que puedo empezar a afrontar la situación”. “Mi objetivo es afrontar la emoción negativa”
Antes y durante el afrontamiento de la situación	Ponemos en marcha nuestro plan de control que consiste en guiarnos mediante comentarios positivos , que hemos preparado con anterioridad para decirnos antes y durante el afrontamiento de la situación. Para ello, podemos utilizar tarjetas en donde previamente hayamos escrito estos comentarios, facilitando así su recuerdo, en caso de que lo necesitemos.	Antes: “No hay motivos para preocuparse” “Puedo relajarme” Durante: “Voy a mantener el control” “Respira y piensa”. “Concéntrate”
Después de haber afrontado la situación	Nos elogiamos por habernos enfrentado a la situación.	“La próxima vez no tendré que preocuparme tanto” “Puedo disminuir la tensión, relajándome”

Adaptado de Gómez et al. (2003). Cuaderno de terapia cognitivo conductual. P.90. Madrid: EOS Editorial.

T: Ahora, realizaremos una situación y tú utilizaras esta técnica de afrontamiento, con los ejemplos de auto diálogo (en voz alta)

P: ok, entiendo.

T: Y así, de esta manera, irás practicando en casa y en tu trabajo esta técnica, dándote autoinstrucciones a ti mismo para guiar tu conducta y tus emociones.

Conclusión: Se lograron los objetivos planificados.

Sesión Nº 10

Objetivos de la sesión:

- Incrementar la habilidad del paciente para solucionar problemas, afrontando las experiencias estresantes de la vida.
- Desarrollar opciones de afrontamiento más adaptativas y eficientes

Técnicas utilizadas:

- Técnica de Solución de problemas

Descripción de la sesión:

Se inicia la sesión revisando el estado general del Paciente. Se realiza retroalimentación de la sesión anterior. Se realiza el proceso de la técnica de solución de problemas.

T: Hola Jean Pierre, ¿Cómo estás? ¿Cómo te ha ido esta última semana?

P: Hola. Mucho mejor.

T: Comentaremos acerca de la sesión anterior. ¿Qué puedes recordar?

P: Si, trabajamos el cómo guiar mi conducta con un dialogo interno. Me fue de mucha ayuda cuando empezaba a sentirme nervioso en el trabajo, me ayudo a tranquilizarme.

T: Perfecto. Me da mucho gusto. La técnica que trabajaremos hoy, es la de solución de problemas. Esta técnica te enseñará a tener una orientación positiva hacia el problema facilitando una resolución de forma racional, además de ello, te permitirá afrontar situaciones de forma adecuada, sin evitar o huir. Veremos un ejemplo con los pasos del proceso.

Figura 22

Pasos del proceso de solución de problemas

Pasos del proceso de SOLUCION DE PROBLEMAS:

1. Definir bien el problema, que sea algo bien concreto
2. Poner todas las opciones que se te ocurran
3. Ver las ventajas y desventajas de cada una
4. Elegir la mejor opción y ver como implementarla

Adaptado de Bunge et al (2009). Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Aportes Técnicos. P.266. Buenos Aires: Akadla Editorial.

T: A continuación, te mostraré una ficha con un ejemplo de un niño con problemas de su colegio:

Figura 23

Ficha de trabajo: proceso de solución de problemas

A continuación tenés un ejemplo para que lo entiendas mejor:

Problema:	Los chicos en el colegio me cargan. Yo me enoja y les pego, y después me retan.	
Opciones	Ventajas	Desventajas
Seguir pegándoles	Me descargo la bronca	Me siguen cargando Me ponen malas notas Mamá me castiga
Decirle a la maestra que me están molestando	No me ponen mala nota Mi mamá no se enoja conmigo	Me dicen buchón
Ignorarlos	No me ponen mala nota Mi mamá no se enoja conmigo Mi terapeuta dice que se van a cansar de cargarme	No se cuanto tiempo me lo puedo aguantar. Capaz que exploto.
Pedirle a mis padres que me cambien de colegio	Los chicos van a dejar de cargarme porque no los voy a ver más	Voy a dejar de ver a los chicos que son mis amigos. Capaz que en otro colegio también me cargan
¿Cuál es la mejor y cómo la voy a implementar?	Creo que lo mejor va a ser intentar ignorarlos. Si esa opción no funciona, intentaré usar otra opción.	

Adaptado de Bunge et al. (2009) *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Aportes Técnicos*. P.266. Buenos Aires: Akadia Editorial.

T: En este ejemplo, se trata de un niño que sus compañeros lo molestan en el colegio, él se enoja y les pega; después lo vuelven a retar. Se define el problema y se plantean varias opciones, de las cuales se encuentran ventajas y desventajas, de forma racional y objetiva. Para al final, elegir la mejor. Ahora, intentemos realizar la técnica con una situación problema para ti.

Figura 24

Cuadro de solución de problemas

Definición del problema: Mi mamá siempre se mete en mis cosas. Yo me enoja y la trato mal.		
Definición de alternativas y la evaluación de las consecuencias		
Alternativa de solución	Ventajas	Desventajas
1. Ignorarla	Estaré tranquilo	Se sentirá mal, me dará pena
2. Gritarle	Me desahogo	Se sentirá mal, llora
3. Hablar con ella	Espero llegar a algo	Que siga en lo mismo
4. Mudarme	Tendré mi propio espacio	No me alcanza el dinero

T: ¿Cuál es la mejor o la menos mala; y como la vas a implementar?

P: Creo que la mejor es hablar con ella una vez más, siendo más serio. Si esa opción, no funciona, vere otra alternativa.

T: Exacto. En esta situación problemas que tú has planteado, has encontrado una alternativa de solución, y has evaluado cual sería la mejor para ti. ¿de qué más te has podido dar cuenta?

P: De que es la primera vez que puedo observar varias soluciones, antes me centraba solo en lo malo o no creí que hubiera una alternativa. Era cuestión de ordenarme, creo.

T: Excelente. Como tú mismo mencionas, te da una visión de las alternativas de solución, sus ventajas y desventajas; ante problemas que tal vez, por la depresión se te dificultaba observar y darte cuenta.

Conclusión: Se lograron los objetivos planificados.

Sesión N° 11

Objetivos de la sesión:

- Incrementar las habilidades sociales del paciente

Técnicas utilizadas:

- Técnica de habilidades sociales (Comunicación Positiva)
- Psicoeducación

Descripción de la sesión:

Se inicia la sesión revisando el estado general del Paciente. Se realiza retroalimentación de la sesión anterior. Se realiza el proceso de Psicoeducación en habilidades sociales.

T: Hola Jean Pierre, ¿Cómo estás? ¿Cómo te ha ido esta última semana?

P: Hola psicóloga. Mucho mejor. Las cosas están mejorando.

T: Comentaremos acerca de la sesión anterior. ¿Qué puedes recordar?

P: Si, trabajamos el cómo debo solucionar los problemas, teniendo alternativas y eligiendo la mejor.

T: Perfecto. Me da mucho gusto que lo recordaras. Hoy seguiremos trabajando en formas de afrontamiento, en este caso afianzado las habilidades sociales; hacer nuevas relaciones y

profundizar las que ya tienes, para mejorar tu estado de ánimo. ¿Te imaginas estando triste un sábado en la noche, lo bueno que sería poder llamar a un amigo o conocer gente nueva? Existen habilidades de comunicación positiva; a ciertas personas le resulta más fácil entablar nuevas relaciones y a otras no tanto. En parte, la diferencia se da por la forma de comunicarnos que hemos aprendido. La buena noticia es que con mucha practica estas habilidades se pueden aprender y mejorar.

Te menciono algunas Técnicas de Comunicación Positiva, teniendo en cuenta las habilidades sociales:

Figura 25

Ficha de psicoeducación en habilidades sociales

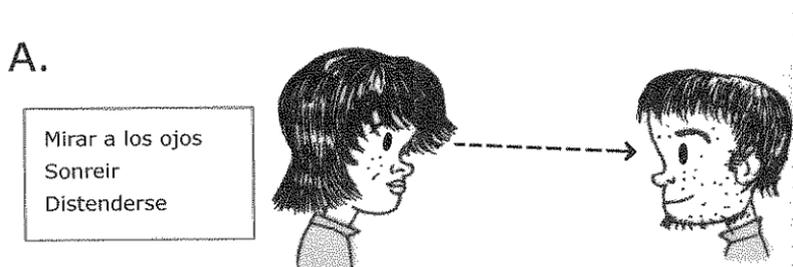
HABILIDADES SOCIALES

- A. Gestos: Mirar a los ojos, sonreír y distenderse
- B. Decir cosas positivas
- C. Escuchar activamente
- D. Hacer preguntas, interesarse por el otro.

Adaptado de Bunge et al (2009). Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Aportes Técnicos. P.273. Buenos Aires: Akadia Editorial.

Figura 26

Ficha de habilidades sociales - Gestos

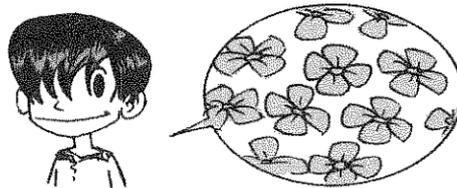


Adaptado de Bunge et al. (2009) Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Aportes Técnicos. P.274. Buenos Aires: Akadia Editorial.

T: Como vemos en la imagen (A) Cuando conversas con alguien es muy importante, lo que dices y la forma en que lo dices (gestos y tono de voz), ya que con los gestos también transmitimos mensajes. También hay que tener en cuenta el modo en que decimos las cosas, pueden ser de tres tipos:

Figura 27*Estilos de comunicación***Figura 28***Ficha de habilidades sociales – cosas positivas***B.**

Decir cosas positivas (no criticar o hacerlo en forma constructiva)



Adaptado de Bunge et al. (2009) *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Aportes Técnicos*. P.278. Buenos Aires: Akadia Editorial.

T: Como vemos en la imagen (B). Cuando nos sentimos atacados, los seres humanos solemos ponernos a la defensiva y cortamos la comunicación. Por eso, aunque sea bien intencionada, la crítica no es la mejor forma de iniciar una amistad o de profundizar una relación con la cual no tenemos demasiada confianza. Se recomienda destacar en la conversación los aspectos positivos de:

- Las personas con las cuales interactuamos
- Sus actividades e intereses

Cuando criticamos, conviene hacerlo:

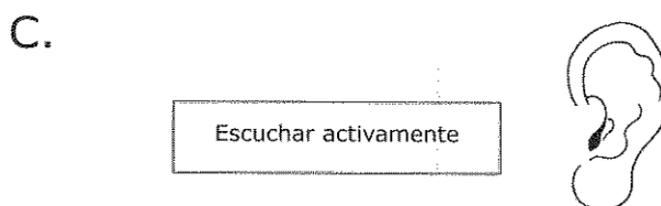
- Después de haber destacado algún aspecto positivo y;
- En forma constructiva, es decir, sugiriendo como se puede mejorar.

Ejemplo:

- “Me gusto como hiciste el lavado del carro, pero sería bueno que priorices el interior también”

Figura 29

Ficha de habilidades sociales – escucha activa



Adaptado de Bunge et al. (2009) *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Aportes Técnicos*. P.279. Buenos Aires: Akadia Editorial.

T: Como vemos en la imagen (C) Quiere decir oír demostrándole al otro que nuestro interés por lo que dice es completo. Así mismo, como vemos en la imagen (D). Suele ser adecuado preguntar los temas de interés de la otra persona, así como ir dando respuestas para que se desarrollen los temas de comunicación con mayor profundidad.

Figura 30

Ficha de habilidades sociales – interés por los demás



Adaptado de Bunge et al. (2009) *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Aportes Técnicos*. P.280. Buenos Aires: Akadia Editorial.

Conclusión: Se lograron los objetivos planificados.

Sesión N° 12

Objetivos de la sesión:

- Incrementar y consolidar el nivel de autoestima con el fin de alcanzar mayor seguridad y confianza personal, que permita el logro de una sólida identidad.

Técnicas utilizadas:

- Psicoeducación (Autoestima)
- Reestructuración cognitiva

Descripción de la sesión:

Se inicia la sesión revisando el estado general del Paciente. Se realiza retroalimentación de la sesión anterior. Se realiza el proceso de Psicoeducación en Autoestima y luego se procederá a reestructurar los pensamientos relaciones a ese aspecto.

T: Hola Jean Pierre, ¿Cómo estás? ¿Cómo te ha ido esta última semana?

P: Hola. Mejorando poco a poco.

T: Comentaremos acerca de la sesión anterior. ¿Qué puedes recordar?

P: Si, trabajamos en las habilidades sociales y la forma en que me comunico con los demás. Eso me ha ayudado a comunicarme con mis amigos y mi familia, ahora me siento más cómodo.

T: Perfecto. Me da mucho gusto. Para ir dando por concluida las sesiones, hoy trabajaremos la Psicoeducación, para poder conocer y desarrollar la autoestima, se proponen los siguientes términos que funcionan como una escalera para desarrollarla; entre ellas está el autorespeto, el autoconcepto, la autoaceptación y el autoconocimiento. (Se muestra la imagen)

Figura 31

Ficha de psicoeducación de la autoestima



Nota: Revista (2019) Imagen. <https://psicologia-estrategica.com/autoestima-3-ejercicios-fortalecerla/>

T: Procederemos a completar el cuestionario “Yo soy.....”, que comprende las siguientes afirmaciones, con relación a tus propios sentimientos y pensamientos, de acuerdo a tu experiencia.

1. Me siento feliz cuandoESTOY CON MI HERMANO
2. Amo a MI MADRE
3. Lo mejor de ser yo es QUE SOY BUENA GENTE
4. Mis ideales son SACAR ADELANTE A MI FAMILIA
5. Mas que nada me gustaría SER PROFESIONAL

Vemos que has identificado con precisión cómo eres y algunos datos acerca de ti mismo. Es importante tenerlo en cuenta, nuestra autoestima tiene mucho que ver en que tanto nos conocemos a nosotros mismos. Además de ello, es importante aceptarnos como somos, tendiendo un lenguaje interno amigable y compasivo con nosotros mismos.

Ahora, como hemos trabajado con anterioridad, escribiremos en el siguiente cuadro un pensamiento distorsionado, relacionado a nuestra percepción de autoestima y lo cuestionaremos, logrando así tener un pensamiento alternativo, compasivo y amigable con nuestro amor propio.

Figura 32

Cuadro de reestructuración cognitiva

Pensamiento distorsionado	Cuestionamiento	Pensamiento alternativo
“Nadie me quiere, encima mi rostro ha quedado horrible por mi acné”	¿Estás seguro que NADIE te quiere?	Hay personas que me quieren, y mi acné no es lo peor del mundo.

T: Muy bien, tú mismo has elaborado un pensamiento alternativo relacionado a tu autoestima.

Es importante que practiques este ejercicio, teniendo en cuenta que el amor propio y valor que tienes son primero.

P: Muchas gracias, me ha ayudado mucho a conocerme y a generar en mí, pensamientos más amigables.

T: Que bien. Listo. Esta sería tu última sesión; por ello preguntarte si ¿Tienes alguna duda? ¿Algo más me quisieras comentar?

P: Todo bien, comentarle que me siento mucho mejor, sobre todo más confiado, ya que sé que hacer y de qué manera comportarme cuando tenga un problema. Muchas gracias por todo.

T: Me alegra mucho y felicito todos tus logros, de igual manera te observo mucho mejor conforme han ido transcurriendo las sesiones. Nos veremos de aquí en un mes, en las sesiones de seguimiento. Recuerda poner todo lo aprendido en práctica.

Conclusión: Se lograron los objetivos planificados de la sesión. Se concluye con el alta del paciente y se realizarán dos sesiones de seguimiento posteriores.

Sesión N° 13

Objetivos de la sesión:

- Realizar el seguimiento a la sintomatología del paciente

Técnicas utilizadas:

- Dialogo expositivo
- Escucha Activa
- Retroalimentación

Descripción de la sesión:

Se inicia la sesión de seguimiento, evaluando el estado actual del paciente, con el objetivo de realizar una retroalimentación de sus experiencias y saber cómo le ha ido en la aplicación diaria de las diversas técnicas aprendidas en terapia.

T: Hola Jean Pierre, ¿Cómo estás? ¿Cómo has estado en este último mes? No nos hemos visto tiempo.

P: Si psicóloga, ha pasado tiempo. He estado muy bien.

T: Que bien. Coméntame, ¿Cómo te ha ido, en tu trabajo, con tus amigos y con tu familia?

P: Mucho mejor, sigo en el mismo trabajo, pero ya estoy decidido a retomar mis estudios, estoy juntando un poco más de plata para empezar, ya averigüé y estoy viendo para fin de año. Con mi familia, todo ha mejorado; discuto menos con mi mamá y colaboro en casa. A veces nos peleamos, pero nada es perfecto, lo manejo mejor.

T: Que bueno, me da mucho gusto. Te hare unas preguntas. ¿Cómo evaluarías tu estado de ánimo la mayor parte de los días, del 1 al 10? Donde 1 es bajo, es decir triste, decaído; y 10 es alto, es decir feliz y animado.

P: Diría un 7. Me he sentido bien estos últimos días.

T: Que bien. ¿Tienes energía de realizar tus actividades? ¿Recuerdas la programación de actividades?

P: Si, en eso he mejorado. Soy más activo en mis cosas y me organizo mucho mejor, hasta me ha dado tiempo de hacer unos cachuelos para gente que me recomienda, voy y reviso sus carros. Lo único es juntar dinero para poder estudiar, en eso estoy centrado

T: Que bien. Sobre los ejercicios de respiración y relajación ¿los realizas?

P: A veces, cuando me siento ansioso o nervioso, más trato de respirar profundo, eso me ayuda.

T: Sobre tus pensamientos, ¿Tienes pensamientos negativos con frecuencia? ¿Estas utilizando las técnicas?

P: Los pensamientos a veces son difíciles de manejar, pero ya no les presto tanta atención. Si utilizo las técnicas cuando me perturban mucho, pero ya no son tan negativos como antes.

T: Entiendo. En cuanto a tu autoestima ¿Cómo te has estado sintiendo?

P: Mejor, poco a poco estoy aprendiendo a aceptarme tal y como soy.

T: Que bien. Veo que has avanzado mucho y estas utilizando las herramientas que has aprendido en todas las sesiones para afrontar de manera adaptativa las situaciones que se te han presentado. Dime, ¿Hay algo que aún se te dificulte lograr, o alguna preocupación?

P: Si. Aun creo que tengo que trabajar en mis sentimientos de soledad, a veces me siento solo, y me gustaría estar con alguien; pero trato de pensar bien, solo que es un poco difícil. Cuando pasa eso me enfoco en mis cosas y así me distraigo, me obligo a mantenerme ocupado.

T: Entiendo. Ese pensamiento es completamente normal, somos seres humanos y a veces, necesitamos de la compañía de otras personas. Lo importante es la calidad de esos pensamientos, que sean flexibles y adaptativos para ti, que no te lastimen. Entendemos que es cuestión de tiempo. Está bien que quieras hacer más actividades para distraerte, pero también es importante aceptar la situación actual y aprender a manejarla tal cual es, sin evitar pensar o actuar. Me alegra ese manejo y felicito ese esfuerzo. Nos veremos en la siguiente sesión de seguimiento, que será en un mes más.

Conclusión: Se lograron los objetivos planificados de la sesión. Se le pregunta al paciente acerca de la sintomatología fisiológica, cognitiva y conductual, evidenciándose una mejora en la misma.

Sesión N° 14

Objetivos de la sesión:

- Realizar el seguimiento a la sintomatología del paciente

Técnicas utilizadas:

- Dialogo expositivo
- Escucha Activa
- Retroalimentación

Descripción de la sesión:

Se inicia la sesión de seguimiento y se realizar retroalimentación de las experiencias.

T: Hola Jean Pierre, ¿Cómo has estado?

P: Muy bien psicóloga.

T: Que bien. Coméntame, ¿Qué novedades en tu vida?

P: Todo tranquilo. Ya solo esperando que la pandemia pase para hacer más cosas.

T: Si pues, ya ira mejorando la situación de la pandemia. ¿Cómo que cosas has pensado realizar?

P: Estaba pensando poner mi propio taller o viajar, en eso estoy.

T: Que bien, y ¿continúas pensando en estudiar?

P: Si, eso sí. Ya hablé y empezaré el siguiente mes, he separado una vacante.

T: Excelente. Mis felicitaciones, me alegra mucho que tengas proyectos y lo de tus estudios los estes cumpliendo. Dime, desde la última sesión de seguimiento que tuvimos hace un mes. ¿Cómo te ha ido? ¿Hay algo que te preocupa?

P: No, todo ha estado bien. Me siento mucho mejor, a comparación de antes, siento que soy alguien distinto. Muchas gracias por todo.

T: Que alegría. Podríamos decir que las técnicas cognitivas y conductuales que hemos trabajado durante todo este tiempo han quedado bien aprendidas. ¿Hay alguna duda final o pregunta?

P: No psicóloga, todo bien. Seguir adelante y agradecer la terapia.

T: Perfecto. Con ello, concluimos con las sesiones de seguimiento, al ver que te encuentras mucho mejor y sobre todo que todas las técnicas han quedado bien aprendidas. Felicito el

progreso. Espero que todo te vaya muy bien y como sabes, puedes acudir a nosotros si tuvieras alguna dificultad.

Conclusión: Se lograron los objetivos planificados de la sesión. Se observa que el paciente ha mantenido resultados favorables y reducido notoriamente la sintomatología depresiva inicial.

2.7. Procedimiento

El proceso terapéutico se llevó a cabo en 17 sesiones de 45 minutos cada una con una frecuencia semanal, donde se incluyen las sesiones de evaluación, intervención y seguimiento. Para lograr los objetivos propuestos se utilizaron diversas técnicas cognitivo – conductuales.

Dentro de las primeras sesiones se realizó la entrevista inicial con el objetivo de conocer los datos de filiación, el motivo de consulta, identificar la problemática y antecedentes, además de establecer la alianza terapéutica. Asimismo, se llevó a cabo la firma del consentimiento informado, la recopilación de información por medio de la historia cognitiva conductual y la aplicación de las evaluaciones psicológicas. Como último punto, se realiza la explicación y retroalimentación del informe psicológico integral y se elaboró la línea base de las conductas por medio de una lista de chequeo conductual pre tratamiento, a fin de, construir los objetivos terapéuticos que enfocarán el plan de tratamiento.

Seguidamente se realizaron las sesiones en las cuales se aplicaron técnicas cognitivas conductuales con la finalidad de conseguir los objetivos establecidos. Estas técnicas fueron, psicoeducación, sobre la terapia cognitivo conductual y la depresión, técnica de relajación, técnica de programación de actividades y tareas graduales. Para las sesiones enfocadas en la autorregulación emocional, se aplicó la psicoeducación y el uso de las autoinstrucciones. Para las sesiones cognitivas, se aplicaron las técnicas de las tres columnas, la reestructuración cognitiva y la técnica de reatribución. Por último, como técnicas de afronte, se llevó a cabo la

técnica de entrenamiento en solución de problemas, comunicación positiva y el entrenamiento en autoestima.

Posteriormente, se realizaron dos sesiones de seguimiento para monitorear el sostenimiento del cambio terapéutico.

2.8. Consideraciones éticas

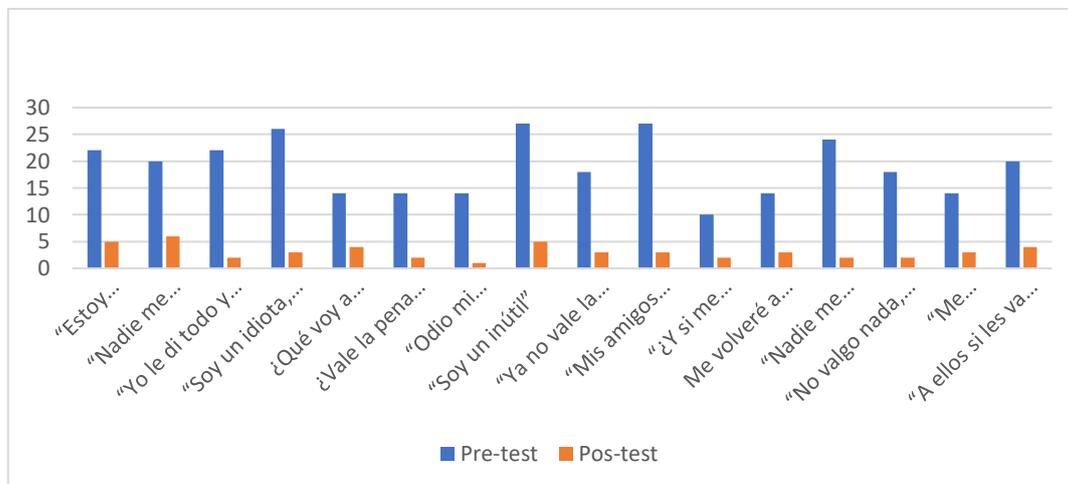
Para el presente estudio de caso se amparó en el capítulo 3 artículo N°24 del código de ética y deontología del Colegio de Psicólogos del Perú, adaptado al Estatuto Nacional y a la ley 30702 del 21 diciembre de 2017, el cual refiere el uso del consentimiento informado. El artículo N° 25, que indica que el psicólogo debe cautelar la primacía del beneficio sobre los riesgos para los participantes y tener en consideración, la salud psicológica de los usuarios sobre los intereses de la ciencia y la sociedad. Amparándose además en la ley N° 1090 del 2006, el cual refiere, la aceptación voluntaria del usuario en el desarrollo de la intervención. Describiendo el proceso, sus riesgos, beneficios, alcances y otros.

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de resultados

Figura 33

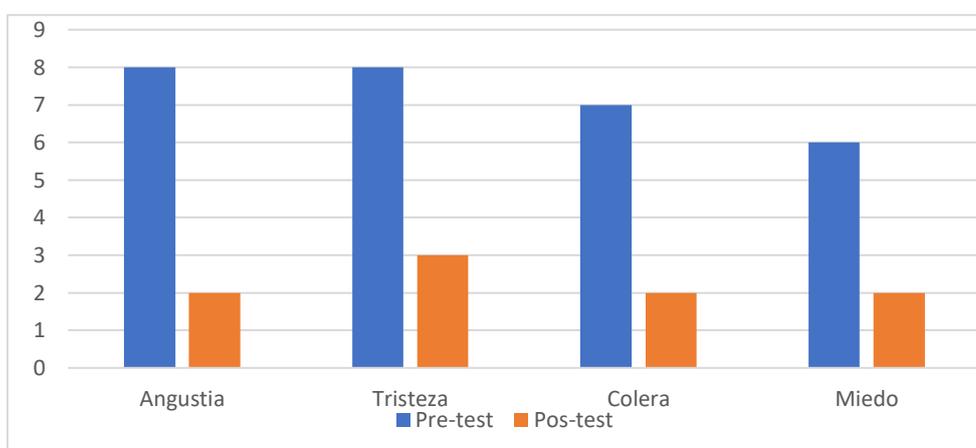
Registro de frecuencia de pensamientos pre y pos-test



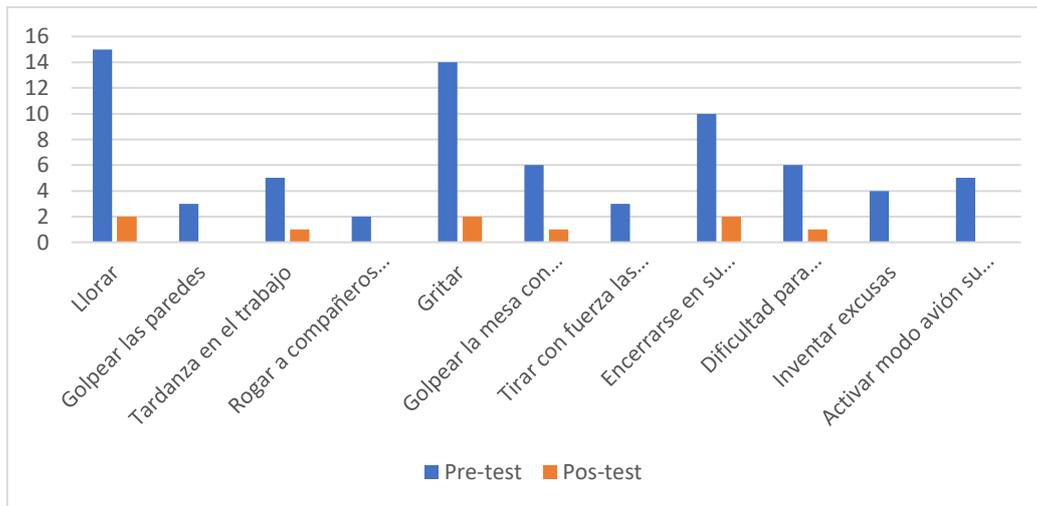
En la figura se observa el registro de frecuencia antes y después de los pensamientos negativos relacionados a la depresión del paciente, observándose una reducción significativa en todos los pensamientos negativos después de la terapia.

Figura 34

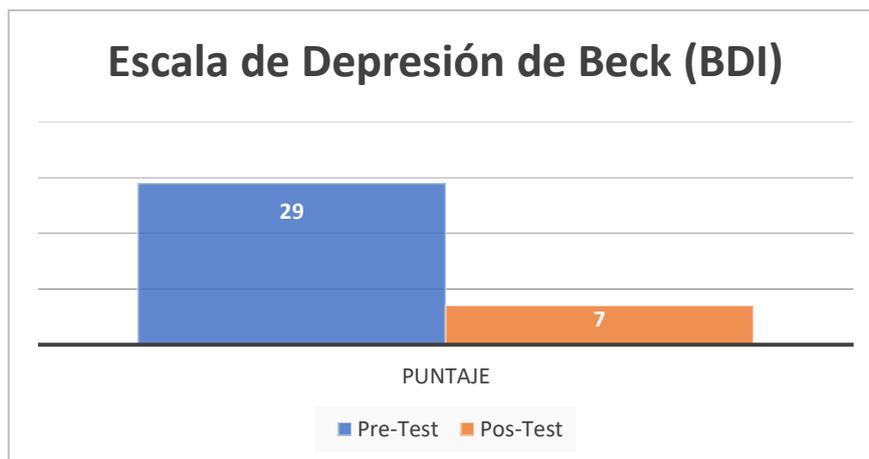
Registro de intensidad de las emociones negativas pre y pos-test



En la figura se observa el registro de intensidad de las emociones negativas manifestadas por el paciente, antes y después del tratamiento, donde se percibe una reducción significativa de las emociones negativas después de la intervención.

Figura 35*Registro de conductas desadaptativas pre y pos-test*

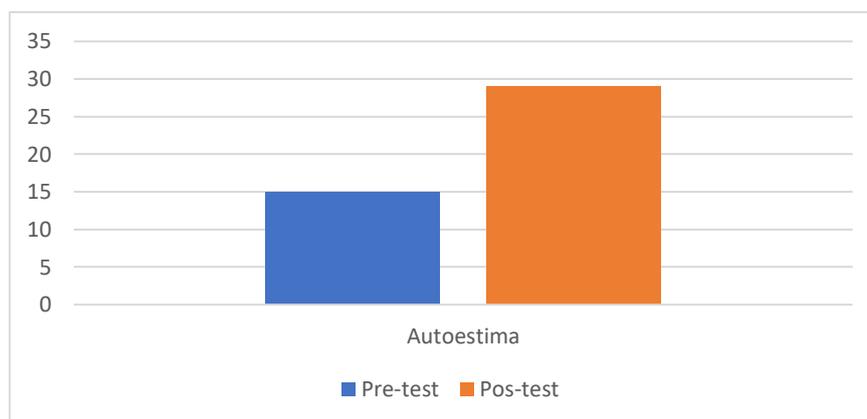
En la figura se observa el registro de conductas desadaptativas manifestadas por el paciente, antes y después del tratamiento, donde se percibe una reducción significativa de las conductas desadaptativas después de la intervención.

Figura 36*Puntajes en los niveles de depresión según el BDI en el pre-test y pos-test*

En la figura 4, se observan las medidas de la escala BDI antes y después del tratamiento. Como se observa antes del programa se obtuvo un puntaje de 29 siendo un nivel de depresión moderada y en el pos-test se obtuvo un puntaje de 7, mostrando altibajos normales; esto quiere decir que se observa una reducción significativa de los síntomas depresivos.

Figura 37

Puntajes en los niveles de autoestima en el pre-test y pos-test



En la figura 5, se observan las medidas de la escala de autoestima de Rosenberg antes y después del tratamiento. Como se observa antes del programa se obtuvo un puntaje de 15 siendo un nivel de autoestima baja y en el pos-test se obtuvo un puntaje de 29, calificándolo como una autoestima media; esto quiere decir que se observa una mejoría significativa en los niveles de autoestima.

3.2. Discusión de resultados

El presente estudio de caso tuvo como objetivo reducir la sintomatología y respuestas depresivas mediante un programa de terapia cognitivo conductual en un paciente adulto. Los resultados señalan que hubo una reducción significativa de los síntomas depresivos. Estos resultados refuerzan lo señalado por Calderón (2020) que también realizó una intervención de terapia cognitivo – conductual para evaluar su eficacia y obtuvo una reducción de síntomas depresivos. También se logró incrementar el nivel de actividad mediante la programación de actividades, el entrenamiento en autoinstrucciones y la terapia de solución de problemas; estos resultados refuerzan lo señalado por Navarro (2018) que planteó un entrenamiento de actividades alternas y la escala de dominio y placer, logrando un incremento de las mismas. Se logró disminuir los pensamientos automáticos distorsionados a través de la reestructuración

cognitiva, al igual que lo señalado por Antón et al. (2016) quien aplicó el modelo cognitivo conductual utilizando las técnicas de reestructuración cognitiva, logrando la disminución progresiva de los pensamientos distorsionados.

Con todo lo mencionado anteriormente, podemos confirmar que la intervención cognitivo conductual dio los resultados esperados para reducir la sintomatología depresiva; así mismo, se resalta la importancia del compromiso del paciente y la adherencia al tratamiento que mantuvo durante toda la intervención.

3.3. Seguimiento

Se realizaron dos sesiones de seguimiento siendo el objetivo evaluar el estado actual del paciente y realizar una retroalimentación de las propias experiencias. En ambas sesiones se evidenció una notable reducción de la sintomatología depresiva, además de una mejoría en sus relaciones sociales y familiares que contribuyeron en una mejor percepción de sí mismo. Asimismo, mostró conductas adaptativas para las cuales ha utilizado las técnicas aprendidas en las sesiones de terapia, obteniendo así un progreso favorable.

IV. CONCLUSIONES

En relación con los objetivos del presente estudio de caso se concluye lo siguiente:

- Se logró reducir la sintomatología y respuestas depresivas mediante un programa de terapia cognitivo conductual en un paciente adulto.
- Se incrementó el nivel de actividad mediante la programación de actividades, el entrenamiento en autoinstrucciones y la terapia de solución de problemas.
- Se logró disminuir los síntomas fisiológicos, a través de la psicoeducación, técnicas de respiración y entrenamiento en autoinstrucciones.
- Se logró disminuir los pensamientos automáticos distorsionados, a través de la reestructuración cognitiva, discusión y debate de creencias.
- Se logró reducir las respuestas emocionales mediante la psicoeducación, la programación de actividades y el entrenamiento en autoinstrucciones.
- Se aumentó el nivel de autoestima mediante el entrenamiento de habilidades sociales (Comunicación positiva) y la reestructuración cognitiva.

V. RECOMENDACIONES

- Fomentar la participación familiar para favorecer una mejor eficacia del programa de terapia cognitivo conductual.

- Propiciar la aplicación de un programa de terapia cognitivo conductual en pacientes adultos con un diagnóstico similar.

- Fomentar la creación de programas de prevención en casos de depresión

- Continuar la ejecución de la técnica de programación de actividades para motivar la realización de sus actividades, complementado con la técnica de autoinstrucciones permitiendo a su vez que el usuario trabaje sus conductas de interacción social.

- Continuar trabajando la técnica de respiración y entrenamiento en autoinstrucciones, permitiendo así disminuir las respuestas de fisiológicas, fomentando conductas adaptativas de acuerdo a su contexto.

VI. REFERENCIAS

- Acevedo, M., & Gélvez, L. (2018). Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte*, 0, 146–158.
<https://www.redalyc.org/exportar cita.oa?id=194258529012>
- Antón, V., García, P., & García, J. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 3(1), 45–52.
https://www.revistapcna.com/sites/default/files/antonmenarguez_et_al_2016_tcc_depression_adolescente_tardia.pdf
- Araujo, D. (2000). Traducción, adaptación y normalización del Cuestionario de Personalidad de Eysenck PEN. In *Tesis de Maestría y Psicología*. Universidad de San Martín de Porres.
- Areán, P. (2000). Terapia de solución de problemas para la depresión: Teoría, investigación y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 8(3), 547–559.
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/08.Arean_8-3oa.pdf
- Barbosa, S. (2020). *Evaluación e intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso de depresión mayor* [Tesis de Post grado, Universidad Pontificia Bolivariana].
https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5480/digital_37239.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1990). *Terapia cognitiva de la depresión* (p. 19).
<https://doi.org/10.33898/rdp.v1i2-3.668>
- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2009). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes*.

Aportes Tecnicos (2a ed.). Akadia Editorial.

- Calderón, E. (2020). *Intervención cognitivo conductual para una mujer adulta con depresión* [Tesis de post grado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNF_e1598790f8e7a73918e903bed4ef51ef
- Carranza, R. (2012). Depresión y características demográficas asociados en estudiantes y líderes universitarios de lima metropolitana. *Apuntes Universitarios. Revista de Investigación*, 2, 79–90. <https://doi.org/10.17162/au.v2i2.22>
- Ceballos, G., Paba, C., Suescún, J., Oviedo, H., Herazo, E., & Campo, A. (2017). Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 29–39. <https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi15-2.vdea>
- Cruz, N. (2019). *Aplicación de la terapia cognitiva conductual en un caso de trastorno depresivo recurrente* [Tesis de post grado, Universidad Pontificia Bolivariana]. <https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/8435/39169.pdf?sequence=1>
- Delgado, A. (2016). Trastorno de la personalidad antisocial en oficiales de credito de las entidades financieras [Universidad Mayor De San Andres Facultad de humanidades y ciencias de la educación]. In *Proyecto de Grado*. <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/18742>
- Díaz, N., Soto, H., & Ortega, G. (2016). Terapias Cognitivas y Psicología Basada en la Evidencia. Su especificidad en el mundo infantil. *Wimb Lu*, 11(1), 19–38. <https://doi.org/10.15517/wl.v1i1.24074>

- Flores, V. (2019). *Estudio de caso clínico: Programa de intervención cognitivo - conductual en un caso de depresión en la adolescencia temprana* [Tesis de pregrado, Universidad San Martín de Porres]. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5567>
- Gasto, C., & Navarro, V. (2007). La depresión. *Hospital Clinic de Barcelona*, 19. <https://consaludmental.org/publicaciones/DvdDepresion.pdf>
- Gómez, Á., Plans, B., Sanchez-Guerra, M., & Sánchez, D. (2003). *Cuaderno de terapia cognitivo - conductual. Una orientación pedagógica e integradora* (EOS (ed.); 2nd ed.).
- Gonzalez, D., Barreto, A., & Salamanca, Y. (2017). Terapia cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(2), 201–207. <file:///C:/Users/chiem/Downloads/Dialnet-TerapiaCognitiva-6642554.pdf>
- González, J. (2020). Guía psicoeducativa para la depresión. *Asociación DOA, Saúde Mental*, 47. https://feafesgalicia.org/img/documentacion/guias/guia_psicoeducativa_para_la_depresion_doa.pdf
- Guzman, P. (2009). *Manual Registro de opiniones. Forma A (Regopina)*. Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Hernández, C., Fernández, C., & Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación* (Mcgraw-hill (ed.)). <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi.” (2018). Estudio Episemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima

- Metropolitana - 2015. *Anales de Salud Mental*, 1, 1–184.
https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol_XXXIV_2018_Nro1_EESM_en_Hospitales_Generales_y_Centros_de_Salud.pdf
- Landa, M. (2020). *La influencia entre la Terapia Cognitiva Conductual y la Depresión en pacientes adultos de la Ciudad de Pisco - Ica, 2020* [Tesis de pregrado, Univesidad Autonoma de Ica].
http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/1235/1/Maria_Angélica_Landa_Garcia.pdf
- Lanza, D. (2018). *Terapia cognitivo conductual en la disminución de la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Manuel Nuñez Butrón Puno, Marzo-Mayo 2017* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Altiplano]. <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/7128>
- McCauley, E., Schloretd, K., Gudmundsen, G., Martell, C., & Dimidjian, S. (2016). Activación conductual en adolescentes. Guía clínica. *The Guilford Press*, 40.
- Ministerio de Salud Perú. (2020). Plan de Salud Mental 2020-2021. In *Minsa*.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>
- Morales, C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2, 136–138.
<https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/8435/39169.pdf?sequence=1>
- Navarro, M. (2018). *Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso único* [Tesis de posgrado, Universidad del

Norte]. <http://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/8271?show=full>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes, estimaciones sanitarias mundiales*. 1– 24.

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2000). Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. In E. M. Panamericana (Ed.), *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf

Puerta, J., & Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary. Universidad de Magdalena*, 8, 251–257. <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>

Reyes, V. (2016). *Efectos de un programa cognitivo conductual en la depresión e ideación suicida en adolescentes de un hospital de Ferreñafe* [Tesis de posgrado, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo].

[https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/5810/BC-TES-TMP-1083-REYES MONTENEGRO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/5810/BC-TES-TMP-1083-REYES%20MONTENEGRO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Rodríguez, E., & Farfán, D. (2017). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013. *Revista de Investigación Universitaria*, 4(2), 71–78. <https://doi.org/10.17162/riu.v4i2.688>

Romero, G. (2006). Tratamiento Cognitivo Conductual de Un Caso De Depresion En La Tercera Edad. *Revista De Psiquiatria Y Salud Mental Hermilio Valdizan*, VII, 65–75.

http://www.hhv.gob.pe/wpcontent/uploads/Revista/2006/I/8TRATAMIENTO_COGNITIVO_CONDUCTUALDE.pdf

Ruiz, A., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. In *Desclée De Brouwer, S.A.* <https://doi.org/B1-3308-2011>

SD, H., R, S., & Davis, D. (1993). Cognitive therapy for depression: Conceptual issues and clinical efficacy (Terapia cognitiva para la depresión: cuestiones conceptuales y eficacia clínica). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 270–275. <https://psycnet.apa.org/record/1993-34419-001>

Silva, M. (2020). *Resumen crítico sobre el método de estudio de caso y tiempo de diseño intraserie*. Corporación Universitaria Minuto de Dios.

Toro, R., & Ochoa, D. (2010). Los Perfiles Cognitivos Psicopatológicos En La Formulación Cognitiva De Caso. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(1), 97–110. <file:///C:/Users/chiem/Downloads/10347-Article Text-49678-1-10-20100908.pdf>

Vázquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos, y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417–449. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf

VII. ANEXOS

Anexo A: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo JEAN Pierre [REDACTED] identificado con DNI N° [REDACTED]
domiciliado actualmente en Puerto Piura con teléfono N° [REDACTED]
libre y voluntariamente AUTORIZO al personal del Centro de Salud Mental Comunitario RISCHARYE
para la atención especializada en Salud Mental, en función de la información dada por el personal responsable de la atención con
fines de tratamiento, además de fines educativos en una investigación.

Soy conocedor de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme cuando lo estime conveniente. De igual forma, se respetará la confiabilidad e intimidad de la información suministrada.

Así mismo, declaro haber comprendido y estar conforme con la información recibida.

ANCON, 10 de Abri del 2021



Firma del paciente o apoderado

Nombres y Apellidos : JEAN Pierre [REDACTED]
N° DNI : [REDACTED]

Anexo B: Pre-test

Inventario de depresión de Beck



BDI

Identificación

JEAN PIERRE

Fecha

10/04/2021

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. No me siento triste.
 Me siento triste.
2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 Me siento desanimado respecto al futuro.
2 Siento que no tengo que esperar nada.
 Siento que el futuro es desalentador y las cosas no mejorarán.
3. No me siento fracasado.
2 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 Me siento culpable constantemente.
6. No creo que esté siendo castigado.
 Me siento como si fuese a ser castigado.
 Espero ser castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
7. No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.
 Me da vergüenza de mí mismo.
 Me detesto.

Identificación Fecha

8. No me considero peor que cualquier otro.
 Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
2 Continuamente me culpo por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 Desearía suicidarme.
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. No lloro más de lo que solía.
 Ahora lloro más que antes.
2 Lloro continuamente.
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. No estoy más irritado de lo normal en mí.
2 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado continuamente.
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. No he perdido el interés por los demás.
1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 He perdido todo el interés por los demás.
13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
1 Evito tomar decisiones más que antes.
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 Ya me es imposible tomar decisiones.
14. No creo tener peor aspecto que antes.
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 Creo que tengo un aspecto horrible.

Identificación Fecha

15. Trabajo igual que antes.
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 No puedo hacer nada en absoluto.
16. Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. No me siento más cansado de lo normal.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.
19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar: SI NO
20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 Estoy menos interesado por el sexo que antes
 Estoy mucho menos interesado por el sexo
 He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL:

29

Depresión Moderada

Cuestionario de personalidad de Eysenck (CPE)

HOJA DE RESPUESTA DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK (PEN)

Nombre: JEAN PIERRE [REDACTED]
 Fecha: 16/04/21

Edad: 23

Instrucciones: Marque con un (x) el casillero que corresponda según su respuesta

	SI	NO
1		X
2	X	
3	X	
4	X	
5		X
6	X	
7	X	
8		X
9	X	
10	X	
11		X
12		X
13	X	

	SI	NO
14	X	
15	X	
16		X
17		X
18	X	
19		X
20	X	
21	X	
22	X	
23		X
24		X
25		X
26	X	

	SI	NO
27	X	
28		X
29	X	
30	X	
31		X
32	X	
33		X
34	X	
35		X
36	X	
37	X	
38	X	
39		X

	SI	NO
40		X
41		X
42	X	
43		X
44	X	
45	X	
46	X	
47		X
48	X	
49		X
50	X	
51	X	
52		X

	SI	NO
53		X
54	X	
55		X
56	X	
57	X	
58	X	
59		X
60		X
61		X
62		X
63		X
64	X	
65	X	

	SI	NO
66		X
67	X	
68	X	
69		X
70		X
71		X
72	X	
73		X
74		X
75	X	
76		X
77		X
78		X

P 3
 E 9
 N 14
 L 9

Inventario clínico multiaxial de personalidad de Millon – MCMI II

HOJA DE RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO DE MILLON

Nombre: JEANPIERRE [REDACTED] Edad: 23

Grado de instrucción: SECUNDARIA Fecha: 29, 04, 21

Marque con un aspa la respuesta (v = verdadero; f = falso) que mejor le describa a usted y a su manera de ser.

	V	F		V	F		V	F		V	F		V	F		V	F			
1		X	26	X		51	X		76	X		101		X	126		X	151	X	
2	X		27	X		52		X	77	X		102	X		127		X	152		X
3	X		28		X	53	X		78		X	103		X	128		X	153	X	
4	X		29	X		54	X		79		X	104		X	129		X	154		X
5	X		30		X	55		X	80		X	105		X	130		X	155		X
6		X	31		X	56		X	81	X		106	X		131		X	156	X	
7		X	32	X		57		X	82		X	107		X	132	X		157		X
8		X	33	X		58	X		83	X		108	X		133	X		158	X	
9	X		34	X		59		X	84		X	109	X		134	X		159	X	
10	X		35		X	60		X	85		X	110	X		135		X	160		X
11		X	36	X		61		X	86		X	111		X	136		X	161	X	
12	X		37		X	62		X	87		X	112		X	137		X	162		X
13	X		38		X	63	X		88		X	113	X		138	X		163	X	
14		X	39	X		64		X	89		X	114		X	139		X	164		X
15		X	40		X	65	X		90		X	115		X	140		X	165		X
16		X	41	X		66	X		91		X	116		X	141	X		166		X
17		X	42	X		67		X	92		X	117		X	142		X	167	X	
18	X		43		X	68		X	93		X	118		X	143	X		168		X
19	X		44		X	69		X	94		X	119		X	144	X		169		X
20		X	45	X		70		X	95	X		120	X		145		X	170		X
21	X		46		X	71	X		96	X		121		X	146		X	171		X
22	X		47	X		72	X		97	X		122		X	147		X	172		X
23	X		48		X	73		X	98	X		123		X	148		X	173	X	
24	X		49	X		74		X	99	X		124		X	149	X		174		X
25	X		50	X		75		X	100		X	125		X	150		X	175		X

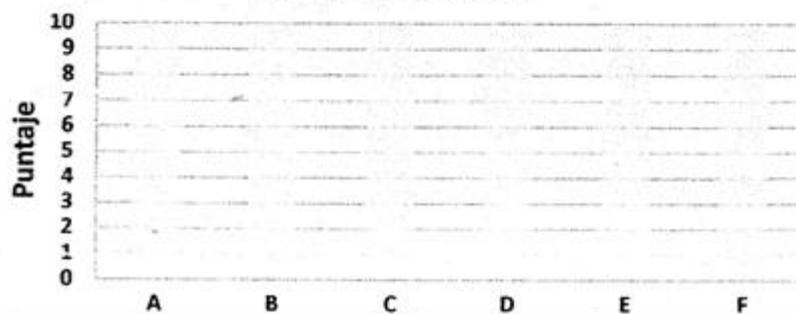
Registro de opiniones – forma A (Adaptado)

HOJA DE RESPUESTA DEL REGISTRO DE OPINIONES - "Forma A"

Nombre JUAN PIERRE [REDACTED] Edad 23 Fecha 21/04/21

A			B			C			D			E			F		
X	1.	F	V	2.	F	X	3.	F	X	4.	F	V	5.	F	X	6.	F
V	7.	X	V	8.	X	V	9.	X	V	10.	X	X	11.	F	X	12.	F
X	13.	F	V	14.	X	V	15.	X	V	16.	X	V	17.	X	V	18.	X
X	19.	F	V	20.	X	V	21.	X	V	22.	X	X	23.	F	V	24.	X
X	25.	F	X	26.	F	V	27.	X	X	28.	F	X	29.	F	X	30.	F
X	31.	F	X	32.	F	X	33.	X	X	34.	F	X	35.	F	V	36.	X
X	37.	F	X	38.	F	V	39.	X	V	40.	X	X	41.	F	V	42.	X
X	43.	F	X	44.	F	V	45.	X	X	46.	F	V	47.	X	X	48.	F
X	49.	F	V	50.	X	X	51.	F	V	52.	X	X	53.	F	V	54.	X
V	55.	X	X	56.	F	V	57.	X	V	58.	X	X	59.	F	V	60.	X
V	61.	X	X	62.	F	X	63.	F	X	64.	F	V	65.	X			
Total: <u>8</u>			Total: <u>5</u>			Total: <u>3</u>			Total: <u>4</u>			Total: <u>2</u>			Total: <u>8</u>		

GRÁFICO DE BARRAS



Escala de autoestima de Rosemberg

en PIERRE

21/04/21

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- α).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	4	3	X	1
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.			X	
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				X
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				X
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.			X	
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.	X	2	3	4
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.	X			
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.		X		
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.	X			
10. A veces creo que no soy buena persona.		X		

15 puntos

Anexo C: Post-test

Inventario de depresión de Beck



BDI

Identificación JEAN PIERRE O [REDACTED] E2 Fecha 27/08/21

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 Me siento desanimado respecto al futuro.
 Siento que no tengo que esperar nada.
 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3. No me siento fracasado.
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 Me siento culpable constantemente.
6. No creo que esté siendo castigado.
 Me siento como si fuese a ser castigado.
 Espero ser castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
7. No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.
 Me da vergüenza de mí mismo.
 Me detesto.

Identificación Fecha

8. No me considero peor que cualquier otro.
 Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
 Continuamente me culpo por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 Desearía suicidarme.
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. No lloro más de lo que solía.
 Ahora lloro más que antes.
 Lloro continuamente.
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. No estoy más irritado de lo normal en mí.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado continuamente.
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. No he perdido el interés por los demás.
 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 He perdido todo el interés por los demás.
13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 Evito tomar decisiones más que antes.
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 Ya me es imposible tomar decisiones.
14. No creo tener peor aspecto que antes.
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 Creo que tengo un aspecto horrible.

Identificación Fecha

15. Trabajo igual que antes.
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
1 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 No puedo hacer nada en absoluto.
16. Duermo tan bien como siempre.
0 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. No me siento más cansado de lo normal.
0 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. Mi apetito no ha disminuido.
0 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.
19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
1 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar: SI NO
20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
1 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 Estoy menos interesado por el sexo que antes
2 Estoy mucho menos interesado por el sexo
 He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL:

No depresión -

Escala de autoestima de Rosemberg

JEAN PIERRE

[REDACTED]

27/08/21

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- α).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de si misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	4	X	2	1
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.		X		
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.		X		
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.		X		
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.		X		
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.	1	2	X	4
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.			X	
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.		X		
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.			X	
10. A veces creo que no soy buena persona.			X	

29 Puntos

Autoestima media. (Pta)