



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

### **INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL EN UN CASO CLÍNICO DE DEPRESIÓN**

**Línea de investigación:**

**Salud mental**

Trabajo académico para optar el título de segunda especialidad  
profesional en Terapia Cognitivo Conductual

**Autora:**

Valqui Romero, Maria Espirita

**Asesora:**

Casquero Zaidman, Miriam

ORCID: 0000-0003-0214-481X

**Jurado:**

Mendoza Huamán, Vicente

Del Rosario Pacherras, Orlando

Cirilo Acero, Ingrid

**Lima - Perú**

**2022**





## Reporte de Análisis de Similitud

Archivo: 1-A VALQUI ROMERO MARIA ESPIRITA - OFICIO Nº 017-2022- OGGE -AS-FAPS-UNFV

Fecha del Análisis: 09/02/2022

Operador del Programa Informático: Salazar Chamba Sofia Teresa

Correo del Operador del Programa Informático: ssalazar@unfv.edu.pe

Porcentaje: 11 %

Asesor: Dioses Hugo Venegas

Título: "INTERVENCION COGNITIVA CONDUCTUAL EN UN CASO CLINICO DE DEPRESION"

Enlace:  
<https://secure.arkund.com/old/view/121648698-133810-202010#DY07bkJREEP38uojdOc/l60gigg10SugoUTZe6bwseXC/hzP93G9LQQZDBUxxJHYSCIVo/GNoola6miMCM0MW5hiEwIrbLqN4wt3gjCimbEkF2lkkEU2ualFCaWUUc78VNH0ooV2Ouibp2v2neN9/r7On/Px9Xp8H9d1keVbJWqFqoik//OD>

Jefe de la Oficina de Grados y Gestión del Egresado:



Mg. VILMA B. ZEGARRA MARTINEZ



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

### **INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL EN UN CASO CLÍNICO DE DEPRESIÓN**

#### **Línea de investigación:**

Salud mental

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

#### **Autora:**

Valqui Romero, Maria Espirita

#### **Asesora:**

Casquero Zaidman, Miriam  
ORCID: 0000-0003-0214-481X

#### **Jurado:**

Mendoza Huamán, Vicente  
Del Rosario Pacherras, Orlando  
Cirilo Acero, Ingrid

**Lima - Perú**

**2022**

## ÍNDICE

Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	8
1.1. Descripción del problema	9
1.2. Antecedentes	11
1.2.1. Antecedentes Nacionales	11
1.2.2. Antecedentes internacionales	14
1.2.3. Fundamentación Teórica	16
1.3. Objetivos	25
1.4. Justificación	25
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	26
II. METODOLOGÍA	27
2.1. Tipo y diseño de investigación	27
2.2. Ámbito temporal y espacial	27
2.3. Variables de Investigación	28
2.3.1. Variable independiente	28
2.3.2. Variable dependiente	28
2.4. Participante	28
2.5. Técnicas e intervención	28
2.5.1. Técnicas	28
2.5.2. Instrumentos	37
2.5.3. Evaluación psicológica	41
2.5.4. Evaluación psicométrica	47
2.5.5. Informe psicológico integrador	50

2.6. Intervención	54
2.6.1. Plan de intervención y calendarización	55
2.6.2. Programa de intervención	56
2.7. Procedimiento	64
2.8. Consideraciones éticas	65
III. RESULTADOS	66
3.1. Resultados pre y post intervención	66
3.2. Discusión de Resultados	68
3.3. Seguimiento	69
IV. CONCLUSIONES	70
V. RECOMENDACIONES	72
VI. REFERENCIAS	73
VII. ANEXOS	77

**ÍNDICE DE TABLAS**

	Pág.
Tabla 1 Análisis funcional	52
Tabla 2 Intervención de tratamiento	55
Tabla 3 Resultados obtenidos del Inventario de Personalidad de Eysenck	77
Tabla 4 Resultados de Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millón	77
Tabla 5 Análisis funcional general del caso	78
Tabla 6 Análisis funcional de las situaciones	78
Tabla 7 Técnica de reestructuración cognitiva (descubrimiento guiado)	79
Tabla 8 Técnica de reestructuración cognitiva (examinando evidencia)	80
Tabla 9 Técnica de reestructuración cognitiva (Cuestionamiento Socrático)	81
Tabla 10 Técnica de psicoeducación y modelado	82

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Línea base: frecuencia de conductas motoras y conductas cognitivas I	83
Figura 2 Línea de tratamiento: frecuencia de conductas motoras y conductas cognitivas II	83
Figura 3 Línea de tratamiento: frecuencia de conductas motoras y conductas cognitivas III	84
Figura 4 Línea de tratamiento: frecuencia de conductas motoras y conductas cognitivas IV	84
Figura 5 Línea de seguimiento: frecuencia de conductas motoras y conductas cognitivas	84

## Resumen

La presente intervención es de un caso clínico de una mujer adulta de 28 años, se realizó a través de la terapia cognitivo conductual; el objetivo es disminuir la sintomatología depresiva mediante la aplicación de un programa Cognitivo Conductual. Por otro lado, las evaluaciones se realizaron mediante del inventario de Depresión de Beck, inventario de personalidad de Eysenck e inventario clínico multiaxial de personalidad de millón. Teniendo la intervención cognitivo conductual donde se utilizó diversas técnicas como: psicoeducación, relajación, autorregistro, reestructuración cognitiva, modelado, entro otros. Por ultimo los resultados encontrados en la evaluación post test muestran la disminución de los síntomas depresivos, comprobando de esta manera la eficacia de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión.

*Palabras clave:* depresión, intervención cognitivo conductual, terapia cognitivo conductual.

## Abstract

The present intervention is from a clinical case of a 28-year-old adult woman, it was carried out through cognitive behavioral therapy; The objective is to reduce depressive symptoms through the application of a Cognitive Behavioral program. On the other, the evaluations were carried out using the Beck Depression inventory, the millon-millon personality multi-axial clinical inventory, and the Eysenck personality questionnaire. Having the cognitive behavioral intervention where various techniques were used such as: psychoeducation, relaxation, self-registration, cognitive restructuring, modeling, among others. Finally, the results found in the post-test evaluation show the decrease in depressive symptoms, thus verifying the effectiveness of cognitive behavioral therapy in the treatment of depression.

*Keywords:* depression, intervention cognitive-behavioral, cognitive behavioral therapy.

## I. INTRODUCCIÓN

En la depresión, la persona experimenta un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del disfrute o del interés en actividades, la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas. Se presentan varios otros síntomas, entre los que se incluyen la dificultad de concentración, el sentimiento de culpa excesiva o de autoestima baja, la falta de esperanza en el futuro, pensamientos de muerte o de suicidio, alteraciones del sueño, cambios en el apetito o en el peso y sensación de cansancio acusado o de falta de energía. (Organización Mundial de la Salud, 2021)

En determinados contextos culturales, algunas personas pueden expresar más fácilmente sus cambios de estado de ánimo en forma de síntomas somáticos (por ejemplo, dolor, cansancio, astenia), pese a que esos síntomas físicos no se deben a otra afección médica. Durante un episodio depresivo, la persona afectada experimenta dificultades considerables en su funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional y en otros ámbitos importantes. En los episodios depresivos pueden clasificarse en leves, moderados o graves, en función del número y la intensidad de los síntomas, así como de las repercusiones en el funcionamiento de la persona. (Organización Mundial de la Salud, 2021)

Es así, que, en esta investigación de caso único, denominado: Intervención cognitiva conductual en un caso clínico de depresión, constó de varios capítulos que se detallaron en forma organizada, siendo los siguientes:

En el apartado I, se planteó introducción al estudio en la que, se dividió la descripción del problema, los antecedentes nacionales e internacionales, donde a la vez plasmo la fundamentación teórica, por otro lado, se planteó los objetivos, las diversas justificaciones y a la vez el impacto esperado del trabajo académico.

En el apartado II, se desarrolló la metodología, donde se encontró el tipo y diseño de investigación, las variables de investigación, como también evidenciar el participante y

evaluación psicológica donde dentro de este punto se encontró la observación psicológica, entrevista, los test o pruebas aplicadas y el análisis e interpretación de resultados de la evaluación psicológica, conclusión diagnóstica y recomendaciones. No obstante, también de detalle la intervención del caso, donde se evidencian los objetivos, el plan de intervención y por último el programa de la intervención de caso.

En el apartado III, se elaboró los resultados de pre y post intervención, la discusión de los resultados hallados y el seguimiento.

En el apartado IV, se plasmó las conclusiones, el apartado V, se elaboró las recomendaciones, y en el apartado VI se describió las referencias de la investigación y por último en el apartado VII se muestra los anexos de esta investigación.

### **1.1 Descripción del problema**

Según la Organización Mundial de la Salud (2021), la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave. Puede causar gran sufrimiento a la persona afectada y alterar sus actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 700 000 personas y es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

Aunque hay tratamientos conocidos y eficaces contra los trastornos mentales, más del 75% de las personas afectadas en los países de ingresos bajos y medianos no recibe tratamiento alguno. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de proveedores de atención de salud capacitados, además de la estigmatización asociada a los

trastornos mentales. En países de todo tipo de ingresos, las personas que experimentan depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no padecen el trastorno son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.

Según el Ministerio de Salud (2020), antes de la pandemia por COVID-19, en el estudio de carga por categorías de enfermedades se encontró que los trastornos mentales y del comportamiento ocuparon el primer lugar, produciendo una pérdida de años de 668 114 (12.7% del total), que representa una razón de 21.2 por mil habitantes. La carga de enfermedad de esta categoría fue determinada principalmente por el componente de discapacidad (AVP: 1%; AVD: 99%). Se estimaba que en el Perú existían 295 mil personas con limitaciones permanentes para relacionarse con los demás por dificultades en sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas. De estas, 67,8% (200 mil personas) presentan discapacidad moderada y severa. El 20% de la población adulta y adulta mayor padece de un trastorno mental, especialmente depresión, trastornos de ansiedad, consumo perjudicial, abuso y dependencia del alcohol; y, el 20% de niños y niñas padecen trastornos de conducta y de las emociones (Estudios Epidemiológicos de Salud Mental).

En la población mayor de 12 años, los trastornos más frecuentes son los episodios depresivos, con una prevalencia anual que varía del 4% en Lima rural y 8,8% en Iquitos; y, se estima un promedio nacional de 7,6%. En niños y niñas, los estudios epidemiológicos en Lima y Callao muestran que el 20,3%, 18,7% y 14,7% presenta algún problema de salud mental en los grupos de edad de 1,6 a 6 años, de 6 a 10 años y de 11 a 14 años, respectivamente. Además, alrededor del 11% de estos mismos grupos está en riesgo de padecerlos

La depresión en los adultos, y en general, puede causar muchos sufrimientos y trastornos en su día a día, pero no suele diagnosticarse ni tratarse, debido a que no le dan

importancia. Considerándose este contexto, se propone una intervención psicológica mediante una terapia o intervención psicológica desarrollado para tratar a los adultos con depresión, y así contrarrestar este mal.

Una forma de intervenir en los pacientes adultos con depresión es con una Terapia Cognitivo Conductual (TCC), lográndose como una terapia más que actualmente revelan mucha efectividad para las revoluciones emocionales (Álvarez y Álvarez, 2017). La dirección cognitiva conductual se refiere a una intervención de terapia el cual requiere atenuar los padecimientos y mejorar a las personas que aquejan algún trastorno mental a través de detectar y modificar las distorsiones de cognición que se involucran en esas alteraciones. Siendo así que las terapias cognitivas conductuales se definen como unos procesos activos, con dirección y estructura, con lapsos de tiempo que se utiliza para la intervención de varios trastornos como la depresión.

## **1.2. Antecedentes**

Diversos estudios nacionales e internacionales se han llevado a cabo en referencia a la eficacia del tratamiento cognitivo conductual en pacientes con depresión, en este caso se expone los antecedentes relacionados a la intervención cognitivo conductual con diversas técnicas que redujeron la sintomatología depresiva en diversas etapas de vida.

### ***1.2.1. Antecedentes nacionales***

Calderón (2020), llevo a cabo en la Universidad Nacional Federico Villarreal, la tesis titulada: *Intervención cognitivo conductual para una mujer adulta con depresión*, cuyo estudio de caso fue de una mujer de 29 años, con conductas depresivas que fue tratada con TCC, el objetivo fue disminuir la sintomatología depresiva mediante un programa de intervención la intervención, duro 3 meses el tratamiento de 12 sesiones 1 vez por semana con 1 duración de 1 hora y 3 meses de seguimiento de 12 sesiones. Utilizo un diseño A-B-A, con técnicas cognitivas y conductuales. Durante la primera fase se estableció la línea base, que

constó de 3 sesiones, en donde, además de la entrevista, se le entrenó a registrar los eventos anteriores. En la fase de tratamiento, se le explicó el análisis funcional de las principales conductas problema que presenta, así como, la paciente logró identificar y establecer ejemplos de otros problemas que tiene, además de establecerse objetivos, donde se le enseñó técnicas como psicoeducación, entrenamiento en técnicas de relajación, auto instrucciones, autorregistros, entrenamiento en solución de problemas y reestructuración cognitiva, La tercera fase (post prueba) se notaron cambios. Se concluyó que el éxito de la intervención fue debido a la utilización de técnicas consistentes con el análisis funcional de la conducta de la paciente.

Landa (2020), desarrollo en la Universidad Autónoma de Ica, la tesis titulada: *La influencia entre la terapia cognitivo conductual y la depresión en pacientes adultos*, donde el estudio fue de tipo aplicada en la ciudad de Pisco – Ica para efecto de un programa de 2 grupos, 1 de control y el segundo en experimento de terapia cognitivo conductual para la depresión en 30 adultos entre las edades de 26 a 67 años, en donde están 15 sujetos en cada grupo cuyo objetivo fue ar cuál es la influencia entre la Terapia Cognitiva Conductual y la depresión en los pacientes adultos de la ciudad de Pisco - Ica, 2020, mediante la aplicación de nivel descriptiva exploratoria y correlación de corte transversal, se utilizó como instrumento la terapia cognitivo conductual e inventario de depresión de Beck – III, la intervención terapéutica consto con 3 módulos donde se realizó 8 sesiones, 2 veces por semana con una duración de 30 minutos, en el grupo experimental se desarrolló de técnicas de relajación, asertividad, resolución de problemas. Al finalizar la intervención se demostró la influencia de la terapia cognitivo conductual en el grupo experimental, ya que logro modificar ciertos pensamientos y conductas inapropiadas o que les afectaban.

Huaynates (2019), realizó en la Universidad Nacional Federico Villarreal, la tesis titulada: *Terapia Cognitivo Conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de*

*culpa*, siendo un estudio de caso de una mujer de 40 años, con conductas depresivas y fue tratada con TCC, el objetivo fue disminuir la sintomatología depresiva y los sentimientos de culpa mediante la intervención cognitivo conductual. Las sesiones fueron 1 vez por semana, con una duración de 1 hora de 13 sesiones en 3 meses. Durante la primera fase se estableció la línea base que consto de 2 sesiones, en donde, además de la entrevista, se le entrenó a registrar los eventos anteriores. En la fase de tratamiento, se le explicó el análisis funcional de las principales conductas problema que presenta, así como, la paciente logró identificar y establecer ejemplos de otros problemas que tiene, además de establecerse objetivos, donde se le enseñó técnicas como psicoeducación, relajación, auto instrucciones, activación conductual y reestructuración cognitiva. La tercera fase (pos prueba) se notaron cambios. Los resultados manifiestan una disminución del nivel de depresión, reducción de pensamientos, emociones y comportamientos negativos para la usuaria según las evaluaciones de seguimiento, de esta manera, al finalizar la fase de tratamiento se ratifica la efectividad de las técnicas empleadas para el caso de depresión.

Flores (2019), realizo en la Universidad San Martín de Porres, una investigación titulada: *Estudio de caso clínico – Programa de intervención cognitivo - conductual en un caso de depresión en la adolescencia temprana*, siendo un estudio de caso en una adolescente de 14 años, teniendo como objetivo mejorar el estado emocional y afectivo de la paciente, mediante el cambio en la forma de percibir y estructurar sus pensamientos, ello hará que manifieste pensamientos racionales y realistas que generen en el paciente un afrontamiento satisfactorio en las diferentes. Se llevó a cabo en 11 sesiones las cuales duraron 45 minutos, dos veces por semana el tratamiento y 3 sesiones de seguimiento. Durante la primera fase se realizó la línea de base y análisis que consto en 11 sesiones, en la fase de tratamiento se le enseñó diversas técnicas para promover las valoraciones positivas de sí misma, mediante: la psicoeducación, dialogo expositivo, reestructuración cognitiva, descubrimiento guiado,

programación de actividades, role playing, respiración diafragmática, modelado, entre otras. La tercera fase (post prueba) se notaron cambios.

Salomón (2018), llevo a cabo en la Universidad Nacional de San Martín de Arequipa una investigación titulada: *Caso clínico episodio depresivo leve, siendo un estudio de caso de una mujer de 76 años*, tuvo como objetivo estabilizar el estado emocional de la adulta mayor excluyendo actitudes derrotistas y pensamientos negativos, optimizando sus habilidades sociales, acentuando la autoestima, asertividad y toma de decisiones. Las sesiones fueron 1 vez por semana, con una duración de 1 hora de 13 sesiones en 3 meses. Durante la primera fase se estableció la identificación de pensamientos negativos, se le entreno para que identifique sus pensamientos automáticos, donde se le enseñó diversas técnicas como la psicoeducación, relajación, resolución activa de problemas, comunicación asertiva. En la tercera fase se halló mejoría, ya que había reducción de pensamientos, la práctica de ejercicio regular, empleo adecuado de la comunicación asertiva con su hijo, cuidado de su aspecto personal, practica de aseveraciones positivas de sí misma, de los otros y de su futuro recuperando su estado de ánimo. Concluyéndose que la intervención cognitivo conductual fue efectiva con la disminución de los síntomas presentados.

### ***1.2.2. Antecedentes internacionales***

Herrera (2019), en la Universidad Técnica de Machala, realizó una investigación titulada: *Plan de intervención psicológica desde el enfoque cognitivo- conductual para la depresión*, siendo así un ensayo para adaptar un plan de intervención psicológica desde el enfoque cognitivo conductual para la depresión, tuvo como objetivo de mejorar el estado emocional en la depresión basada en el modelo de Aaron Beck. En la primera fase se proyectó la línea de base en 2 sesiones, posteriormente en la fase de tratamiento, se planteó el análisis funcional de las principales conductas problema que presenta, así como, la paciente logró identificar y establecer ejemplos de otros problemas que tiene, además de establecerse

objetivos, donde se le enseñó técnicas como: la psicoeducación, debate de creencias irracionales, modelado, auto instrucciones, role playing, solución de problemas. Y en la tercera fase (post prueba) se reevaluará y realizar seguimiento.

Navarro (2018), en la Universidad del Norte – Barranquilla, llevo a cabo una investigación, titulada: Intervención cognitivo conductual de una paciente, llevando a cabo el desarrollo de caso de una adolescente de 17 años, con conductas depresivas que fue tratada con TCC, tuvo como objetivo describirla eficacia de la intervención cognitivo conductual en un caso único con diagnóstico de Trastorno depresión mayor, tuvo una duración de 10 sesiones de 1 vez por semana con una duración de 1 hora aproximadamente, en la primera fase se estableció la línea base durante las 2 primeras sesiones, en la fase de tratamiento, se le explico que incrementaría sus actividades y tenga el control de su vida, lográndolo a través de las técnicas: psicoeducación, relajación progresiva de Jacobson, control de las contingencias, resolución de problemas y toma de decisiones, reestructuración cognitiva. En la tercera fase (pos prueba) se notaron cambios.

Rodríguez (2018), en la Universidad Autónoma de Nuevo León, elaboro una investigación titulada: Integración de la terapia cognitivo conductual y la terapia centrada en soluciones en un caso de depresión mayor, siendo así un caso único de hombre de 23 años, con el objetivo de validar una intervención de complemento entre la terapia cognitiva conductual y la terapia en base a soluciones. Se desarrollo en 16 sesiones, 1 vez por semana en un tiempo de 1 hora. Donde en las fases de intervención, se pudo lograr una mejoría ya que había una mejora relevante en los rangos de depresión y en los niveles de alteración de ideas asociadas al trastorno, asimismo, un acrecentamiento en su habilidad asertiva y en sus grados de autoestima.

Alcázar et al. (2017), desarrollaron una revista de psicología y ciencias del comportamiento, titulada: Intervención cognitivo – conductual en caso de trastorno depresivo

debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla, siendo un caso único, con el objetivo de demostrar la eficacia y efectividad del abordaje en un caso de trastorno depresivo debido a un traumatismo en la rodilla, bajo el modelo cognitivo conductual. El programa se aplicó a un paciente varón de 33 años de edad de México, quien sufrió un accidente en motocicleta, dejándole como secuela una discapacidad permanente y a partir de entonces, depresión. Se desarrolló durante 10 sesiones en un tiempo de 50 minutos aproximadamente. Donde en la primera fase se realizó la evaluación que fue en 2 sesiones. Luego en la fase de tratamiento se le explicó el análisis funcional de las principales conductas problemáticas que tenía, donde se le enseñó las técnicas de: psicoeducación, diálogo socrático, relajación, autoinstrucciones. En la fase final, se realizó la reevaluación y se encontró mejoría, ya que se había disminuido las emociones como ira y tristeza a diario, problemas de sueño, y fatiga.

Antón (2016), llevo a cabo una revista de psicología clínica con niños y adolescentes, titulada, Intervención cognitivo - conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. Siendo así de un caso único en una adolescente española de 18 años con el objetivo de identificar los efectos de la aplicación del tratamiento cognitivo conductual para recuperar el estado de ánimo de la joven y disminuir la sintomatología depresiva. Se desarrolló en 10 sesiones, 1 vez por semana en un tiempo de 1 hora aproximadamente y seguimiento 2 sesiones (2 y 4 meses). En la primera fase se desarrolló las evaluaciones durante 2 sesiones, en la fase de tratamiento se le explicó que los resultados obtenidos, donde en todo el tratamiento se utilizó técnicas, tales como: psicoeducación, respiración diafragmática, autoinstrucciones, entrenamiento de asertividad, reestructuración cognitiva. En la fase final (pos) se pudo evidenciar mediante las reevaluaciones una mejoría.

### ***1.2.3. Fundamentación teórica***

Según Kaplan et al. (1996), definen que la depresión, es un trastorno del estado de ánimo en el cual hay humor deprimido con pérdida de energía e interés, sentimientos de

culpa, dificultades de concentración, pérdida de apetito y pensamientos de muerte o suicidio.

Asimismo, diversos autores señalan que, en las representaciones de la depresión, las variaciones sintomatológicas en lo referente a rangos emocionales, motivacionales, cognitivos, fisiológicos, y de conducta se muestran características de un estado de tristeza constante, la exposición de poca energía, y mezquino interés en sus actividades habituales, perspectivas negativas sobre sí mismo, emociones de culpabilidad o de autocrítica negativa y la impresión de dependencia en los demás (Burns et al., 2016).

Conforme Martínez et al. (2015), mencionan que los trastornos de la depresión se ocasionan como origen de varios aspectos como los internos, los de genética, de ambiente o circunstancial y de los factores psicológicos.

Existen diversos exponentes que hayan trabajado o propuesto bases sobre la depresión, siendo el o uno de los más importantes Beck, donde en su teoría ha descrito y definido sobre el trastorno de la depresión. Dando las siguientes definiciones, tales como:

De acuerdo con Beck (1967), indicó: La depresión esencialmente es un trastorno de ideas mucho más que del estado de ánimo, que se caracteriza por pensamientos negativos sobre sí mismo, el contexto y el futuro, que instituyen la triada cognitiva. Estas atribuciones de las personas deprimidas serán personales, es decir los individuos deprimidos se culparán así mismos por cualquier situación mala que acontezca, y cuando sucede algo bueno lo inculpan a la suerte.

Como también, Beck (1963) indicó que, las personas deprimidas no quieren el fracaso, sino que tienen una distorsión de la realidad acogiendo puntos de vista negativos de sí mismos o su potencial para lograr prosperidad o felicidad.

Ante todo, lo mencionado de los diversos autores, se puede concluir que la depresión es una grave enfermedad que altera emocionalmente a las personas, con sentimientos de miedo, soledad, tristeza, negatividad, entre otras emociones negativas, las cuales llegan a

desestabilizar la autonomía de cualquier persona. Es un problema que también recae sobre la familia, puesto que daña psicológicamente a todos los que conviven con el paciente.

Existen diversos exponentes que hayan trabajado o propuesto bases sobre la depresión, siendo el o uno de los más importantes Beck, donde en su teoría ha descrito y definido sobre el trastorno de la depresión. Mencionando así que a persona observa en su pasado una numeración de experiencias negativas las cuales hicieron que éste procesara un esquema de pesimismo, es decir, cuando la persona vuelva a tener una práctica negativa éste instintivamente realizará una interpretación desacertada de los acontecimientos, todo esto en consecuencia de la llegada de ideas distorsionadas. (Beltrán et al., 2012)

### **Diagnóstico**

En el manual DSM V , se define la depresión como el síndrome, conformada de síntomas afectivos (desánimo patológico, apatía, desesperanza, congoja, angustia, decaimiento, irritamiento, impresión subjetiva de fastidio e imposibilidad de salir airosos frente a las situaciones del contexto) No obstante, en mayor o menor grado, todavía están inmersos los síntomas de tipocognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

Asimismo, este manual contempla que su diagnóstico debe ser planteado tomando en cuenta los datos observacionales poco específicos, como, por ejemplo, el desinterés en el aspecto personal o apariencia, disminución de la rapidez motora, bajo nivel de entonación de voz, retraimiento, poco comunicativo, llanto fácil espontaneo, disminución de la atención, se vuelve una persona pesimista verbalizando ideas de ese tipo, además de quejas somáticas inespecíficas.

Por otro lado, existen "factores de riesgo", los que predisponen a que una persona sea más vulnerable a sufrir de depresión. Estos son factores biológicos (Ej. Antecedentes familiares), psicológicos y ambientales (relacionados con el entorno). Por ejemplo, el hecho de

tener un padre o una madre que ha sufrido depresión aumentaría el riesgo de poder verse afectado por la enfermedad. Del mismo modo, el haber vivido acontecimientos traumáticos o conflictos graves en la familia durante la primera infancia está asociado con un mayor riesgo de depresión en la edad adulta. García y Noqueras (2013).

- **Factores genéticos:** En algunos individuos pueden estar propensos con la genética, con un historial previo familiar que acrecienta la probabilidad de soportarla. El sexo femenino padece con mayor frecuencia depresiones que los hombres.
- **Factores biológicos:** En nuestro cerebro existen sustancias químicas denominadas neurotransmisores que pasan señales de una célula a otra. En la depresión algunos de estos sistemas, particularmente los de Serotonina y Noradrenalina, parecen no estar funcionando correctamente.
- **Factores sociales:** Específicas circunstancias principalmente complicadas y difíciles que sucedan en la vida (problemas familiares, laborales, etc.) pueden favorecer su aparición.

García y Noqueras (2013), elaboraron una guía que trata del tratamiento de depresión, donde hacen énfasis en los siguientes síntomas: a nivel conductual las personas muestran ataques de llanto, aislamiento de los demás, disminución de la realización de actividades diarias, una pérdida de la motivación, en las emociones los sujetos presentan sentimientos de tristeza, ira, cambios de humor, sentimiento de desesperanza, culpabilidad, ansiedad entre otros. A nivel de pensamiento suelen aparecer sentimiento de culpa, preocupación, pesimismo, problemas relacionados a la memoria, falta de concentración, confusión, piensan que las demás personas tienen una mala percepción de ser persona. Por consiguiente, algunos de los síntomas físicos que presentan son la fatiga, sensación de cansancio, pérdida de apetito sexual, falta de energía, dormir mucho a dormir poco, estreñimiento, aparición de dolores sin

explicación aparente.

### **Teoría de la depresión**

Beck, bajo su modelo cognitivo sobre la depresión busca dar una extensa descripción en cuanto al principio y sostenimiento de la teoría, al igual que la forma de cómo afrontar y superar dicha enfermedad. En tal caso, la presente teoría se fundamenta en 3 elementos básicos:

a) Triadas cognitiva: Patrones de ideas y actitudes negativas de sí mismo, del mundo y del futuro.

De lo expuesto por Ruiz (2012), se pudo definir la triada de la siguiente manera:

- **Visión negativa de sí mismo:** Se considera un inútil, un perdedor, se ve desgraciado, torpe, enfermo, tiende a subestimarse constantemente. Piensa que le faltan las cualidades o atributos que lo harían ser feliz, alegre o bueno.
- **Visión negativa de sus experiencias:** Considera las relaciones con el medio en términos de derrotas o frustraciones, tiende a sentir que no puede enfrentar las exigencias de la vida. Cada pequeña actividad se transforma en un esfuerzo terrible, tienden a ver los obstáculos y problemas constantemente.
- **Visión negativa del futuro:** tiende a ver el porvenir como negro, sólo vendrán cosas peores, les cuesta mucho proyectarse con un sentido realista u optimista.
- **Esquemas negativos:** patrones de pensamientos estables y duraderos que representan las generalizaciones de una persona acerca de experiencias pasadas, y de esta manera juzga el presente y el futuro.
- **Distorsiones cognitivas:** Tales como la inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobre generalización, magnificación/ minimización, personalización y pensamiento dicotómico. Las personas que están con depresión responden a su ambiente de una manera rígida y negativa. mediante tres subtemas (los esquemas, los errores cognitivos

y la triada cognitiva) los cuales se extenderán y describirán de la siguiente forma:

Las agrupaciones de estándares cognitivos estables en el tiempo son llamados “esquemas”, que se construyen en la medida que uno va creciendo, generándose así desde los primeros ciclos o etapas de la vida infantil, cabe aclarar que no se refiere al producto de solo una situación sino a la recurrencia de situaciones de igual índole que por algún motivo en una persona le genera un importante significado. Son el “filtro” por el cual el ser humano localiza, diferencia los estímulos con los que se enfrenta a diario.

Dicho de otro modo, mediante los esquemas cada ser humano descifra y da un significado a las cosas, les da una percepción en particular.

Y es así que, debido a su permanencia y duración en el tiempo, los esquemas son los que tienen la función de que las personas tiendan a interpretar circunstancias similares de la misma forma.

Se hace la aclaración de que no necesariamente todos los esquemas se encuentren activos todo el tiempo, pues hay varios que permanecen inactivos incluso por muchos años y se reactivan solo cuando la persona pasa por experiencias parecidas a las cuales tuvieron inicio en dichos esquemas. Como muestra de una situación ponemos tal ejemplo: Si un infante es abandonado por sus padres, y primero su padre se fue sin decir nada y nunca regresó y su madre por motivos laborales tiene que irse fuera del país, posiblemente se haya ido creando esquemas de pérdidas específicas, dichos esquemas serán activados en un futuro cuando le toque vivir experiencias de pérdida parecidas como el fallecimiento de un familiar o persona cercana o el término de una relación sentimental y no de vivencias de otro contexto como problemas económicos o laborales que intervengan los compañeros de trabajo.

Cuando una persona que no sufre de depresión afronta una situación específica, ésta activa un esquema propicio y atinado mediante el cual interpreta cada uno de los estímulos conformados en la situación, teniendo como resultado conclusiones concretas y prudentes

capaces de realizar. Caso contrario sería cuando una persona depresiva una determinada situación, ésta impulsa automáticamente la activación de un enfoque idiosincrático, el cual hace que el individuo preste atención solo en aquellos estímulos que tienen relación con el esquema activado, lo cual genera una interpretación distorsionada de las cosas en función de su historial de situaciones desaprobadas por el individuo, cegándose a un análisis de objetividad, realidad o probabilidad sobre esas nuevas conclusiones a las que se llegó como resultado final.

Se caracteriza básicamente por las distintas maneras del pensamiento llámese “erróneo”, siendo una interpretación de situaciones de la vida diaria. Estos pensamientos e interpretaciones son estereotipados de tal manera que al ser valoradas son estrictas con dificultad de cambios.

A partir de las situaciones que se vivan en el día a día, cada persona genera una interpretación automática de la experiencia ya sea positiva o negativa, por tanto, actúan de tal manera que las situaciones del pasado se generalizan en el presente y en las futuras experiencias.

Beck menciona a las creencias no razonables o pensamientos distorsionados como una conducta autodestructiva, mientras que los pensamientos racionales conducen a la tranquilidad, bienestar y realización.

Las estrategias de intervención terapéuticas están destinadas a encontrar y transformar las percepciones distorsionadas y las erróneas creencias que se generan. Una vez encontradas, el terapeuta, encamina al paciente para buscar pensamientos más objetivos, viables y reales, conforme a los conflictos psicológicos que puedan tener para así disminuir o extinguir los síntomas.

Beck en su teoría menciona dos clases de pensamiento del ser humano: El racional e irracional.

### **Pensamientos razonables**

- ✓ Son creencias que se apoyan de datos verdaderos, sensatos, razonables, objetivos y lógicos. Lo conforman los principios éticos, morales y de salud.
- ✓ Incentivan a tener una visión exitosa hacia metas gratificantes para el ser humano.
- ✓ Son de fundamento positivo, brindando seguridad y confianza al individuo.
- ✓ No distorsionan la realidad.
- ✓ Incentiva la convivencia en las relaciones interpersonales.

### **Pensamientos no razonables**

- ✓ Son creencias que se apoyan de datos falsos y faltos de fundamento coherente y lógico. Son subjetivos y no son adaptados a la realidad.
- ✓ Carece de principios éticos y morales.
- ✓ Hallan causas infundadas en situaciones determinadas presentando conciencia de sus errores cometidos.
- ✓ Los problemas los enfocan como “Catástrofes sin salida”, suponiendo lo peor de cada experiencia, por tal motivo, generalizan futuras experiencias por situaciones del pasado.
- ✓ Son de fundamento negativo.
- ✓ Tienden a imposibilitar el desarrollo y ejecución de metas planteadas por el individuo.
- ✓ Términos frecuentes que utiliza: “Siempre”, “Nunca”, “Debería” y “Tendría qué”.

Beck (2002), señaló la importancia de identificar en la depresión de síntomas objetivos que llevarán a una adecuada intervención en el proceso de tratamiento siendo estos: 1. Afectivos: presencia de tristeza, pérdida de la alegría, de la gratificación 2. Motivacionales: imperante deseo de evadir dificultades incluso acciones de la vida diaria. 3. Cognitivos: Dificultad para atender, retener, concentrarse. Presencia de distorsiones cognitivas en el proceso de la información, problemas para la toma de decisiones. 4. Conductuales: pérdida de interés, pasividad, poca energía, lentitud o agitación psicomotora. 5. Fisiológicos o

vegetativos: variación del sueño insomnio o hipersomnias, alteración en el apetito, disminución del deseo sexual.

### **Terapia cognitivo conductual**

La terapia Cognitiva-Conductual implica la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos. Este enfoque, considera a la depresión como resultado de la combinación de las deficiencias en las habilidades de afrontamiento, complicaciones en la regulación de las emociones y una visión negativista acerca de lo que le rodea y en cómo él mismo puede adaptarse funcionalmente a ello (Arean, 2004; citado en Romero, 2006).

Asimismo, cabe señalar que este modelo, establece la importancia de identificar los pensamientos y acciones específicos que afectan al estado de ánimo con el fin de lograr un mayor control sobre los sentimientos que éstos producen en la persona (Rossello y Bernal, 2007).

La terapia no solo se centra en los pensamientos disfuncionales, además, trabaja sobre los problemas externos del malestar del paciente, se realiza una intervención estructurada de tiempo limitado con objetivos a corto y largo plazo; a corto plazo eliminar las creencias disfuncionales y a largo queadquiera las habilidades necesarias para que en futuro las pueda utilizar; se trata de un aprendizaje que le ayudará a que vaya incorporando en sus habilidades habituales formas de funcionamiento más adaptativos y racionales (Ruiz et al., 2012).

Por lo anterior, una de las estrategias más conocidas bajo la intervención de este modelo, es la reestructuración cognitiva, la cual consiste en que el cliente, con la guía inicial del terapeuta, pueda reconocer y cuestionar sus cogniciones desadaptativas, para que sean sustituidos por otras más funcionales y se disminuya o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causadas por ello. Durante la aplicación de esta estrategia, los pensamientos se toman como hipótesis y, mediante el trabajo en conjunto entre el terapeuta y

paciente, se recolectan datos en registros con el objetivo de determinar si dichas hipótesis son de utilidad para el tratamiento. Parte del procedimiento implica que el terapeuta formule una serie de preguntas y diseñe experimentos de tipo conductual para que el paciente mismo examine y compruebe sus pensamientos negativos, con el fin que éste llegue a una conclusión si son válidos o útiles (Clark, 1989; citado en Bados y García, 2010).

La terapia cognitivo-conductual en la depresión tiene tres objetivos: en primer lugar, disminuir el pensamiento disfuncional donde se emplea el modelo cognitivo de Beck; en segundo lugar, incrementar las habilidades de autocontrol y capacidad de resolución de problemas; y finalmente aumentar las habilidades sociales. (Puerta y Padilla, 2011).

### **1.3. Objetivos**

#### ***1.3.1. Objetivo general***

- Disminuir la sintomatología depresiva mediante la aplicación de la intervención cognitivo conductual.

#### ***1.3.2. Objetivos específicos***

- Explicar con la psicoeducación a la usuaria sobre su Diagnóstico en función al cognitivo conductual.
- Disminuir las distorsiones cognitivas a través de la reestructuración cognitiva.
- Incrementar las actividades diarias en base a los reforzadores positivos y modelado.
- Disminuir los síntomas fisiológicos, mediante la técnica de respiración diafragmática.

### **1.4. Justificación**

La depresión en la actualidad es de una de las enfermedades más comunes a nivel mundial en relación a las enfermedades de salud mental. Muchas personas que la padecen no son conscientes de la misma, viéndose afectados a nivel físico, emocional, familiar y laboral por la sintomatología depresiva, y dándose cuenta muchas veces de su diagnóstico cuando la

enfermedad ha avanzado, y en muchos casos con un final lamentable.

Esta investigación experimental responde a una necesidad de brindar pautas, estrategias y aportar al conocimiento histórico sobre técnicas y herramientas para abordar eficazmente la depresión, como también permitirá intervenir eficazmente, ya que hay estudios que muestran que la intervención cognitiva conductual logra excelentes resultados.

### **1.5. Impactos esperados del trabajo académico**

Respecto al presente trabajo académico se pudo evidenciar el impacto de las técnicas cognitivo conductuales en la disminución en la sintomatología de la depresión en el caso de una paciente adulta, 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.

Asimismo, la contribución de este trabajo académico, está sujeta al importante antecedente que representa para futuros investigadores, ya que no existe estudios de caso en terapia cognitivo conductual, ya que la mayor parte de están diseñadas como investigaciones no experimentales.

Finalmente, considero que el impacto de este estudio de caso clínico se vio reflejado en dos niveles de manera simultánea. Por un lado, notamos una mejoría tanto en las relaciones interpersonales que establece la usuaria como en su bienestar personal. Y, por otro lado, se evidencio un mayor bienestar de la vida en común. Este último nivel es muy importante, su estilo de vida se ha vuelto funcional. Siendo así un trabajo académico que contribuyo positivamente sobre estos aspectos.

## II. METODOLOGÍA

### 2.1. Tipo y diseño de investigación

En el presente trabajo, se ejecutó el diseño experimental de caso único (Hernández, et al., 2015). Diseño Univariable Multicondicional ABA. Según Kazdin (2001), diseño unicondicional A es la línea base (pre test), B la intervención cognitiva conductual y A línea base (post test).

A continuación, se describen las siguientes fases:

**Fase uno:** Usaria de sexo femenino de 28 años de edad, acude a consulta por presentar sintomatología de cuadro clínico de depresión moderada.

**Fase dos:** Aplicación de pruebas psicológicas: Escala de depresión de Beck, Inventario de Personalidad Eysenck y Eysenck-Forma B, Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millón

**Fase tres:** Aplicación del programa cognitivo conductual: Aplicación del programa cognitivo conductual, utilizando técnicas como psicoeducación, reestructuración cognitiva, técnica de relajación, modelado, resolución de problemas, reforzamiento positivo.

**Fase cuatro:** Se aplicó el post test de las pruebas psicológicas de la fase II, análisis de los instrumentos, se comprobó la eficacia de la intervención cognitivo conductual en el caso de depresión moderada.

### 2.2. Ámbito temporal y espacial

La intervención cognitivo conductual se llevó a cabo en agosto hasta octubre del 2021 con la usuaria en un consultorio particular en el distrito de San Juan de Lurigancho.

### **2.3. Variables de investigación**

2.1.1. Variable independiente: Intervención cognitivo conductual

2.1.2. Variable dependiente: Depresión

### **2.4. Participante/ sujeto**

Usuaría de sexo femenino, con 28 años de edad, tiene un grado de instrucción superior completo, su estado civil es casada.

### **2.5. Técnicas e intervención**

#### **2.5.1. Técnicas**

En el presente caso se ha abordado con diversas técnicas tanto en lo cognitivo como conductual, siendo esto importante para la intervención con la usuaria en su diagnóstico de depresión moderada. Siendo así las siguientes técnicas:

#### **Técnicas cognitivas**

El objetivo de las técnicas cognitivas es lograr que el paciente sea capaz de identificar los pensamientos que le causan problemas, así como ver otros puntos de vista alternativos de una situación que no ha considerado antes y modificar posibles errores cognitivos. A continuación, un detalle de las principales técnicas cognitivas de Beck (Caro, 2006).

#### **Psicoeducación**

Es una herramienta de primera intervención, siendo importante para dar inicio en la intervención, siendo así un entrenamiento terapéutico ya que es toda aquella información técnica que el psicoterapeuta brinda en terapia la cual se considera necesaria para la mejora del paciente y este mayor entendimiento puede afectar al paciente de manera positiva. De esta manera se disminuye el riesgo de recaída y al mismo tiempo generar un mayor entendimiento, donde se le da una breve definición del diagnóstico, como se origina, signos, síntomas, características, los reforzadores, riesgos de recaídas, etc. Teniendo una clara idea de su problema actual. (Donley, 1911, citado en Westphalen, 2018).

## **Distracción**

Consiste en emplear diversos procedimientos de distracción cognitiva para que puedan practicarse en casa. Entre estos procedimientos destaca la relajación progresiva de Jacobson y distintas estrategias de distracción mediante la imaginación. (Caballo, 2008).

## **Reestructuración cognitiva**

La reestructuración cognitiva se concentra en desarrollar múltiples perspectivas opcionales más que en el mero acontecimiento negativo temido. Al aplicar la reestructuración negativa, es importante no tratar de minimizar el carácter catastrófico de los acontecimientos temidos; por ejemplo, si una paciente teme que su esposo fallezca en un accidente automovilístico de camino a casa, el terapeuta no debe intentar convencerla de que eso no es una tragedia. En cambio, esta táctica de tratamiento debe abordar la probabilidad de que ocurra el evento temido, así como las suposiciones desadaptativas acerca de la preocupación (por ejemplo “si me preocupo, todo va a estar bien”).

La Reestructuración Cognitiva consiste en que el paciente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional o conductual causada por los primeros. En la Reestructuración Cognitiva, los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos. Clark (1989).

La Reestructuración Cognitiva basa su intervención en que las cogniciones juegan un papel importante en la explicación del comportamiento humano en general y de las

alteraciones emocionales en particular. No son los acontecimientos los responsables de las reacciones emocionales y conductuales, sino las expectativas e interpretaciones de dichos acontecimientos y las creencias relacionadas con los mismos.

La Reestructuración Cognitiva es utilizada principalmente para identificar y corregir los patrones de pensamiento negativo.

La técnica consiste en la discusión de los pensamientos automáticos negativos que se producen en situaciones que provocan perturbación emocional (por ejemplo, “Creen que soy aburrido”) y su sustitución por creencias o pensamientos más racionales (como “No puedo leer la mente de otras personas, probablemente están cansados ahora”). A medida que los pensamientos son enfrentados y puestos en duda, su capacidad para perturbación emocional se debilita. Dentro de la reestructuración cognitiva, existe diversos tipos para la intervención, siendo las siguientes:

- **Cuestionamiento socrático:** Hacen referencia a emplear preguntas para aclarar significados, provocar emociones y consecuencias, así como para crear una perspectiva o explorar acciones alternativas (James et al, 2009). Si nos centramos en el contenido concreto de las preguntas, diversos autores hacen diferentes propuestas. Padesky (1993), describe cuatro pasos: (1) hacer preguntas informativas; (2) escuchar; (3) resumir y (4) hacer preguntas sintetizadoras o analíticas. Beck, por su parte, planteó que, aunque se pueden hacer muchas preguntas, existen tres categorías principales sobre las que cuestionar: evidencia, gravedad y utilidad (O'Donohue y Fisher, 2012).

Este modelo parece uno de los más empleados, tal y cómo se refleja en los protocolos de aplicación de algunos autores como Bados y García (2010), que recomiendan: (1) examinar evidencia o validez de un pensamiento: “¿Qué datos tiene a favor de este pensamiento? ¿Cuál es la probabilidad de que esté interpretando

correctamente la situación? ¿Existen otras interpretaciones alternativas?"; (2) examinar la utilidad de dicho pensamiento "¿Le ayuda este pensamiento a conseguir sus objetivos y a solucionar su problema?"; (3) suponiendo que es cierto el pensamiento identificar las consecuencias, la gravedad de lo que pasaría y qué se podría hacer para afrontarlo (desdramatización Bados y García 2010) "¿Qué pasaría si las cosas fueran realmente cómo piensa? ¿Su vida ya no tendría sentido? ¿qué podría hacer si lo peor ocurriera?".

- **Examinando evidencia:** En vez de asumir que un pensamiento determinado negativo es verdadero, se intenta enseñar a los pacientes la evidencia real existente. El foco de esta técnica no es poner en duda la veracidad del mismo, sino, como veremos más adelante, intentar ver si hay modos alternativos y, sobre todo, menos dañinos de interpretar lo que ha sucedido. Los hechos suelen ser reales (molestias físicas, dolores, miradas de la gente, discusiones...), pero lo que hay que examinar fundamentalmente es la posibilidad de que pueda verse la situación desde otra perspectiva o considerar otros aspectos que quizá se estén ignorando. Vázquez (2003).
- **Descubrimiento guiado:** Padesky (1993), propone que el debate forma parte del proceso de descubrimiento guiado y en él, el diálogo terapéutico debe tener como objetivo ayudar al paciente a considerar toda la información relevante y explorar explicaciones alternativas en lugar de que el terapeuta intente argumentar o convencer a los pacientes de una conclusión específica. El objetivo no es cambiar las creencias del cliente, sino que éstos, por sí solos, generen sus propias soluciones. Además, considera que ni el terapeuta ni el cliente saben ciertamente cuál es la meta o el lugar al que llegarán tras el debate.

Algunos autores han llegado a plantear que el objetivo del método socrático no es siquiera el cambio sino abrir un espacio para la conversación, considerando que las

preguntas formuladas no debían ser ni retóricas ni pedagógicas, que no indiquen ningún tipo de dirección de la respuesta (Anderson y Goolishian, 1992). Otros autores, sin embargo, plantean la línea opuesta: consideran que el objetivo del debate sí es cambiar las creencias del cliente y que el terapeuta sí debe tener claro hacia dónde quiere conducirlo a través del debate socrático. (Díaz, 1959 citado en Carey y Mullan, 2004).

Incluso De Rubeis et al. (citado en Carey y Mullan, 2004), señalan que Sócrates sí conocía exactamente hacia dónde iba con su línea de preguntas. Siendo así un proceso esencial, el terapeuta desconoce la respuesta final a la que quiere que llegue el cliente y las descubren junto con los clientes a través de dicho proceso de descubrimiento.

### **Técnicas conductuales**

Al igual que las técnicas cognitivas, las conductuales trabajan con los síntomas principales del paciente. Algunas de las principales técnicas conductuales utilizadas en terapia cognitiva estándar (Leahy y Holland, 2000).

### **Modelado**

Bados y García (2011), mencionan en que se logra conseguir la persona realice una conducta haciendo que observe a un modelo ejecutar una conducta similar y se fije en las consecuencias que recibe (reforzamiento, ausencia de castigo). De este modo, una persona puede aprender una conducta que no sabía hacer (adquisición), aumentar una conducta que ya estaba en su repertorio (facilitación) o desinhibir una conducta que había sido previamente castigada.

El modelado puede ser en vivo (llevado a cabo por una persona presente) o simbólico (grabación de vídeo o audio). Ejemplos de modelado serían observar como un directivo con más experiencia conduce una negociación con unos clientes o ver un vídeo de una sesión de

terapia para aprender a manifestar empatía

**Pasos:**

- Seleccionar modelos que para el cliente sean figuras realistas de referencia. Es importante la similitud en edad (aunque en el caso de los niños, les encanta imitar a los adultos), sexo y etnia, y que los modelos sean vistos por el observador como personas competentes y con prestigio o estatus.
- Utilizar más de un modelo siempre que sea posible. Esto hace más creíble lo observado y, en comportamientos sociales, permite observar una variedad de estilos. El número de modelos observados influye en la probabilidad de que la conducta sea imitada.
- La complejidad de la conducta modelada no debe sobrepasar la capacidad de la persona. Si el comportamiento es bastante complejo, el modelado debe graduarse comenzando por lo más fácil y progresando a conductas más difíciles. Habrá que adaptar a cada persona la graduación de las actividades modeladas, el número de demostraciones, la duración de las mismas, su repetición, etc.
- Las situaciones modeladas deben ser lo más realistas posibles para mejorar la generalización.
- La persona debe ver al modelo cuando realiza la conducta y fijarse en esta conducta y en las consecuencias que recibe el modelo (a ser posible reforzadores naturales y ausencia de castigo).
- El modelado debe combinarse con instrucciones que destaquen la conducta a observar y las consecuencias positivas por atender y seguir la conducta modelada.
- Tras la observación del modelo, se puede comentar con la persona la actuación del mismo (para asegurarse de que identifica los componentes relevantes), discutir las repercusiones de esta actuación y preguntar a la persona en qué medida ve oportuno en

su caso seguir dicha actuación.

- Otorgar reforzadores cuando la persona lleve a cabo la conducta modelada.
- Hay que utilizar el desvanecimiento cuando sea necesario para que la conducta pase a ser controlada por otros estímulos naturales que no sean el modelo.

A continuación, se menciona un ejemplo:

Se utilizará la técnica del Modelado, donde la terapeuta representará la situación de Ed. El modelado actuara del papel de la usuaria, tomando en cuenta los siguientes aspectos: Que hacer o pensar antes de llamar a su jefa, en el momento que hable con ella y luego que culmine el llamado.

A tomar en cuenta con la usuaria: Que la usuaria observa con atención cada conducta que realiza el modelado, escuchando todo lo que dice para posteriormente recordar toda la situación.

Luego se iniciará una discusión con la terapeuta sobre lo que realizado el modelado la conducta antes durante, después de llamar y la terapeuta junto a la usuaria implementar nuevas respuestas que también podría realizar. Utilizando también así el reforzamiento positivo, cada vez que realice una respuesta adecuada.

Mencionar a la usuaria, que la conducta modelada no la considere como la “adecuada”, sino que es una forma de abordar esa situación en sí.

### **Técnica de respiración diafragmática**

Es una respiración esencial ya que el diafragma es considerado como nuestro segundo corazón. En el primer momento de inspiración, el abdomen se hincha. El suave descenso del diafragma ocasiona un masaje constante y eficaz en toda la masa abdominal.

Poco a poco toda la parte baja de los pulmones se llena de aire. La inspiración debe ser lenta y silenciosa. Si nos escuchamos significará que estamos inspirando demasiado deprisa. En segundo momento, al espirar, los pulmones se vacían y ocupan un lugar muy

restringido. Es importante vaciar al máximo los pulmones y expulsar suavemente la mayor cantidad posible de aire. Después de haber vaciado a fondo los pulmones, la respiración exige ponerse en marcha de nuevo.

El vientre se relaja y comienza el proceso de nuevo. Durante el mismo es esencial inspirar y espirar por la nariz y mantener la musculatura abdominal relajada. Lo ideal es ejercitar la respiración diafragmática tumbado de espaldas ya que esta posición favorece la relajación de la musculatura abdominal. Tanto al inspirar como al espirar de debe vivir conscientemente la entrada y salida del aire y los movimientos que se suceden en el diafragma. Se puede colocar una mano sobre el vientre, aproximadamente en el ombligo y poder así seguir el movimiento abdominal (Ruiz et al., 2012).

### **Resolución de problemas**

Según Bados y García (2014), la meta del entrenamiento en resolución de problemas (ERP) es ayudar a la persona a identificar y resolver los problemas actuales de su vida que son antecedentes de respuestas desadaptativas y, al mismo tiempo, caso de ser necesario, enseñar a la persona habilidades generales que le permitirán manejar más eficaz e independientemente futuros problemas (D’Zurilla, 1986/1993). Por lo general, a la hora de explicar el procedimiento se comienza por emplear algún problema no directamente relacionado con aquellos por los que consulta el cliente. Esto facilita el aprendizaje del proceso.

### **Reforzamiento positivo**

Un reforzador positivo es un estímulo (evento, conducta u objeto) cuya presentación contingente a una conducta da lugar aun aumento o mantenimiento de esta, de modo que este aumento o mantenimiento es menor o no se da cuando la presentación es no contingente. Se han distinguido diversos tipos de reforzadores positivos, donde uno de ellos son **los reforzadores primarios** o incondicionados son aquellos que no requieren de

experiencias de aprendizaje para funcionar como reforzadores; comida, bebida, contacto sexual.

### **Autorregistro**

En cuanto al autorregistro continuado a lo largo del tratamiento, hace que el cliente sea más consciente de sus propias cogniciones y del impacto de estas, y facilita la reestructuración de las mismas.

El empleo correcto del autorregistro requiere entrenamiento con ejemplos concretos, revisión continuada del mismo entre terapeuta y cliente, y que este último lo rellene lo más inmediatamente posible tras las situaciones perturbadoras (Bados y García, 2010).

### **Feedback**

Según Lansa (2013), la palabra feedback en el sentido que le da el diccionario Espasa-Calpe, como “Retroalimentación, conjunto de reacciones o respuestas que manifiesta un receptor respecto a la actuación del emisor, lo que es tenido en cuenta por éste para cambiar o modificar su mensaje” podemos situar el tema de este trabajo como referido a aquellas exteriorizaciones del paciente que, en tanto respuestas a las intervenciones y actitudes del terapeuta, le proporcionan a éste información respecto de las mismas. Dichas respuestas tendrán el mayor valor para el profesional, en tanto le harán saber la pertinencia o no pertinencia de aquéllas y, por tanto, la necesidad de modificar, o no, el rumbo emprendido, de acuerdo a dicha información.

### **Entrevista psicológica**

Es una técnica de recogida de información, y por tanto de evaluación; pero también es mucho más que eso. Su versatilidad y flexibilidad permiten moldear una entrevista para cada finalidad y adaptarla incluso a las necesidades del entrevistado y al estilo personal del entrevistador, lo que le confiere gran ventaja respecto al resto de las técnicas de evaluación

psicológica. toda gira en torno a que el entrevistado proporcione la información adecuada al propósito de la demanda; el entrevistado ha de sentirse pues cómodo y con libertad de hablar sobre aquello que se le vaya a preguntar o plantear.

El objetivo y motivo de la entrevista parten del entrevistado, pero el objetivo último de la misma es conocido al menos por el entrevistador, pudiendo o no coincidir con el del cliente-paciente, y puede comunicarlo o no al paciente-cliente según considere adecuado para obtener información o proporcionarle ayuda.

Las preguntas e intervenciones verbales se realizan en función de ciertas pautas y están relacionadas con el problema o la demanda que hace el entrevistado. En el ámbito clínico, es una técnica longitudinal mediante la cual se realiza todo el proceso clínico, es decir, es el instrumento a través del cual se establece la evaluación, la intervención y la evaluación de la intervención.

### **2.5.2. Instrumentos**

#### **Ficha Técnica del Inventario de Depresión de Beck**

- Nombre: Inventario de depresión de Beck (BDI – II) Autor: Aaron Beck
- Procedencia: española
- Fecha de Construcción: 1996
- Objetivo: Medir la presencia y el grado de depresión en adolescentes y adultos.
- Ámbito de aplicación: A partir de 13 años, adolescentes y adultos.
- Ámbito: Clínico, Forense y Neuropsicofisiología
- Objetivo: El instrumento permitirá identificar el grado de depresión en el que se encuentra el individuo.
- Construcción evaluado: Depresión
- Características: Conformado por 21 enunciados y posee 4 alternativas cada uno.
- Administración: Individual y Colectiva.

- Duración: 15 – 20 minutos.

Descripción del instrumento: El DBI – II es un beneficio de prueba, el cual se presenta en formato de opción múltiple el cual permite medir la presencia y el nivel de depresión en adolescentes y adultos. Cada uno de los 21 artículos de los intentos del BDI – II para evaluar un síntoma específico o actitud, que parecen que es específica a los pacientes deprimidos, y que son consistentes con las descripciones que figura en la literatura psiquiátrica.

### **Puntaje**

La puntuación muestra los niveles del evento depresivo. Cada ítem se puntúa de 0 a 3 puntos en relación de la opción seleccionada y tras adiciones claramente la calificación de cada ítem se alcanza una valoración general cuyo rango es de 0 a 63 y que mide la presencia y gravedad de la sintomatología depresiva. Cada uno de los artículos del Inventario corresponde a una categoría específica de los síntomas depresivos y/o actitud. Cada categoría pretende describir una manifestación específica del comportamiento de la depresión y consiste en una serie escalonada de cuatro declaraciones de auto- evaluación.

**Baremo:** 0-13 mínima depresión; 14-19 depresión leve; 20-28 depresión moderada; 29-63 depresión grave.

### **Validez del instrumento**

El instrumento de medida es sustancial en la posibilidad de que mide lo que debería cuantificar (validez de constructo), si en caso de que se habla lo que se dice hablar (validez de contenido) y en el caso de que sirve para medir una conducta particular (Hernández et al., 2010).

### **Confiabilidad del instrumento**

La confiabilidad apunta hacia la medida en que su estudio y evaluación a la misma persona o artículo salga como resultado los mismos. En este estudio, la calidad de fiabilidad se medió por el alfa de Cronbach, resultando así la alta consistencia dentro de la escala

general. ( $\alpha = .893$ )

### **Ficha Técnica del Inventario de personalidad de Eysenck**

- Nombre del test: Inventario de Personalidad – Eysenck forma b para adultos
- Autor: Hans Jürgen Eysenck. Procedencia: Londres. Inglaterra Aparición: 1954
- Objetivo: Evalúa la personalidad.
- Administración: Básicamente colectiva, individual.
- Tiempo: :15 minutos promedio.
- Aspectos que evalúa:
- "E" Dimensión: Introversión-Extroversión.
- "N" Dimensión: Estabilidad- Inestabilidad.

Usar la clave de veracidad "L" (escala de mentiras) directamente sobre la hoja de respuestas. Hacer lo mismo con las claves "E" y "N". Interceptamos las dos rectas obtenidas en el punto promedio de ambas 43 tendremos el siguiente plano que nos permitirá un diagnóstico tipológico (ver cuadrantes detrás de la hoja de respuestas) Hemos obtenido cuatro cuadrantes correspondientes a 4 tipos temperamentales:

Melancólico (Introvertido-Inestable): Son sujetos de sistema nervioso débil, especialmente de los procesos inhibitorios, tienden a ser caprichosos, ansiosos, rígidos, soberbios, pesimistas, reservados, insociables, tranquilos y ensimismados. Una tasa muy elevada, determina la personalidad distímica con tendencia a las fobias y obsesiones, sus condicionamientos emocionales son muy rígidos y estables.

Colérico (Extrovertido-Inestable): Sus procesos neurodinámicos son muy fuertes, pero hay desequilibrio entre inhibición y excitación: son personas sensibles, intranquilas, agresivas, excitables, inconstantes, impulsivas, optimistas y activas, tienen dificultad para dormir, pero mucha facilidad para despertarse. Una alta tasa de extroversión y neurotismo, define a la persona histeropática (inmadurez sin control emocional) los coléricos son de

respuestas enérgicas y rápidas.

La validez de constructo de la prueba original se obtuvo mediante análisis factorial, para la validez convergente, se utilizaron cuestionarios de personalidad del mismo autor. La fiabilidad de las escalas se obtuvo mediante análisis de consistencia interna Alpha de Cronbach. Todos los coeficientes oscilaron entre 0,71 y 0,86. Ibáñez (1997)

### **Ficha Técnica del Inventario Clínico Multiaxial de Millón I-II**

- Autor: Theodore Millón
- Número de Ítems: 160
- Tipo de Respuesta: Responder verdadero o falso
- Escalas de Validez: Validez, Sinceridad, Deseabilidad y Autodescalificación
- Escalas de Personalidad: 22 Escalas
- Población: Sujetos de 18 años a más (no aplicarse a sujetos no clínicos).
- Aplicación: Individual o colectiva (grupos pequeños de 10 personas) Tiempo: No hay tiempo límite, aproximadamente 45 o 60 minutos.
- Materiales: Cuadernillo de Preguntas, Hoja de respuestas, 25 plantillas de corrección manual, disquete de plantillas informáticas, Hoja de corrección manual y perfil

Se trata de un instrumento diagnóstico consonante con un formato nosológico y una terminología conceptual de un sistema oficial. Cada una de las escalas ha sido construida como medida operacional de un síndrome derivado de una teoría de personalidad y psicopatología. La prueba mide estas variables directamente y de modo cuantificable.

Hay tres aspectos que orientaron el desarrollo de la teoría del MCMI-II:

1. La categoría debe diferenciarse según la gravedad. El MCMI-II diferencia 10 escalas básicas de trastornos de personalidad (Eje II, según el DSM III-R), que

describen niveles de gravedad; 3 escalas de personalidad patológica más severa que reflejan niveles moderados o marcados de deterioro; ó escalas de síndromes clínicos (Eje I, según el DSM III-R) que identifican trastornos de gravedad moderada y 3 escalas que miden trastornos de marcada gravedad.

2. Las categorías deben organizarse para reflejar el hecho de que el cuadro clínico, presentado se compone de varios rasgos y síntomas que se interrelacionan.
3. Todos los síndromes clínicos del eje I se muestran como desorganizaciones en los patrones básicos de personalidad de los pacientes (Eje II) que surgen bajo tensión.
4. Los síndromes no son concebidos como diagnósticos distintos sino como elementos integrales de un complejo mayor de aspectos clínicos.

Se analizan las escalas teniendo como base, los siguientes indicadores: Indicador Nulo (0 – 34); Indicador Bajo (35 – 59); Indicador Sugestivo (60 – 74); Indicador Moderado (75 – 84); Indicador Elevado (>85).

### **2.5.3. Evaluación psicológica**

#### **Historia clínica**

Datos de filiación:

Nombres y apellidos	:	K.R. T
Edad	:	28 años
Lugar y fecha de nacimiento	:	Lince, 15 de agosto de 1992
Lugar de residencia	:	San Luis
Dirección	:	-----
Grado de instrucción	:	Superior
Ocupación	:	Servidos publico
Estado civil	:	Casada
Lugar de entrevista	:	Consultorio

Fecha de entrevista : 3 de agosto del 2021

Derivado por : Psiquiatra

### **Problema actual**

Usuaria de 28 años quien vive con su esposo, labora como especialista administrativa en el Hospital del niño. Ella refiere que una compañera del trabajo de él, le dijo que una compañera de trabajo donde labora su esposo estaba interesada en él, mencionándole que almorzaban juntos todos los días, se quedaba más horas en el trabajo ayudándole a culminar ciertos trabajos pendientes. Ese mismo día la usuaria le reclamo a su esposo por la supuesta infidelidad, refiriéndole que le han comentado que esta con una compañera de trabajo, respondiéndole que eso es falso, que no tiene nada con ninguna mujer, confesándole en ese momento que, si hay una compañera de trabajo que le expreso que le gustaba, diciéndole el que no puede suceder nada entre ambos porque es casado y ama a su esposa. Decidiendo alejarse de esa persona y el círculo de amistad que tienen en el trabajo. A pesar de que no existe pruebas fehacientes de la supuesta infidelidad, la usuaria continua con los constantes reclamos a su esposo.

La usuaria admite que le cuesta manejar estas situaciones que le han generado faltar a su trabajo, con una frecuencia de 1 vez por semana, presentando así desgano al levantarse y se queda todo el día en a su cuarto, ocasionando luego en llorar hasta quedarse dormida, pues señala que al llorar siente alivio. Refiere que ha bajado 13 kilos de peso en los últimos 7 meses.

La usuaria experimenta emociones tales como: tristeza, ansiedad, cólera, vergüenza. Esto se genera frente a pensar que su esposo supuestamente le ha sido infiel, quedando en casa y estar todo el día en cama.

Así mismo, presenta dolor en la nuca y cabeza, sudoración en las manos., al no poder reaccionar como quisiera, aumento de la respiración, sensación de calor en el rostro (rubor

facial) y bochorno corporal.

Piensa en sí misma, “mi esposo me ha sido infiel”, “esto es mi culpa”, “me va a dejar”, “si me llega hacer infiel no lo soportaría”, “siempre sufriré toda mi vida”, “porque no me ama, si soy su esposa”, “él me hizo daño”, “no me valoro como mujer”, “me siento impotente, porque él es malo”. Sobre los demás piensa: “ellos sabrán que mi matrimonio ha fracasado”, “es un desgraciado”, “no soporto a mi esposo”, “él pudo evitar que yo este triste”, “no respeto nuestro matrimonio y no lo perdona”, “no puedo imaginar una vida sin él”, “debió respetarme”, “mi matrimonio ha fracasado”

### **Desarrollo cronológico del problema**

La usuaria durante su niñez, vivió en Lima, distrito de San Miguel, vivió con ambos padres, tuvo un soporte adecuado de la figura materna, recuerda a su padre como ausente, trabajaba todo el día, y llegaba altas horas de la noche y solo lo veía los fines de semana. Extrañaba mucho a su padre, se ponía triste porque no compartía momentos con ella; muchas veces no jugaba, cuando el padre paraba en casa le compraba lo que ella le pedía.

A la edad de 7 años, escuchándola hablar por teléfono con su abuela (materna), escucho que su papá tenía otro hogar, pero quiso pensar que no era cierto, le pregunto luego a su madre y ella le negó. A los 9 años se iba dando cuenta que su padre no estaba con ella en casa, ni en momentos especiales, como su cumpleaños, navidad, día del padre; viendo a su madre triste, empezando rechazo por la figura paterna, no lo trataba muchas veces como su papá, no lo obedecía.

Siendo a los 12 años de edad, su padre abandono su hogar, para irse a vivir con otra familia que ya había construido años atrás, ocasionando una inestabilidad en ella, a su madre junto con su hermana menor, lloraba constantemente, no se podía concentrar en sus tareas, llegando a ir a un psicólogo por 6 meses.

A los 14 años, su madre, la llevo al psicólogo donde llevo terapia psicológica por 4

meses, fue derivada al psiquiatra, donde le diagnosticaron Depresión Moderada, siendo la causa el abandono a de su padre, la cual se comenzó alejar de todo su círculo amical, lloraba seguido, no comía sus alimentos, en sus notas había bajado considerablemente, estaba la mayor parte del día en su cuarto, no podía conciliar el sueño por las noches. Tomo por 4 meses antidepresivos y benzodiazepinas.

A los 17 años inicio su primera relación sentimental, en un principio desconfiaba de él, menciona que acepto ser su enamorada porque él le insistía,pero no sentía nada por él. Solo duraron 3 meses de enamorados, terminando ella la relación.

A los 18 años inicio otra relación sentimental, teniendo sentimientos por él (20 años), era tímida con él, no era cariñosa ni detallista, en la trataba con respeto, era detallista con ella, la consentía, a los 2 años de relación el comenzó a cambiar y se iba alejando de ella, enterándose luego que le era infiel. Ocasionando la ruptura de la relación, quedando ella triste y culpable por la separación.

A los 20 años vuelve a ir al psicólogo, donde llevo terapia 1 año y medio, porque la ruptura sentimental que tuvo entro en una crisis, donde la psicóloga le recomendó que retome el tratamiento psiquiátrico que hace algunos años inicio.

A los 21 años conoció a su entonces esposo, mantuvieron una relación de 2 años de enamorados, luego 2 años de novios, casándose enamorada, confiando en él, siendo cariñoso y detallista hasta la actualidad. Llevan 3 años de casados.

## **Historia personal**

### **Desarrollo inicial**

El embarazo fue un parto normal sin contratiempo, fui un bebe no planificado pero esperada por parte de ambos padres, según refiere: “de niña era tranquila, de pocos amigos siempre fui obediente, extrañaba mucho a mi padre, creo que por eso era una niña callada”, “mi padre fue ausente”.

- **Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia:** Usuaría refiere: “Cuando mi padre no paraba en casa, estaba triste y cuando mi madre se demoraba en el trabajo me asustaba, tenía miedo, en ocasiones pensaba que se iría lejos igual que mi padre”.
- **Actitudes de la familia frente al niño:** Su padre le compraba dulces, también le compraba alguna muñeca que ella le gustaba. Refiere: “mis padres no me pegaban”.
- **Educación:** En el nivel inicial. Estudio en un colegio privado, se adaptó adecuadamente al salón de clases, era una niña aplicada y obteniendo notas que la posicionaba en los primeros lugares. En el nivel primaria, estudio en otro colegio privado, se adaptó rápidamente a sus nuevos compañeros y era responsable con sus cursos, obteniendo notas altas. En el nivel secundaria, no tenía problemas de adaptación o conducta, sin embargo, en el ámbito académico se le dificultaba los cursos de lenguaje, filosofía y geografía, no llegando de desaprobado ningún curso. Y en el nivel superior: estudio contabilidad en la Universidad San Martín de Porres, graduándose en el 2015, inicio a trabajar en el 7mo ciclo de carrera, ha ido obteniendo.
- **Trabajo:** En el 2014, inicio a trabajando como auxiliar en contabilidad en una empresa de supermercado, luego en el 2016, ascendió a asistente en contabilidad y en el 2017 se retiró para ir a una empresa de telefonía como asistente en contabilidad. En el 2019 trabajo en el Hospital del niño como auxiliar administrativo, y desde hace 3 meses ascendió al cargo de especialista administrativo.
- **Vida psicosexual:** A los 18 años con la relación de enamorados que mantenía no tuvieron ningún contacto de penetración, sin embargo, existía tocamientos entre ambos, sin llegar al acto sexual. Por otro lado, su vida sexual, inicio a partir de los 20 años con la persona que es su esposo, refiere que “fue lindo y romántico nuestro

primer encuentro”, tenía la confianza en hablar con su esposo sobre el tema sexual. Sin embargo, durante los 10 meses primeros meses del 2021 no mantuvieron ningún contacto sexual, por los problemas que se presentaron y encontrando ella en un estado de depresión. Han retomado su vida sexual desde hace 2 meses, refiriendo “no sentía placer estar con él”, “no sentía la necesidad de tener relaciones sexuales con él”. “tenemos más situaciones de tocarnos mutuamente”.

- **Antecedentes patológicos:** No presenta ningún tipo de enfermedades, a lo largo de su vida no ha tenido algún tipo de accidentes, como tampoco ninguna operación ambulatoria, programada o de emergencia.

Por último, en relación a problemas judiciales no tienen ninguna denuncia que haya interpuesto o dirigida a ella.

### **Historia familiar:**

En relación a su familia nuclear, la figura paterna, se llama José, tiene 60 años, tiene grado superior, actualmente trabaja como docente de una universidad particular en la carrera de ingeniería. No mantienen una relación cercana, tienen una escasa comunicación. En relación a la figura materna, su nombre es Lourdes, tiene 58 años, tiene un grado superior, trabaja como odontóloga en un centro de salud, mantienen una relación cercana, se comunican seguido por teléfono, sin embargo, no tiene una confianza fluida en relación a sus cosas personales. Por otro lado, tiene una hermana menor, se llama Lizeth, con 20 años de edad, estudia la carrera de turismo, está en el VI ciclo en la Universidad de la Cesar Vallejo.

Por último, en su vida matrimonial, su esposo se llama Julio, tiene 33 años de edad, trabaja como asistente administrativo en la oficina administrativa del Hospital Santa Rosa, tienen 5 años de casados por civil y religioso, no tienen hijos aún.

#### **2.5.4. Evaluación psicométrica**

- Escala de depresión de Beck
- Inventario de Personalidad Eysenck y Eysenck-Forma B
- Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millón

#### **Informe del Inventario de Depresión de Beck**

##### **Datos de filiación**

- Apellidos y Nombres: K.R.T.
- Edad: 28 años
- Fecha de evaluación: 03 de agosto del 2021
- Psicóloga: Lic. María Valqui Romero
- Fecha del Informe: 17 de agosto del 2021

##### **Motivo de evaluación**

Determinar el nivel de depresión que presenta la evaluada.

##### **Técnicas e instrumentos aplicados**

- Entrevista psicológica
- Inventario de depresión de Beck.

##### **Análisis interpretativo**

La evaluada obtuvo un puntaje de 24 puntos, que la ubica en una depresión moderada, en la que predomina un sentimiento de tristeza constante, desánimo, pensamientos distorsionados y creencias irracionales. Además, sus expectativas del futuro tienden a ser desfavorables, específicamente en lo que respecta a su matrimonio. Con frecuencia manifiesta conductas de llanto y suele quedarse todo el día en la cama, afectando su desarrollo personal, social y desempeño laboral.

##### **Conclusiones**

Indicadores de depresión moderada, tiempo aproximadamente 11 meses,

desmotivación en sus actividades diarias, sentimientos de culpas, colera, pensamientos negativos, tristeza, visión negativa de sí misma, de su entorno, dificultad para tomar decisiones.

### **Recomendaciones**

- Terapia cognitivo conductual.

## **Informe del Inventario de Personalidad de Eysenck – Forma B**

### **Datos de filiación**

- Apellidos y Nombres: K.R.T.
- Edad: 28 años
- Fecha de evaluación: 10 de agosto del 2021
- Psicóloga: Lic. María Valqui Romero
- Fecha del Informe: 17 de agosto del 2021

### **Motivo de evaluación**

Identificar el tipo de personalidad para determinar el perfil psicológico de la evaluada.

### **Técnicas e instrumentos aplicados**

- Entrevista psicológica
- Inventario de Personalidad Eysenck y Eysenck – Forma B

### **Análisis interpretativo**

Los resultados alcanzados por la evaluada reflejan sinceridad en su autoevaluación, mostrando una imagen objetiva de esta. Asimismo, denota indicadores de una personalidad introvertida y un temperamento con tendencia melancólica en la dimensión E con un PD de 10 puntos, facilitando la presencia de un estado de ánimo caracterizado por la tristeza. Igualmente, evidencia inestabilidad emocional en la dimensión N con un PD de 12 puntos, lo que hace proclive que la evaluada se desestabilice y se vea más afectada al afrontar situaciones que perciba con un alto grado de complejidad, y en la dimensión L, se obtuvo 2

puntos, evidenciando así validez y confiabilidad en la aplicación del inventario.

### **Conclusiones**

- Indicadores de tendencia a temperamento melancólico y a personalidad introvertida.
- Inestabilidad emocional.

### **Recomendaciones**

- Terapia cognitivo conductual.

## **Informe del Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millón**

### **Datos de filiación**

- Apellidos y Nombres : K.R.T.
- Edad: 28 años
- Fecha de evaluación: 10 de agosto del 2021
- Psicóloga: Lic. María Valqui Romero
- Fecha del Informe: 17 de agosto del 2021

### **Motivo de consulta**

Distinguir los patrones, patologías y/o síndromes de la personalidad que permitan establecer su perfil psicológico.

### **Técnicas e instrumentos aplicados**

- Entrevista psicológica
- Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millón.

### **Análisis interpretativo**

La evaluada tiene en la dimensión de patrones clínicos de personalidad una percepción derrotista de sí misma, que genera en ella sensación de inferioridad, poniendo en duda su capacidad para mantener su matrimonio en la escala de autoderrotista con puntaje de 78. Además, suele atribuirse la culpa de los problemas que surgen en él. Esta autopercepción disminuye su capacidad de afrontamiento a situaciones estresantes. Por otro lado, con

respecto a los síndromes severos, presenta un puntaje de 83, presentando una depresión mayor, caracterizada por la manifestación de tristeza y llanto frecuente, al igual que sentimientos y pensamientos de culpa por los problemas que atraviesa su matrimonio, acentuando la visión negativa que tiene de sí misma, su presente y futuro.

### **Conclusiones**

- Percepción negativa de sí misma
- Evita establecer relaciones interpersonales por rasgos de autodesconfianza y temor al rechazo social.
- Presencia de niveles de mayor en la depresión.

### **Recomendaciones**

- Terapia cognitivo conductual.

## **2.5.5. Informe psicológico integrador**

### **Informe psicológico integrado**

#### **Datos de filiación**

- Apellidos y Nombres: K.R.T.
- Edad: 28 años
- Fecha de evaluación: 03 de agosto del 2021
- Psicóloga: Lic. María Valqui Romero
- Fecha del Informe: 17 de agosto del 2021

#### **Motivo de consulta**

Diferenciar los patrones, patologías y/o síndromes de la personalidad que permitan determinar su perfil psíquico.

#### **Técnicas e instrumentos aplicados**

- Inventario de depresión de Beck.
- Inventario de Personalidad Eysenck y Eysenck – Forma B

- Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millón.

### **Análisis interpretativo**

La evaluada obtuvo un puntaje de 24 puntos, que la ubica en una depresión moderada, en la que predomina un sentimiento de tristeza constante, desánimo, pensamientos distorsionados y creencias irracionales. Además, sus expectativas del futuro tienden a ser desfavorables, específicamente en lo que respecta a su matrimonio. Con frecuencia manifiesta conductas de llanto y suele quedarse todo el día en la cama, afectando su desarrollo personal, social y desempeño laboral.

Respecto a su personalidad, denota indicadores de una personalidad introvertida y un temperamento con tendencia melancólica en la dimensión E con un PD de 10 puntos, facilitando la presencia de un estado de ánimo caracterizado por la tristeza. Igualmente, evidencia inestabilidad emocional en la dimensión N con un PD de 12 puntos, lo que hace proclive que la evaluada se desestabilice y se vea más afectada al afrontar situaciones que perciba con un alto grado de complejidad, y en la dimensión L, se obtuvo 2 puntos, evidenciando así validez y confiabilidad en la aplicación del inventario.

Como también en la dimensión de patrones clínicos de personalidad una percepción derrotista de sí misma, que genera en ella sensación de inferioridad, poniendo en duda su capacidad para mantener su matrimonio en la escala de autoderrotista con puntaje de 78. Además, suele atribuirse la culpa de los problemas que surgen en él. Esta autopercepción disminuye su capacidad de afrontamiento a situaciones estresantes. Por otro lado, con respecto a los síndromes severos, presenta un puntaje de 83, presentando una depresión mayor, caracterizada por la manifestación de tristeza y llanto frecuente, al igual que sentimientos y pensamientos de culpa por los problemas que atraviesa su matrimonio, acentuando la visión negativa que tiene de sí misma, su presente y futuro.

## Conclusiones

- Indicadores de depresión moderada
- Sentimientos de culpas, colera, pensamientos negativos, tristeza, visión negativa de sí misma, de su entorno, dificultad para tomar decisiones.
- Indicadores de tendencia a temperamento melancólico y a personalidad introvertida.
- Inestabilidad emocional.
- Percepción negativa de sí misma
- Evita establecer relaciones interpersonales por rasgos de autodesconfianza y temor al rechazo social.
- Presencia de niveles de mayor en la depresión.

## Recomendaciones

- Terapia cognitivo conductual

## Tabla 1

### *Análisis Funcional*

<b>Estimulo discriminativo (ED)</b>	<b>Respuestas (R)</b>	<b>Estimulo reforzador (ER)</b>
<b>ED Externo:</b>	<b>Emocional</b>	<b>Externo</b>
Cuando su jefa permite no asistir a trabajar (9/10)	Tristeza (9/10) Ansiedad (6/10) Vergüenza (6/10)	Ver las fotos y video de su matrimonio (Reforzador positivo)
Cuando sus compañeros de trabajo la invitan a cenar luego de la jornada laboral a ella y a su esposo (8/10)	Cólera (8/10). <b>Fisiológico:</b> Dolor de cabeza Falta de apetito Sueño	<b>Interno:</b> Evita salir con compañeros de trabajo (Refuerzo negativo)
Cuando mira las fotos y videos de su matrimonio (10/10)	Desgano <b>Cognitivo</b> “no merezco sufrir”, “tengo vergüenza de mi vida” “mi	

---

ED Interno:	matrimonio es una mentira y
Recuerdos del día de su matrimonio (9/10)	es mi culpa” “quisiera estar sola” “mi esposo no me ama, en cualquier momento me va dejar” “Que va a ser de mi vida si él me deja por otra”
	<b>Motor</b>
	Se queda en cama todo el día sin hacer nada.
	Llama a su jefa para no ir a trabajar y se queda en cama.
	No acepta invitaciones de sus compañeros de trabajo.
	Llorar al ver los recuerdos del día de su boda.

---

### **Diagnóstico tradicional (DSM-V)**

Para corroborar la parte clínica del caso, se consideró el DSM V, donde se plasma los criterios diagnósticos cuando haya durado más de seis meses, las cuales, las comparamos con las conductas que presenta la usuaria

### **Criterios diagnósticos para el trastorno de depresión moderada según DSM-V**

- a) Regularmente pueden estar concurrentes 4 o más indicios siendo posible que el paciente tenga muchos problemas para continuar con sus actividades habituales.: Usuaría, frente a la evaluación de sus conductas evidencia los siguientes criterios:
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
  2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva)

o de la observación).

3. Pérdida importante de peso

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

6. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

7. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse en sus horas de trabajo.

b) Corresponden efectuarse los discernimientos generales de episodio depresivo (F32): No corresponde

c) Existencia de, mínimo, 2 de las 3 sintomatologías explicados en el criterio B de F32.0): No corresponde

d) Existencia de sintomatologías agregados del criterio C de F32.0, a fin de sumar un total de mínimo 6 indicios: No presenta.

✓ **Recomendaciones:**

- Programa de intervención cognitivo conductual.

- Fortalecimiento de conductas sociales y familiares.

- Consejería a la familia para el apoyo del mantenimiento de conductas.

**2.6. Intervención**

En el presente trabajo, se planteó objetivo general y objetivos específicos, donde se detallará de forma secuencial, para entender la secuencia de cada sesión terapéutica, teniendo el desarrollo de inicio a fin en cada intervención como también las tareas en casa para reforzar lo aprendido. Siendo lo siguiente:

### 2.6.1. Plan de intervención y calendarización

**Tabla 2**

*Intervención de tratamiento*

<b>N°</b>	<b>Sesión</b>	<b>Fechas</b>	<b>Duración</b>	<b>Periodicidad</b>	<b>Participantes</b>	<b>Técnicas de Tratamiento</b>
1	Conociéndonos	3-8-21	1 hora	Semanal	Usuaría	Entrevista Psicológica Aplicación del inventario de Beck tratamiento y observación de la conducta. Feedback
2	Conocerme	10-8-21	1 hora	Semanal	Usuaría	Psicoeducación Autobservación de Autoregistros Psicoeducación
3	Registrando	17-8-21	1 hora	Semanal	Usuaría	Psicoeducación Autoregistro de emociones
4	Mi ABC	25-8-21	1 hora	Semanal	Usuaría	Registro ABC
5	Mi valioso interior	2-9-21	1 hora	Semanal	Usuaría	Respiración diafragmática
6	Guiando mi horizonte	8-9-21	1 hora	Semanal	Usuaría	Reestructuración cognitiva: Descubrimiento guiado
7	Sin evidencias	15-9-21	1 hora	Semanal	Usuaría	Reestructuración cognitiva: Examinando Evidencia
8	Descubriendo la realidad	21-9-21	1 hora	Semanal	Usuaría	Reestructuración cognitiva: Cuestionamiento Socrático

9	Retomando mis habilidades	30-9-21	1 hora	Semanal	Usuaría	Psicoeducación Habilidades sociales: modelado
10	Mis bellos recuerdos	6-10-21	1 hora	Semanal	Usuaría	Reforzamiento positivo y psicoeducación Distracción
11	Fortaleciendo mis estrategias	13-10-21	1 hora	Semanal	Usuaría	Resolución de Problemas
12	Mi meta alcanza	20-10-21	1 hora	Semanal	Usuaría	Administración de pruebas psicológicas de Beck, Eysenck y millón Reforzamiento de las conductas modificadas

### 2.6.2. Programa de intervención

#### Objetivos

##### • Objetivo general

- ✓ Disminuir la sintomatología depresiva mediante la aplicación de la intervención cognitivo conductual.

##### • Objetivos específicos

- ✓ Explicar los conceptos básicos según el modelo cognitivo conductual y la influencia que tienen en la depresión.
- ✓ Utilizar la técnica de psicoeducación en las diversas sesiones del plan de intervención.
- ✓ Identificar la relación funcional y las consecuencias de los pensamientos, emociones y conductas del cuadro clínico de la depresión.

- ✓ Disminuir las sintomatologías fisiológicas a través de la técnica de respiración diafragmática.
- ✓ Eliminar las conductas y recuerdos no deseadas mediante la técnica de reestructuración cognitiva.
- ✓ Realizar un esquema en prevención de recaídas y manejo de situaciones conflictivas.
- ✓ Reevaluación de las pruebas psicológicas (post test)
- ✓ Retroalimentación en las diversas sesiones

### **Sesiones terapéuticas**

#### **Sesión 1:** Conociéndonos:

##### Objetivos:

- Objetivos Fortalecer la alianza terapéutica.
- Explicar a la usuaria de forma clara y sencilla, los conceptos básicos según el modelo cognitivo conductual y la influencia que tienen en la depresión.
- Desarrollar un clima de colaboración terapéutica mutua.

##### Técnicas:

- Entrevista psicológica y observación de la conducta
- Feedback
- Aplicación del inventario de Beck

##### Procedimiento

1. Saludo
2. Establecer rapport inicial.
3. Inicio de entrevista  
psicológica y observación conductual
4. Aplicación de la  
Escala de Depresión de Beck.

## 5. Reflexión de lo aprendido

Despedida y motivación para la próxima sesión

### **Sesión 2:** Conocerme

#### Objetivos

- Recolectar información de la paciente.
- Aplicar el cuestionario de Eysenck y Millón
- Educar a la paciente en relación a su enfermedad

#### Técnicas:

- Psicoeducación
- Autoobservación de autoregistros

#### Procedimiento

1. Saludos y preguntar de como paso la semana
2. Se realiza la psicoeducación sobre la evaluación psicológica y la depresión.
3. Administración la técnica de observación de autoregistro.

#### Tarea

- Elaborar un diario registro de síntomas durante la semana

### **Sesión 3:** Registrando

#### Objetivos

- Fortalecer el clima de confianza terapéutica.
- Informar sobre los resultados de las evaluaciones psicológicas.
- Explicar el programa de intervención y establecer el contrato terapéutico.

#### Técnicas

- Psicoeducación
- Autoregistro de emociones

### Procedimiento

1. Explicar conductas problemáticas de su cuadro clínico de la depresión.
2. Promover actividades saludables, por ejemplo: caminar, natación, etc.
3. Enseñar el registro de actividades diarias

### Tarea:

Registro de síntomas y actividades diarias que realice durante la semana.

### **Sesión 4:** Mi ABC

#### Objetivos

- Reforzar la relación terapéutica
- Enseñar la relación y consecuencias de los pensamientos en las emociones y conductas (ABC), identificándolo en su cuadro clínico de la depresión.
- Educar al paciente en relación a su enfermedad

#### Técnicas

- Registro ABC

### Procedimiento

1. Saludo y establecimiento de clima de confianza.
2. Se le pedirá que relate situaciones que le generaron malestar
3. Luego se le mencionara que refiera los acontecimientos ocurridos en la semana: familiares, amicales, pareja, recreativos, educativos o laborales, enfocando los aspectos que le generaron sensación de bienestar.
4. Conjuntamente con la usuaria se realizará el registro ABC

Tarea conductual: de llenar el registro ABC durante la semana hasta la próxima sesión

## **Sesión 5:** Mi valioso interior

### Objetivos

- Incrementar recursos personales a Respiración diafragmática través de la técnica de respiración diafragmática.

### Técnicas

- Respiración diafragmática

### Procedimiento

1. Saludo y hablar sus actividades de la semana
2. Explicación de la técnica de respiración diafragmática
3. Recapitulación de lo aprendido hasta la fecha
4. Despedida y motivar para una próxima sesión

### Tarea

- Repetir los ejercicios de respiración 1-2 veces al día, por la mañana, tarde o noche y en situaciones que genere malestar como un ritual
- Luego escribir sus progresos

## **Sesión 6:** Guiando mi horizonte

### Objetivos

- Evaluar la técnica de respiración diafragmática
- Reconocer la relación funcional entre situación, pensamiento, emoción y conducta de sus registros.

### Técnicas

- Reestructuración cognitiva: descubrimiento guiado

### Procedimiento

1. Se ejemplificará del registro ABC, identificando las distorsiones cognitivas. (Ver anexo 1)

2. Se explica el registro de ABCDE, enfatizando las columnas “D y “E”. (Ver anexo 2)
3. Se reestructura las siguientes distorsiones cognitivas: “mi esposo me ha sido infiel” y “mi matrimonio ha fracasado”. mediante la técnica de descubrimiento guiado, y aplicando así la técnica se contrastará o Reafirmar cada distorsión. (Ver anexo 3)

Tarea: Registro de la hoja de frecuencia de situaciones diarias.

### **Sesión 7: Sin evidencias**

#### Objetivos

- Revisar la hoja de frecuencia de situaciones diarias.
- Reconocer la relación funcional entre situación, pensamiento, emoción y conducta de sus registros.

#### Técnicas

- Reestructuración cognitiva: examinando Evidencia

#### Procedimiento

1. Revisión de la tarea que tuvo que realizar durante la semana y ver Actividades diarias, distorsiones cognitivas, A, B, C, D, E.
2. Preguntarle de cómo se está sintiendo con la técnica de relajación.
3. Se reestructura las siguientes distorsiones cognitivas: “ellos sabrán que mi matrimonio ha fracasado”, “esto es mi culpa”, “me va a dejar”, mediante la técnica de examinando evidencia y aplicando así la técnica se contrastará o reafirmar cada distorsión. (Ver anexo 4)
4. Al trabajar estas distorsiones cognitivas, se incrementa la conducta de aceptar la invitación de cenar con sus compañeros.

Tarea: Se dejará a la usuaria que siga registrando en una hoja la frecuencia que las situaciones y revise diaria sus registros de la semana.

## **Sesión 8:** Descubriendo la realidad

### Objetivos

- Reconocer la relación funcional entre situación, pensamiento, emoción y conducta de sus registros.

### Técnicas

- Reestructuración cognitiva: cuestionamiento Socrático

### Procedimiento

1. Revisión de la tarea que tuvo que realizar durante la semana y ver actividades diarias, distorsiones cognitivas, ABCDE.
2. Preguntarle como se está sintiendo con la técnica de relajación.
3. Se reestructura las siguientes distorsiones cognitivas: “debió respetarme”, mediante la técnica de cuestionamiento socrático, y aplicando así la técnica se contrastará o reafirmar cada distorsión. (Ver anexo 5)

Tarea: Se dejará a la usuaria que siga registrando en una hoja la frecuencia que las situaciones y revise a diaria sus registros de la semana.

## **Sesión 9:** Retomando mis habilidades

### Objetivos

- Eliminar la conducta no deseada: llamar a su jefa y poner pretexto

### Técnicas

#### Psicoeducación

- Habilidades sociales: modelado

### Procedimiento

1. A través de la psicoeducación, se le explica la definición de depresión y cuáles son las consecuencias de ella, y con ejemplos que la usuaria proponga, identificara como se mantiene la propia conducta.

2. Se ejemplifica la triple relación de contingencia Ed- C- Er. (Ver anexo 6)

Tarea: Practicar lo aprendido durante la semana y registrar los progresos de la semana

### **Sesión 10: Mis bellos recuerdos**

#### **Objetivos**

- Revisar el registre de los progresos de la semana.
- Eliminar la conducta no deseada de recuerdos.

#### **Técnicas**

- Reforzamiento positivo
- positivo y psicoeducación
- Distracción

#### **Procedimiento**

1. A través de la psicoeducación, se le recuerda a la usuaria a identificar las características de la depresión y como puede fortalecer esta situación de mirar de 1 a 2 horas los recuerdos de su matrimonio a su diagnóstico de depresión moderada.
2. Se le enseña la técnica de distracción, con el objetivo de contrarrestar la conducta problema.
3. El fin es que la usuaria se concentre en recuerdos o fantasías agradables, dejándose llevar por un recuerdo (algo ya ocurrido en el pasado) o una fantasía (algo por venir) agradable, que le permita dejar de pensar y realiza la conducta problema.

Tarea: Seguir practicando en casa las técnicas aprendidas en la sesión.

### **Sesión 11: Fortaleciendo mis estrategias**

#### **Objetivos**

- Realizar un esquema en prevención de recaídas y manejo de situaciones conflictivas

#### **Técnicas**

- Resolución de Problemas

## **Procedimiento**

1. Manejo de estrategias de afronte en situaciones críticas y toma de decisiones.
2. Se enseñan estrategias de prevención de recaídas.

Tarea: Practicar en casa las técnicas aprendidas en la sesión

## **Sesión 12: Mi meta alcanza**

### **Objetivos**

- Reevaluación de las pruebas psicológicas (post test)
- Retroalimentación en el cumplimiento de los objetivos

### **Técnicas**

- Administración de las pruebas psicológicas de Beck, Eysenck y Millón
- Reforzamiento de las conductas modificadas.

## **Procedimiento**

1. Aplicación de las pruebas psicológicas.
2. Cierre de las sesiones mediante una conversación amical.

### **2.7. Procedimiento**

Se inicio con la explicación a la usuaria, el objetivo del tratamiento y que permitiera que sea parte de un caso clínico y se publique, aceptando así que su caso sea utilizado para el programa de intervención cognitivo conductual, sin embargo, no permitió que su nombre completo ni dirección sean expuestos.

Por consiguiente, se realizó la entrevista, evaluaciones psicológicas, se brindó luego los resultados y como ello guarda relación con su diagnóstico. Donde posteriormente se entablo el compromiso para poder iniciar y culminar las sesiones terapéuticas, con un tiempo de 1 hora aproximadamente, 1 vez por semana, la cual se utilizaron diversas técnicas y tareas en casa. La intervención cognitivo conductual, consto de 12 sesiones entre el mes de agosto y octubre del 2021 donde en la última sesión se realizó el post reevaluación de las pruebas

psicológicas (post test) y retroalimentación, siendo el objetivo de la sesión. Culminando el tratamiento en la disminución de la sintomatología depresiva mediante la aplicación de la intervención cognitivo conductual.

## **2.8. Consideraciones éticas**

El presente caso clínico se sustentó en los principios éticos de lo que implica el permiso de la usuaria para utilizar su caso en un experimento psicológico. Se dio a conocer a la usuaria el objetivo del programa de intervención cognitivo conductual y fines de esta investigación mediante el consentimiento informado de la aplicación de las actividades que se realizaron a lo largo del programa. Cabe mencionar que no existirá divulgación alguna en otro medio o exposición de la información que se recogió y se analizó de dicho programa.

### III. RESULTADOS

#### 3.1. Resultados pre y post intervención

A continuación, se presenta el análisis obtenido de la aplicación de pruebas psicológicas, el registro de conductas:

Se establecieron los registros de línea base en relación a pensamientos inadecuados y/o negativos, emociones perturbadoras y conductas inadecuadas antes y después de la intervención del programa. Así mismo para el pre y post test que midiera la sintomatología depresiva se utilizó los siguientes instrumentos:

En los resultados del pre test, se obtuvo los siguientes puntajes: En el inventario de depresión de Beck, se obtuvo un puntaje de 24 puntos, que la ubica en una depresión moderada. Y en los resultados post test obtuvo un puntaje de 12 puntos, que la ubica en una depresión leve.

En los resultados del pre test, se obtuvo los siguientes puntajes: en el cuestionario de personalidad de Eysenck – Forma B, en la dimensión E, se obtuvo un puntaje 10 poniéndola en personalidad introvertida, con temperamento melancólico, en la dimensión N, obtuvo un puntaje 12 poniéndola en inestable emocional y en la dimensión L, obtuvo un puntaje 2 dándolo valido y confiable. Y en los resultados de post test se obtuvo los siguientes puntajes, obteniendo 10 en personalidad introvertida, con temperamento flemático, en la dimensión N, obtuvo un puntaje 8 poniéndola estable emocionalmente y en la dimensión L, obtuvo un puntaje 2 dándolo valido y confiable.

En los resultados del pre test, se obtuvo los siguientes puntajes: En el inventario clínico multiaxial de personalidad de millón, en la dimensión patrones clínicos de personalidad obtuvo 78 puntaje en la escala autoderrotista y en la dimensión síndromes severos obtuvo 83 puntos en depresión mayor estando poniéndola en un nivel moderado. Y en los resultados de post test se obtuvo los siguientes puntajes en la dimensión síndromes

severos obtuvo 37 puntos en depresión mayor estando poniéndola en un nivel bajo.

En la línea base en relación a las conductas motoras se evidencia una frecuencia de 1 vez por semana en llamar a su jefa y poner excusas para no asistir al trabajo, como también existe una frecuencia de 2 veces por semana en no aceptar invitaciones de sus compañeros de trabajo y la frecuencia de 3 veces por semana en mirar de 1 a 2 horas los recuerdos de su matrimonio. Por otro lado, en las conductas cognitivas existe una frecuencia de 8 veces por semana en “mi esposo me ha sido infiel”, una frecuencia de 7 veces por semana en “mi matrimonio ha fracasado”, a la vez existe una frecuencia de 6 veces por semana en “ellos sabrán que mi matrimonio ha fracasado”, una frecuencia de 9 veces por semana en “esto es mi culpa”, como a su vez existe una frecuencia de 10 veces por semana en el pensamiento de “me va a dejar” y por último una frecuencia de 9 veces por semana en el pensamiento de “debió respetarme” .

En la línea de tratamiento en relación a las conductas motoras se evidencia una frecuencia de 1 vez por semana en llamar a su jefa y poner excusas para no asistir al trabajo, como también existe una frecuencia de 2 veces por semana en no aceptar invitaciones de sus compañeros de trabajo y la frecuencia de 2 veces por semana en mirar de 1 a 2 horas los recuerdos de su matrimonio. Por otro lado, en las conductas cognitivas existe una frecuencia de 7 veces por semana en “mi esposo me ha sido infiel” , una frecuencia de 6 veces por semana en “mi matrimonio ha fracasado”, a la vez existe una frecuencia de 5 veces por semana en “ellos sabrán que mi matrimonio ha fracasado” , una frecuencia de 7 veces por semana en “esto es mi culpa”, como a su vez existe una frecuencia de 9 veces por semana en el pensamiento de “me va a dejar” y por último una frecuencia de 7 veces por semana en el pensamiento de “debió respetarme”.

En la línea post intervención se pudo evidenciar la disminución de la sintomatología de la depresión moderada, donde ya no presento ningún problema en conductas motoras, por

otro lado, en las cogniciones se logró la disminución de las distracciones cognitivas, solo persiste dos de ellas con una frecuencia de 1 vez a la semana, siendo las siguientes: “mi esposo me ha sido infiel” y “me va a dejar”. No ocasionando ello ningún problema en su vida diaria y teniendo una vida funcional en todo ámbito. Logrando así en las evaluaciones post test un nivel de depresión leve. Evidenciando así mejoría en la usuaria.

### **3.2. Discusión de resultados**

Esta investigación tuvo como objetivo disminuir la sintomatología depresiva mediante la aplicación de la intervención cognitivo conductual en una mujer adulta de 28 años diagnóstica con depresión moderada quien presentaba distorsiones cognitivas, generando en ella emociones con intensidad elevada de tristeza, colera, vergüenza y ansiedad y conductas que tiende a aislarla de todo su entorno.

Se evidencio que en los resultados de pre y post test se pudo cumplir los objetivos de la intervención cognitivo conductual, es decir que se logró la disminución de la sintomatología depresiva y se modificó las distorsiones cognitivas, los que generaban sentimientos negativos y conductas problemas. Ya que al inicio de las sesiones se diagnosticó con una depresión moderada, con una personalidad introvertida con temperamento melancólico, teniendo así una inestabilidad emocional, donde afecta en su vida diaria, ya que no lograba afrontar diversas situaciones, resultando en ella tristeza, llanto, sentimientos y pensamientos de culpa como también una visión negativa de sí misma.

Sin embargo, en el post test se confirma la importancia de la intervención cognitivo conductual y que la eficacia en el diagnóstico de depresión se obtiene resultados favorables para las personas, en este caso la usuaria pudo obtener luego de las sesiones terapéutica la disminución de la sintomatología; obteniendo así una depresión leve, con una personalidad introvertida y un temperamento flemático, teniendo así una estabilidad emocional, donde las distorsiones cognitivas se logró disminuir y ser más adaptables en su vida diaria, teniendo así

una vida funcional.

Asimismo, se valida la importancia de llevar las sesiones semanalmente, teniendo el compromiso desde el inicio del tratamiento, como a su vez plantear ciertas sesiones de seguimiento para poder fortalecer todo el trabajo en esos meses.

Ante todo, lo dicho, confirmo la eficacia del programa de intervención cognitivo conductual en el caso de depresión en la usuaria, ya que logro establecer estabilidad emocional, donde sus emociones, pensamientos y conductas son adecuadas y saludables.

### **3.3. Seguimiento**

Una vez concluida las 12 sesiones del programa de intervención cognitiva conductual, se planteó 4 sesiones de seguimiento con el objetivo de brindar orientación y consejería psicológica a la usuaria, donde la cual el primer mes se le programo 2 sesiones cada quincena, con un tiempo de 45 minutos cada sesión, posteriormente los 2 siguientes meses se le programo 1 vez cada mes con un tiempo de 45 minutos las 2 últimas sesiones, con el objetivo de reforzar el trabajo de la intervención cognitivo conductual y brindar orientación en situaciones que le generaron algún malestar. Así mismo se le recomendó que si se presentara alguna situación o crisis de depresión recurrente, acuda nuevamente a consulta.

#### IV. CONCLUSIONES

- 4.1 Se ha comprobado a los 3 meses de la administración del programa de intervención cognitiva conductual, la usuaria mejoró significativamente la sintomatología de la depresión, como: tristeza, ansiedad, colera, vergüenza, como la sudoración en las manos, dolor de cabeza, las cuales interferían en la calidad de vida de la persona que lo padece.
- 4.2 En el cierre de la sesión N.º 12, se apreció que existe disminución significativa en la sintomatología de la depresión, lo cual muestra que sus habilidades ayudan para ser independiente en el ambiente social y/o familiar donde se rodea. Por otro lado, asume las responsabilidades y se hace cargo de sus decisiones.
- 4.3 Se logró disminuir las distorsiones cognitivas, mediante la reestructuración cognitiva, y búsqueda de pensamientos racionales. Utilizando dentro de ellas el descubrimiento guiado, examinando evidencia y cuestionamientos socrático.
- 4.4 Se logro mejorar las conductas no deseadas, como el llamar a su jefa y no ir a laborar, no aceptar invitaciones de sus compañeros de trabajo y el mirar los recuerdos de su matrimonio.
- 4.5 Disminución de las respuestas fisiológicas a través de la psicoeducación, técnicas de relajación, auto instrucciones.
- 4.6 Se incrementó el nivel de actividades recreativas, a través de asignación de tareas graduales, auto instrucciones y programa de actividades satisfactorias, logrando este incremento con apoyo de su esposo que estuvo apoyándola en todo momento durante el proceso de intervención cognitiva conductual.
- 4.7 Se comprobó que la variable independiente (intervención cognitiva conductual) influencio en la variable dependiente (cuadro clínico de depresión) mostrando mejoras significativas cuando se concluyó la intervención.

4.8 El uso de modelo Univariable ABA, al aplicar el pre test, ICC y post test, nos evidencio datos para el análisis del caso clínico.

Ante lo descrito en los numerales de 4.1 al 4.8 se concluye lo siguiente:

4.9 El programa de intervención cognitiva conductual en el caso clínico de la depresión moderada se consideró exitoso, ya que nos permitió mediante el uso de registros conductuales y las técnicas cognitivas conductuales mejorar significativamente el cuadro de depresión moderada, evidenciando así una mejora y teniendo una calidad de vida diaria.

## V. RECOMENDACIONES

En relación al presente trabajo académico, se recomienda lo siguiente:

- 5.1 Elaborar estrategias en la intervención preventiva a nivel de la familia y comunidad para prevenir cuadros de depresión moderada.
- 5.2 Contrastar los resultados obtenidos del trabajo académico con otras instituciones que brinden atención en casos de depresión moderada y realizar un análisis comparativo de los resultados.
- 5.3 Extender el presente trabajo académico a más casos y efectuar el mismo estudio en el género masculino. y en otros tipos de sustancias psicoactivas.
- 5.4 Compartir experiencias con otros profesionales que trabajan con personas que padecen el cuadro clínico de depresión moderada bajo el enfoque cognitivo conductual con el objeto de integrar conocimientos y optimizar la calidad de tratamiento en relación a la intervención cognitivo conductual, documentarlas e informarlas.
- 5.5 Establecer estrategias adecuadas para el trabajo de adhesión al tratamiento con la familia de la persona que padece el cuadro clínico de depresión moderada y así lograr una mayor eficacia en el tratamiento.
- 5.6 Es importante que la usuaria siga llevando a cabo las técnicas aprendidas en las sesiones.

## VI. REFERENCIAS

- Alcázar, D., Hernández, R., Reyes, D., Romero, D. y Vogel, N. (2017). Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. *Revista de psicología y ciencias del comportamiento*, 8(1), 15-28. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rpcc/v8n1/2007-1833-rpcc-8-01-15.pdf>
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1992). *The client is the expert: a not-knowing approach to therapy*.
- Antón, V. (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\\_d\\_epresion\\_adolescente\\_tardia.pdf](https://www.revistapcna.com/sites/default/files/antonmenarguez_et_al_2016_tcc_d_epresion_adolescente_tardia.pdf)
- Atencio, A., Nucette, R., Colina, C., Ibert, S., Gómez, A. y Hinestroza, F. (2004). Evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Archivos venezolanos de psiquiatría y neurología*, 50(3), 35-41
- Bados, A. y García, E. (2010). *La técnica de reestructuración cognitiva*. Universidad de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Bados, A. y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Universidad de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Bados, A. y García, E. (2014). *Resolución de problemas*. Universidad de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54764/1/Resoluci%C3%B3n%20problemas.pdf>
- Bados, A. y García-Grau, E. (2011). *Técnicas operantes*. <https://www.studocu.com/es/document/universidad-de-deusto/intervention->

[techniques/tecnicas-operantes-arturo-bados-y-eugeni-garcia-grau-departamento-de-personalidad-evaluacion-y-tratamiento-psicologicos-facultad-de-psicologia-universidad-de-barcelona/17328500](https://www.ub.edu/~psico/techniques/tecnicas-operantes-arturo-bados-y-eugeni-garcia-grau-departamento-de-personalidad-evaluacion-y-tratamiento-psicologicos-facultad-de-psicologia-universidad-de-barcelona/17328500)

- Barrasa, A., Belloch, A., Carrasco, A., Carrió, C., Castro, A., Cortés, M., Fornés, G., Gallardo, L., García, G., Morales, Z., Pascual, L., Perpiñá, C. y Roncero, M. (2012). *Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar*. Pirámide.
- <https://unidaddegenerosgg.edomex.gob.mx/sites/unidaddegenerosgg.edomex.gob.mx/files/files/biblioteca/14%20MANUALES%20Y%20PROTOCOLOS/Manual%20de%20Entrevista%20Psicolog%CC%81gica%20.pdf>
- Beck, A. (1963). Thinking and depression: idiosyncratic content and cognitive distortions. *archives of general psychiatric*, 9(2), 324-333.
- Beck, A. (1967). *Depression: clinical experimental and theoretical aspects*. Harper and row.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée de brouwer, S.A.
- Beltrán, M., Freyre, M. y Hernández, L. (2012). El inventario de depresión de Beck: su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30(1), 1-5.
- Beriso G., Sánchez, R. y Sánchez P. (2003). *Cuadernos de terapia cognitivo conductual: una orientación pedagógica e integradora*.
- Bosqued, M. (2005). *Vencer la depresión*. Desclée de brouwer, S.A.
- Burns, D. (1999). *The feeling good therapy*. EUA: harper collings.
- Carey, T. y Mullan, R. (2004). ¿What is socratic questioning? *psychotherapy: theory, research, practice, training*, 41(2), 217-226. [doi:10.1037/0033-3204.41.3.217](https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.217)
- Clark, D. (1989). *Anxiety states: panic and generalized anxiety*. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide (pp. 52-96). Oxford: oxford university Press.

- D’Zurilla, T. (1993). *Terapia de resolución de conflictos: competencia social, un nuevo enfoque en la intervención clínica*. Desclée de brouwer.
- Duncan, B., Miller, S., Sparks, J., Claud, D., Reynolds, L., Brown, J. y Jonson, L. (2003). The session rating scale: Preliminary psicometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of brief therapy*, 3(1).
- Ellis, A. (1979). *The practice of rational-emotive therapy*.
- García, H. y Noguerras, M. (2013). *Guía de autoayuda para la depresión y los trastornos de ansiedad*. Edición y dirección del grupo de desarrollo. <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiasautoayudadepresionansiedad.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2015). *Metodología de la investigación*.
- James, I., Morse, R. y Howarth, A. (2009). The science and art of asking questions in cognitive therapy. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 38(1), 83-89. [doi: 10.1017/s135246580999049x](https://doi.org/10.1017/s135246580999049x)
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. Pearson educación
- Lansa, G. (2013). La mentalización y el feedback del paciente en el intercambio clínico. *Diagnosis*, 10. [https://www.researchgate.net/profile/Gustavo-LanzaCastelli/publication/253238524\\_La\\_mentalizacion\\_y\\_el\\_feedback\\_del\\_paciente\\_en\\_el\\_intercambio\\_clinico/links/00b4951f6db7aae2c2000000/La-mentalizacion-y-el-feedback-del-paciente-en-el-intercambio-clinico.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Gustavo-LanzaCastelli/publication/253238524_La_mentalizacion_y_el_feedback_del_paciente_en_el_intercambio_clinico/links/00b4951f6db7aae2c2000000/La-mentalizacion-y-el-feedback-del-paciente-en-el-intercambio-clinico.pdf)
- Martínez, X., Cabeza, M., Pascual, M. y Bedia, I. (2015). *Trastornos del humor: trastornos depresivos*.
- O’Donohue, W. y Fisher, J. (2012). The core principles of cognitive behavior therapy. *Cognitive behavior therapy*. [doi:10.1002/9781118470886.ch1](https://doi.org/10.1002/9781118470886.ch1)
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Padesky, C. (1993). *Socratic questioning: changing minds or guiding discovery*. Paper presented at the a keynote address delivered at the European congress of behavioural and cognitive therapies.
- Puerta, J., y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 10(2), 251-257. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3903329>
- Rodríguez, D. (2018). Integración de la terapia cognitivo conductual y la terapia centrada en soluciones en un caso de depresión mayor. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Romero, G. (2006). Tratamiento cognitivo conductual de un caso de depresión en la tercera edad. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizán*, 7(1), 65-75. <http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/8%20TRATAMIENTO%20COGNITIVOCOND UCTUALDE.pdf>
- Rossello, J. y Bernal, G. (2007). Manual de tratamiento para la terapia cognitiva conductual de la depresión. [http://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales\\_tara/individual\\_participante\\_esp.pdf](http://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales_tara/individual_participante_esp.pdf).
- Royal College of Psychiatrists (2009). *La Terapia Cognitivo Conductual*.
- Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Declée de brouwer S.A.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*. Chichester: wiley.
- Westphalen, M. (2018). *Efectos de un programa de reestructuración cognitiva en la depresión de adultos mayores de una asociación de jubilados de la ciudad de Piura*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/29154>

## VII. ANEXOS

**Tabla 3***Resultados obtenidos del Inventario de Personalidad de Eysenck*

<b>Dimensión</b>	<b>D</b>	<b>Diagnóstico</b>
E	10	Personalidad introvertida, con temperamento melancólico.
N	12	Inestable emocional
L	2	Válido y confiable

**Tabla 4***Resultados de Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millón*

<b>PD</b>	<b>Escala</b>	<b>Dimensión</b>
8	Autoderrotista	Patrones clínicos de personalidad
83	Depresión mayor	Síndromes severos

**Tabla 5***Análisis funcional general del caso*

<b>A (Activador)</b>	<b>B (Conducta)</b>	<b>C (Emoción y/o Conducta)</b>
Ella refiere que una compañera del trabajo de él, le dijo que otra compañera estaba interesada en su esposo porque almorzaban juntos y se quedaba más tiempo con él, luego del trabajo ayudándole a culminar un trabajo pendiente.	<u>Pensamiento automático:</u> “esto es mi culpa” (personalización) “es un desgraciado” (personalización)  <u>Creencias Intermedias:</u> “sí me llega hacer infiel no lo soportaría” (suposiciones) “porque no me ama, si soy su esposa” (suposiciones)  <u>Esquema Nuclear:</u> De sí misma No soy querible Soy débil	Tristeza Ansiedad Cólera Vergüenza  Se queda en casa y esta todo el día en cama.

**Tabla 6***Análisis funcional de las situaciones*

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
Antes de ir al trabajo.	“mi esposo me ha sido infiel”, “mi matrimonio ha fracasado”.	<u>Tristeza, ansiedad y cólera</u> Llamar a su jefa y le menciona que amaneció con fiebre o algún otro malestar y se queda en cama.
Cuando sus compañeros de trabajo la invitan a cenar luego de la jornada laboral a ella y a su esposo.	“ellos sabrán que mi matrimonio ha fracasado”.	<u>Tristeza y vergüenza</u> No acepta la invitación, diciéndoles que se quedara más tiempo en el trabajo
Mirar las fotos y videos de su matrimonio.	“esto es mi culpa”, “me va a dejar”, “debió respetarme”	<u>Tristeza y cólera</u> Mirando de 1 a 2 horas los recuerdos de su matrimonio mientras llora.

**Tabla 7***Técnica de reestructuración cognitiva (descubrimiento guiado)*

<b>Pensamientos</b>	<b>Técnica</b>	<b>Preguntas</b>
“mi esposo me ha sido infiel”	Descubrimiento guiado	<p>¿tiene alguna prueba fehaciente que confirme su pensamiento?</p> <p>¿puedes verificar lo que piensas?</p> <p>¿en qué te basas para decir eso?</p> <p>¿Lo que tu piensas es una suposición o una realidad?</p> <p>¿Estas 100% sé que tu esposo te ha sido infiel?</p> <p>¿Cuál sería una mejor manera de pensar, en vez de decir “mi esposo me ha sido infiel”</p> <p>¿Por qué dices eso?</p> <p>¿existe otra alternativa positiva que deje tu actual pensamiento?</p>
“mi matrimonio ha fracasado”	Descubrimiento guiado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Tiene algún documento que afirme lo que mencionas?</li> <li>- ¿Es definitivo lo que dices o esta una suposición? ¿Por qué piensas así?</li> <li>- ¿Qué fundamentos tienes para decir eso?</li> <li>- ¿está segura de que eso pasará?</li> <li>- ¿Qué pensamiento sería la adecuada en vez de pensar “mi matrimonio ha fracasado”?</li> <li>- ¿puedes considerar otra opción para no tener ese pensamiento?</li> </ul>

**Tabla 8***Técnica de reestructuración cognitiva (examinando evidencia)*

<b>Pensamientos</b>	<b>Técnica</b>	<b>Preguntas</b>
“ellos sabrán que mi matrimonio ha fracasado”	Examinando evidencia	<p>-¿Qué evidencias o pruebas tienes de que supuestamente ellos saben algo de tu matrimonio?</p> <p>-¿te han hecho algún comentario?</p> <p>-¿Qué pruebas en concreto tienes para pensar así?</p> <p>-¿Cuáles son las evidencias en beneficio a tu pensamiento?</p> <p>-¿estas 100%segura de que ellos saben?</p> <p>-¿has comentado a alguien de tu situación?</p> <p>-Entonces podrías decir que.....</p> <p>¿De qué te has dado cuenta que sea eso cierto?</p>
“esto es mi culpa”	Examinando Evidencia	<p>¿Qué pruebas tienes que sea cierto?</p> <p>¿Qué has hecho para pensar que sea tu culpa?</p> <p>-¿De quién depende ser infiel, de la otra persona o ti mismo?</p> <p>-¿Ser infiel es causa – efecto?</p> <p>-¿Él te ha dicho que eres tú la culpable?</p> <p>-¿Estas 100% segura de que eso es cierto?</p> <p>-¿Ser culpable hace que se solucione tu problema?</p>
“me va a dejar”	Examinando evidencia	<p>-¿Qué evidencias o pruebas tienes que te va a dejar?</p> <p>-¿él te ha dicho que te va a dejar?</p> <p>-¿él te ha abandonado anteriormente?</p> <p>-¿Qué pruebas en concreto tienes para pensar así?</p> <p>-¿estas 100%segura de que te va abandonar?</p>

---

	<p>-¿Cuáles son las evidencias en beneficio a tu pensamiento?</p> <p>-En lugar de pensar así, ¿Cómo otro pensamiento podrías pensar?</p> <p>-¿Cuál sería una mejor manera de pensar?</p>
--	--

---

**Tabla 9**

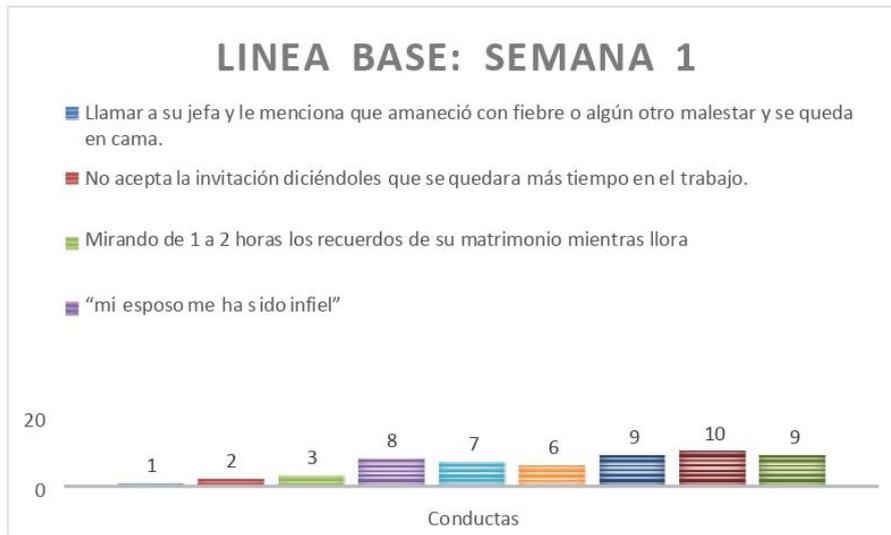
*Técnica de reestructuración cognitiva (Cuestionamiento Socrático)*

<b>Pensamientos</b>	<b>Técnica</b>	<b>Preguntas</b>
“debió respetarme”	Cuestionamiento Socrático	<p>-¿Cuál es la evidencia a favor de este pensamiento?</p> <p>-¿Qué quiere decir con “debió respetarme”?</p> <p>-¿en dónde está escrito el que te debe respetar?</p> <p>-¿es algo lógico pensar de esa forma?</p> <p>-¿existe alguna explicación alternativa?</p> <p>-¿Qué implica para ti que debe respetarte?</p> <p>-Si cometido la supuesta infidelidad ¿Qué sería lo peor que pasaría?</p> <p>¿Pensar así te lleva a lograr algo beneficioso?</p> <p>¿de qué otra forma podrías pensar?</p> <p>-Esto significaría para ti que .....</p>

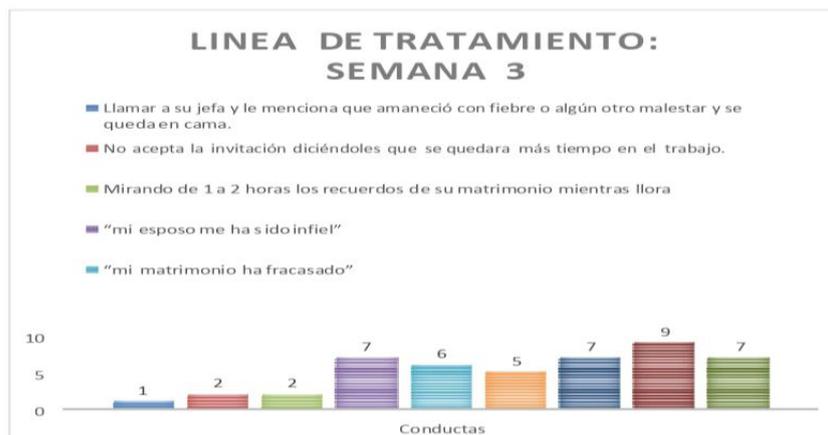
---

**Tabla 10***Técnica de psicoeducación y modelado*

<b>Ed</b>	<b>C</b>	<b>Er</b>
Antes de ir al trabajo	Llamar a su jefa y le menciona que amaneció con fiebre o algún otro malestar se queda en cama	Se siente aliviada al quedarse en casa porque su jefa acepta su justificación



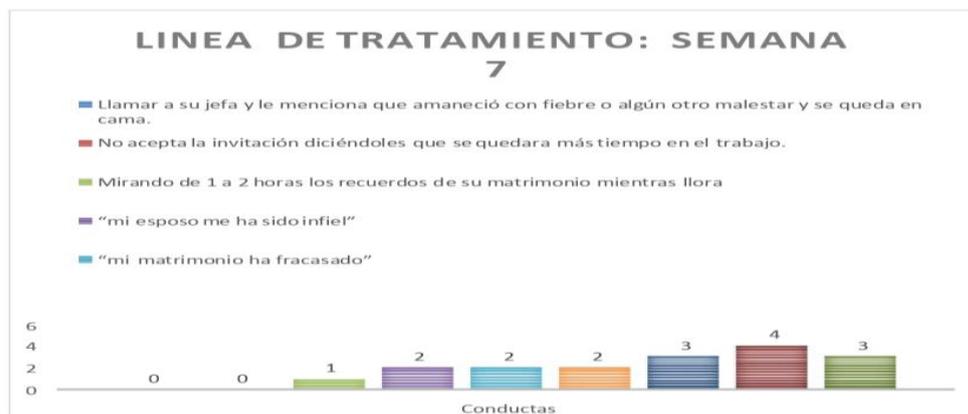
**Figura 1:** Línea base: frecuencia de conductas motoras y conductas cognitivas I



**Figura 2:** Línea de tratamiento: frecuencia de conductas motoras y conductas cognitivas II



**Figura 3:** Línea de tratamiento: frecuencia de conductas motoras y conductas cognitivas III



**Figura 4:** Línea de Tratamiento: Frecuencia de Conductas Motoras y Conductas Cognitivas



IV

**Figura 5:** Línea de Seguimiento: Frecuencia de Conductas Motoras y Conductas Cognitivas

## *Inventario de Depresión de Beck*

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

El siguiente cuestionario evalúa el grado de depresión que puede tener una persona. Se compone de 21 grupos de frases. Dentro de cada grupo escoge una sola respuesta; aquella que mejor define cómo te has sentido en la última semana, incluyendo hoy.

### **1. Tristeza.**

0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

### **2. Pesimismo**

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
1. Me siento desanimado de cara al futuro.
2. Siento que no hay nada por lo que luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

### **3. Sensación de fracaso**

0. No me siento fracasado.
1. He fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

### **4. Insatisfacción**

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

### **5. Culpa**

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente.

### **6. Expectativas de castigo**

0. No creo que esté siendo castigado.
1. Siento que quizás esté siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

### **7. Autodesprecio**

0. No estoy descontento de mí mismo.
1. Estoy descontento de mí mismo.

2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

**8. Autoacusación**

0. No me considero peor que cualquier otro.
1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

**9. Ideas suicidas**

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

**10. Episodios de llanto**

0. No lloro más de lo normal.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar, aunque me lo proponga.

**11. Irritabilidad**

0. No estoy especialmente irritado.
1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

**12. Retirada social**

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. He perdido todo interés por los demás.

**13. Indecisión**

0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

**14. Cambios en la imagen corporal**

0. No creo tener peor aspecto que antes.
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

**15. Enlentecimiento**

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

**16. Insomnio**

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.

2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

### **17. Fatigabilidad**

0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

### **18. Pérdida de apetito**

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito.

### **19. Pérdida de peso**

0. No he perdido peso últimamente.
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

### **20. Preocupaciones somáticas**

0. No estoy preocupado por mi salud
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarrros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

### **21. Bajo nivel de energía**

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1. La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3. He perdido totalmente el interés sexual.

### *Inventario de Personalidad de Eysenck*

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:**

Aquí tiene algunas preguntas sobre el modo como usted se comporta, siente y actúa. Después de cada pregunta conteste en la hoja de respuestas con un Sí o con un No según sea su caso. Entonces ponga un aspa (X) o cruz (+) en el recuadro que corresponde. No hay contestaciones “correctas” ni “incorrectas”

ITEMS	SÍ	NO
1. ¿Le gusta abundancia de excitación y bullicio a su alrededor?		
2. ¿Tiene a menudo un sentimiento de intranquilidad, como si quisiera algo, pero sin saber qué?		
3. ¿Tiene casi siempre una respuesta a la mano cuando se le habla?		
4. ¿Se siente algunas veces feliz, algunas veces triste sin una razón real?		
5. ¿Permanece usualmente retraído(a) en fiestas y reuniones?		
6. Cuando niño(a), ¿hacia siempre inmediatamente lo que le decían sin renegar?		
7. ¿Se enfada a menudo?		
8. ¿Cuándo lo meten en una pelea, ¿prefiere “sacar los trapos al aire”, de una vez por todas, en vez de quedar callado(a) esperando que las cosas se calmen solas?		
9. ¿Es Usted triste, melancólico(a)?		
10. ¿Le gusta mezclarse con la gente?		
11. ¿Ha perdido mucho el sueño por sus preocupaciones?		
12. ¿Se pone a veces malhumorado(a)?		
13. ¿Se catalogaría a sí mismo(a) como despreocupado(a) o confiado a su buena ventura?		
14. ¿Se decide a menudo demasiado tarde?		
15. ¿Le gusta trabajar solo(a)?		
16. ¿Se ha sentido a menudo apático(a) y cansado(a) sin razón?		
17. ¿Es por el contrario animado(a) y jovial?		
18. ¿Se ríe a veces de chistes groseros?		
19. ¿Se siente a menudo hastiado(a)?		
20. ¿Se siente incómodo con vestidos que no son de diario?		
21. ¿Se distrae (vaga su mente) a menudo cuando trata de prestar atención a algo?		
22. ¿Puede expresar en palabras fácilmente lo que piensa?		
23. ¿Se abstrae (se pierde en sus pensamientos) a menudo?		
24. ¿Está completamente libre de prejuicios de cualquier tipo?		
25. ¿Le gustan las bromas?		
26. ¿Piensa a menudo en su pasado?		

27.	¿Le gusta mucho la buena comida?		
28.	Cuando se fastidia, ¿necesita de algún(a) amigo(a) para hablar sobre ello?		
29.	Le molesta vender cosas o pedir dinero a la gente para alguna buena causa?		
30.	¿Alardea (se jacta) un poco a veces?		
31.	¿Es Ud. muy susceptible por algunas cosas?		
32.	¿Le gusta más quedarse en casa que ir a una fiesta aburrida?		
33.	¿Se pone a menudo tan inquieto(a) que no puede permanecer sentado(a) durante mucho rato en la silla?		
34.	¿Le gusta planear las cosas cuidadosamente con mucha anticipación?		
35.	¿Tiene a menudo mareos, (vértigos)?		
36.	¿Contesta siempre una carta personal tan pronto como puede después de haberla leído?		
37.	¿Hace Ud. usualmente las cosas mejor resolviéndolas solo(a) que hablando a otra persona sobre ellas?		
38.	¿Le falta frecuentemente aire sin haber hecho un trabajo pesado?		
39.	¿Es Ud. generalmente una persona tolerante, que no se molesta si las cosas no están perfectas?		
40.	¿Sufre de los “nervios”?		
41.	¿Le gustaría más planear cosas que hacer cosas?		
42.	¿Deja algunas veces para mañana lo que debería hacer hoy día?		
43.	¿Se pone nervioso (a) en lugares tales como ascensores, trenes o túneles?		
44.	Cuando hace nuevos amigos, ¿es Ud. usualmente quien inicia la relación o invita a que se produzca?		
45.	¿Sufre fuertes dolores de cabeza?		
46.	¿Siente generalmente que las cosas se arreglarán por sí solas y que terminarán bien de algún modo?		
47.	¿Le cuesta trabajo coger el sueño al acostarse en las noches?		
48.	¿Ha dicho alguna vez mentiras en su vida?		
49.	¿Dice algunas veces lo primero que se le viene a la cabeza?		
50.	¿Se preocupa durante un tiempo demasiado largo después de una experiencia embarazosa?		
51.	¿Se mantiene usualmente hermético(a) o encerrado(a) en sí mismo(a) excepto con amigos muy íntimos?		
52.	¿Se crea a menudo problemas por hacer cosas sin pensar?		
53.	¿Le gusta contar chistes y referir historias graciosas a sus amigos?		
54.	¿Se le hace más fácil ganar que perder un juego?		
55.	¿Se siente a menudo demasiado consiente de sí mismo(a) o poco natural cuando está con sus superiores?		
56.	Cuando todas las posibilidades están contra Ud., ¿piensa aun usualmente que vale la pena probar suerte?		
57.	¿Siente “sensaciones raras” en el abdomen antes de hacer algún hecho importante?		

## *Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millón II*

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Las siguientes hojas contienen una lista de frases que la gente usa para describirse a sí mismos. Se lo más honesto(a) y serio(a) que puedas en marcar las frases. No te preocupes si algunas de estas frases parecen poco comunes para ti, están incluidas para describir personas con diferentes tipos de problemas. A continuación, tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la hoja de respuestas. Si está de acuerdo con una frase o piensa que describe su forma de ser, Rellene completamente el espacio correspondiente a la letra V (verdadero). Si por el contrario la frase no refleja ni caracteriza su forma de ser, rellene completamente el espacio de la letra "F" (falso). Así:

1. "Soy un ser humano"

Como esta frase es verdadera para usted se ha rellenado completamente el espacio de la letra V (verdadero).

	V	F
1.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

2. "Mido más de tres metros"

Esta frase es falsa para usted, por lo que se ha rellenado completamente el espacio de la letra F (falso).

Trata de marcar cada frase, incluso si no estás seguro(a) de tu elección.

No hay tiempo límite para completar el inventario, pero es mejor trabajar con rapidez. No hagas marcas ni escribas en el cuadernillo.

1. Siempre sigo mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan de mí.
2. Siempre he encontrado más cómodo hacer las cosas solo(a) tranquilamente en vez de hacerlas con otros.
3. Hablar con otras personas ha sido casi siempre difícil y duro para mí.
4. Creo que hay que ser decidido(a) y tener fuerza de voluntad en todo lo que hago.
5. En las últimas semanas me pongo a llorar apenas la mínima de las cosas sale mal.
6. Alguna gente me considera engreído(a) y egoísta.
7. De adolescente me metía en muchos problemas debido a mi mala conducta escolar.
8. Siempre siento que no soy querido(a) en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente si esta me molesta.
10. Me conformo con seguir a los demás.
11. Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir qué hacer primero.
12. A veces puedo ser muy tosco(a) y malo(a) en mis relaciones con mi familia.
13. Me interesa muy poco hacer amigos.
14. Creo que soy una persona muy sociable y extrovertida.
15. Sé que soy una persona superior por lo tanto no me importa lo que la gente piensa.
16. La gente nunca ha reconocido debidamente lo que he hecho o logrado.
17. Tengo un problema con el alcohol que he tratado insatisfactoriamente de superar.
18. Últimamente siento como una angustia en el estómago y me pongo a sudar frío.
19. No me gusta hacerme notar durante las actividades sociales.

20. Frecuentemente hago cosas por el simple hecho de que son divertidas.
21. Me enfado mucho con la gente que parece que nunca hace las cosas bien.
22. Si mi familia me presiona es muy probable que me sienta enojado(a) y que me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Frecuentemente siento que debería ser castigado(a) por lo que he hecho.
24. La gente se burla de mí a mis espaldas hablando de cómo actué o de mi aspecto.
25. Los demás parecen más seguros que yo de lo que son y de lo que quieren.
26. Tiendo a romper en llanto y a tener ataques de cólera sin saber por qué.
27. Empecé a sentirme solo(a) y vacío(a) hace un año o dos.
28. Tengo talento para ser dramático(a).
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto de la competencia intensa.
31. Cuando entro en crisis, rápidamente busco a alguien para que me ayude.
32. Me protejo a mí mismo(a) de problemas, no dejando que la gente sepa mucho de mí.
33. La mayor parte del tiempo me siento débil y cansado(a).
34. Otra gente se enoja más ante pequeños inconvenientes que yo.
35. Mi consumo de drogas frecuentemente me ha llevado a una buena cantidad de problemas en el pasado.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ninguna razón.
37. Creo que soy una persona especial que merece atención especial de los otros.
38. Bajo ninguna circunstancia me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una manera segura de hacer un mundo pacífico es mejorando la moral de la gente.
40. En el pasado me he involucrado sexualmente con muchas personas que no me importaban mucho.
41. Encuentro difícil comprender a la gente que nunca tiene las cosas claras.
42. Soy una persona muy sumisa y fácil.
43. Mi mal genio ha sido una de las grandes causas de mis problemas.
44. No me importa mandonear a otros para conseguir que hagan lo que yo quiera.
45. En los últimos años, incluso cosas mínimas, parecen deprimirme.
46. Frecuentemente mi deseo de hacer las cosas perfectamente demora mi trabajo.
47. Soy tan tranquilo(a) y aislado(a) que la mayoría de la gente no sabe si quiera que existo.
48. Me gusta coquetear con miembros del sexo opuesto.
49. Soy una persona tranquila y miedosa.
50. Soy una persona muy inconstante, cambio de opinión y de forma de sentir todo el tiempo.
51. Me siento muy tenso cuando pienso en los sucesos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado ningún problema realmente serio en mi trabajo.
53. Últimamente pareciera que las fuerzas se me escapan, incluso en las mañanas.
54. Empecé a sentirme un fracasado(a) hace unos años.
55. No me gusta nada la gente de éxito que siempre piensa que puede hacer las cosas mejor que yo.
56. Siempre he tenido un miedo terrible de perder el amor de la gente que necesito mucho.
57. Daria la impresión que hago todo lo posible para que la gente se aproveche de mí.
58. Últimamente siento ganas de romper cosas.
59. Recientemente he pensado seriamente en acabar con mi vida.
60. Siempre estoy tratando de hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61. Mantengo un control riguroso de mi dinero, así estoy preparado(a) en caso de necesidad.

62. Aparecí en la portada de varias revistas el año pasado.
63. Le gusto a poca gente.
64. Si alguien me criticara por cometer un error, yo rápidamente señalaría alguno de sus errores.
65. Algunas personas dicen que me gusta sufrir.
66. Frecuentemente expreso mis sentimientos de rabia y después me siento terriblemente culpable.
67. Últimamente me siento nervioso(a) y bajo una terrible presión, pero no sé por qué.
68. Muy frecuentemente pierdo la sensibilidad en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que usan telepatía para influenciar mi vida.
70. Consumir drogas ilícitas puede ser poco inteligente, pero en el pasado sentí que las necesitaba.
71. Me siento cansado(a) todo el tiempo.
72. No puedo dormir bien y me levanto tan cansado(a) como cuando me acosté.
73. He hecho varias cosas estúpidas de puro impulso que han terminado causándome muchos problemas.
74. Nunca perdono un insulto, ni olvido una vergüenza que alguien me haya hecho pasar.
75. Deberíamos respetar a las generaciones anteriores y no pensar que sabemos más que ellos.
76. Ahora me siento terriblemente deprimido(a) y triste gran parte del tiempo.
77. Soy el tipo de persona del que los otros se aprovechan.
78. Siempre me esfuerzo mucho de complacer a los demás, incluso cuando no me agradan.
79. He tenido serios pensamientos suicidas por varios años.
80. Rápidamente me doy cuenta como la gente está intentando causarme problemas.
81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No puedo entenderlo, pero pareciera que disfruto hiriendo a las personas que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que era mejor tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto(a) a pelear a muerte antes que dejar que nadie me quite mi autodeterminación.
85. Desde que era niño(a) siempre he tenido que cuidarme de la gente que estaba tratando de engañarme.
86. Cuando las cosas se ponen aburridas me gusta despertar situaciones emocionantes.
87. Tengo problemas de alcohol que me han generado problemas a mí y a mi familia.
88. Si una persona quiere que se haga algo que requiera mucha paciencia, debería pedírmelo a mí.
89. Soy probablemente la persona con ideas más creativas entre las que conozco.
90. Hace diez años que no veo un carro.
91. No veo nada de malo en usar a la gente para obtener lo que quiero.
92. El castigo nunca me frenó a hacer lo que yo quería.
93. Hay muchas veces que sin razón alguna me siento muy contento(a) y muy emocionado(a).
94. Yo me escapé de mi casa cuando era adolescente por lo menos una vez.
95. Muchas veces digo cosas rápidamente de las que luego me arrepiento.
96. En las últimas semanas me siento agotado(a) sin ninguna razón.
97. De un tiempo a esta parte me siento muy culpable porque ya no puedo hacer las cosas bien.
98. Las ideas me dan vueltas y vueltas en la cabeza y no se van.
99. De un año o dos a esta parte, me siento bastante desanimado(a) y triste acerca de la vida.
100. Mucha gente lleva años espionando mi vida privada.
101. No sé por qué, pero muchas veces digo cosas crueles simplemente para hacer infelices a los otros.
102. Odio y temo a la mayoría de la gente.
103. Expreso mis opiniones sobre las cosas, no importa lo que los otros piensen.

104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es muy probable que lo ponga o lo haga mal a propósito.
105. Mi hábito de abusar de las drogas me ha causado que falte al trabajo en el pasado.
106. Siempre estoy dispuesto(a) a ceder con los demás para evitar problemas.
107. Frecuentemente estoy molesto(a) y renegón(a).
108. Simplemente ya no tengo la fuerza para defenderme.
109. Últimamente y sin ninguna razón en especial tengo que pensar las cosas una y otra vez.
110. Frecuentemente pienso que no merezco las buenas cosas que me suceden.
111. Utilizo mis encantos para obtener las atenciones de los demás.
112. Frecuentemente cuando estoy solo(a) siento la fuerte presencia de alguien invisible cerca de mí.
113. Me siento muy desorientado(a) y no sé a dónde voy en la vida.
114. Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.
115. A veces siento que debería hacer algo para hacerme daño a mí o a otra persona.
116. He sido injustamente castigado(a) por la ley por crímenes que no he cometido.
117. Me he vuelto muy nervioso(a) en las últimas semanas.
118. Constantemente tengo pensamientos extraños de los que quisiera librarme.
119. Me resulta muy difícil controlar el impulso de beber en exceso.
120. Mucha gente piensa que soy un ente que no vale nada.
121. Me puedo excitar mucho sexualmente cuando peleo o discuto con la persona que amo.
122. A través de los años he tenido éxito en mantener mi consumo de alcohol al mínimo.
123. Siempre he puesto a prueba a las personas para averiguar cuanto se puede confiar en ellas.
124. Incluso despierto(a) parece que no percibo a la gente que está junto a mí.
125. Me resulta muy fácil hacer muchos amigos.
126. Siempre me aseguro que mi trabajo esté bien planificado y organizado.
127. Con frecuencia oigo cosas tan bien que me molesta.
128. Mi estado de ánimo parece variar mucho de un día a otro.
129. No me parece mal que una persona se aproveche de otra que se lo permite.
130. Me he cambiado de trabajo más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas que se adelantan a su tiempo.
132. De un tiempo a esta parte me siento triste y melancólico(a) y no puedo salirme de eso.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda en lo que haga.
134. Con frecuencia me enojo con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Me enfado muchísimo con personas que pretenden que yo haga lo que no quiero hacer.
136. En los últimos años me he sentido tan culpable que podría hacer algo terrible a mí mismo(a).
137. Nunca pasé desapercibido(a) cuando estoy en una fiesta.
138. La gente me dice que soy una persona muy correcta y moral.
139. A veces me siento confundido(a) y perturbado(a) cuando la gente es amable conmigo.
140. Mi uso de las así llamadas drogas ilegales me ha llevado a discusiones con mi familia.
141. Me siento incómodo(a) con los miembros del sexo opuesto.
142. Hay miembros de mi familia que dicen que soy egoísta y que solo pienso en mí mismo(a).
143. No me importa que la gente no esté interesada en mí.
144. Francamente miento bastante seguido para librarme de problemas.
145. La gente puede fácilmente cambiar mis ideas, incluso si pensaba que mi decisión ya estaba tomada.
146. Los otros han tratado de engañarme, pero tengo la fuerza de voluntad para superarlos.

147. Mis padres generalmente me decían que yo no era bueno(a) para nada.
148. Con frecuencia la gente se enfada conmigo porque los mandoneo.
149. Yo siento gran respeto por aquellas autoridades que están por encima mío.
150. Casi no tengo vínculos cercanos con otras personas.
151. En el pasado me han dicho que me interesaba o me emocionaba demasiado por demasiadas cosas.
152. Yo he volado sobre el Atlántico treinta veces en el último año.
153. Yo creo en el dicho: "A quien madruga Dios lo ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he tenido en la vida.
155. Mis sentimientos hacia la gente importante en mi vida generalmente oscilan del amor al odio hacia ellos.
156. Mis padres nunca estaban de acuerdo.
157. En ocasiones he tomado hasta diez tragos o más sin emborracharme.
158. En grupos sociales casi siempre me siento muy inseguro(a) y tenso(a).
159. Valoro mucho las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño(a) he ido perdiendo contacto con el mundo real.
161. Rara vez tengo sentimientos fuertes acerca de algo.
162. Era muy inquieto(a), viajaba de un lado a otro sin ninguna idea de donde iría a parar.
163. No puedo tolerar a la gente que llega tarde a las citas.
164. Gente oportunista con frecuencia trata de obtener crédito por cosas que yo he hecho o pensado.

### Formato de Consentimiento éticas

Yo, \_\_\_\_\_ con documento de identificación tipo \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ expedido en la ciudad de \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades y voluntariamente manifiesto que me ha sido dada la información pertinente y completa, y en consecuencia autorizo a que sea realizado en mi/en mi representado \_\_\_\_\_ un proceso de evaluación e intervención psicológica a cargo del Psicólogo \_\_\_\_\_ con colegiatura N° \_\_\_\_\_, teniendo en cuenta que:

He comprendido la naturaleza y propósito de la intervención. He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas. Me siento satisfecho con la información proporcionada. Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado antes de iniciar el procedimiento. Reconozco que todos los datos proporcionados referente a la historia clínica e información personal adicional, son ciertos y que no he omitido alguno que pudiera influir en el tratamiento. Entiendo que el proceso de evaluación e intervención requiere de mi disposición a ofrecer y aclarar la información que se considere pertinente de parte del psicólogo.

Por tanto, declaro estar debidamente informado y doy mi expreso consentimiento a la realización de la evaluación e intervención psicológica, en las condiciones acordadas.

Firma del paciente:

Firma del Psicólogo:

Fecha:

## **Explicación de sesiones del programa de intervención cognitivo conductual**

**En la sesión 1:** el objetivo de la sesión es fortalecer la alianza terapéutica, donde se realizará la entrevista psicológica y observación conductual. Se inicia dando un saludo cordial, estableciendo los primeros minutos un rapport siendo un pilar fundamental para que la usuaria se sienta en confianza, luego se le realizara la aplicación de la escala de depresión de Beck. Se culmina preguntando sobre lo que aprendió en la primera sesión, dándole una despedida amigable y así motivarla para la siguiente sesión.

**En la sesión 2:** el objetivo de la sesión aplicar los cuestionarios de Eysenck y Millón, recolectando así mayor información. Se iniciará brindarle un saludo de bienvenida y preguntarle sobre como estuvo su semana, posteriormente se realizará la técnica de psicoeducación y autoobservación de autorregistro. Dejando al final la elaboración de un diario de registro de síntomas durante la semana.

**En la sesión 3:** el objetivo de la sesión se basó en informar sobre los resultados de las evaluaciones psicológicas y explicar el programa de intervención, utilizando el autoregistro de emociones; donde posteriormente se le explica sus conductas problemas de su cuadro clínico de la depresión, promoviendo actividades saludables y enseñar el registro de actividades diarias. Por último, se dejó de tarea de registro de síntomas y actividades diarias que realizara durante la semana.

**En la sesión 4:** el objetivo de esta sesión fue reforzar la relación terapéutica y enseñar la relación y consecuencias de los pensamientos, emociones y conductas, identificando así su cuadro el cuadro clínico de la depresión. Pidiéndole que relate situaciones que le generan malestar, realizando el registro del ABC. Dejando como actividad que realice el registro del ABIC durante la semana.

**En la sesión 5:** el objetivo es implementar recursos personales a través de la técnica de respiración diafragmática, donde se enseñó a como realizar dicha técnica, como también realizar la recapitulación de lo aprendido hasta la fecha, finalizando dando la motivación para la próxima sesión. Dejando como tarea la repetición de dicha técnica en casa de 1 a 2 veces al día, o cuando le genere malestar, luego escribir sus progresos.

**En la sesión 6:** Se iniciará con el objetivo de evaluar la técnica de la respiración diafragmática y reconocer la relación funcional entre la situación, pensamientos, emoción y conducta. Y así se identificará las distorsiones cognitivas, utilizando la técnica de reestructuración cognitiva que se encuentra el descubrimiento guiado, donde se reestructurar la cognición “mi esposo me ha sido infiel” y “mi matrimonio ha fracasado”. Dejando luego que realice el registro de la hoja de frecuencia de situaciones de situaciones diarias.

**En la sesión 7:** Se realiza la revisión de la hoja de frecuencia de situaciones diarias y reconocer la relación entre la situación y ABC como objetivo de la sesión utilizando la técnica de reestructuración cognitiva que se encuentra examinando evidencia, donde se reestructurar la cognición “ellos sabrán que mi matrimonio ha fracasado”, “esto es mi culpa”, “me va a dejar”. Dejando luego que realice el registro de la hoja de frecuencia de situaciones de situaciones diarias. Por otro lado, cabe mencionar que, al trabajar estas distorsiones cognitivas, se incrementará la conducta de aceptar la invitación de cenar con sus compañeros.

**En la sesión 8:** Se realiza la revisión de la hoja de frecuencia de situaciones diarias y reconocer la relación entre la situación y ABC como objetivo de la sesión utilizando la técnica de reestructuración cognitiva que se encuentra cuestionamiento socrático, donde se reestructurar la cognición “debió respetarme”. Dejando luego que realice el registro de la hoja de frecuencia de situaciones de situaciones diarias.

**En la sesión 9:** el objetivo es eliminar la conducta no deseada de llamar a su jefa y poner pretexto., utilizando las técnicas de psicoeducación y el modelado que está dentro de habilidades sociales. Donde se le explicara cuales son las consecuencias de la depresión y como puede mantenerse conductas problemas, a través de la triple relación de contingencia Ed- C- Er. Dejando como tarea que practique lo aprendido durante la semana y realice el registro de los progresos de la semana.

**En la sesión 10:** el objetivo es revisar el registro de los progresos de la semana y eliminar la conducta no deseada de recuerdos. Se iniciará realizando una psicoeducación donde se le explicara como refuerza dicha conducta para mantenerse en la depresión, y posteriormente se le enseñará la técnica de distracción, que se basa en que la usuaria se concentre en recuerdos o fantasías agradables, dejándose llevar por un recuerdo (algo ya ocurrido en el pasado) o una fantasía (algo por venir) agradable, que le permita dejar de pensar y realiza la conducta problema.

**En la sesión 11:** el objetivo es realizar un esquema en prevención de recaídas y manejo de situaciones conflictivas, mediante la técnica de resolución de problemas donde se le enseñara el manejo de estrategias de como poder afrontar situaciones críticas y toma de decisiones y estrategias de prevención de recaídas. Dejando como tarea practicar en casa la técnica aprendida en la sesión.

**En la sesión 12:** esta sesión se trata de la reevaluación de las pruebas psicológicas (post test) y retroalimentación en el cumplimiento de los objetivos durante todas las intervenciones, siendo el objetivo de la sesión. Cerrando la sesión mediante una conversación amical.