



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL CASO DE UNA MUJER JOVEN CON DEPRESIÓN

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autor:

Suárez Villalta, Pablo Francisco

Asesor:

Injante Mendoza, Raúl
(ORCID: 0000-0002-5016-4340)

Jurado:

Ramírez Magallanes, Olga
Carlos Ventura, David
Mendoza La Rosa, Ana María

Lima - Perú

2022

Referencia:

Suárez, P. (2022). *Intervención cognitivo conductual en el caso de una mujer joven con depresión*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5919>



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

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

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



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL CASO DE UNA MUJER

JOVEN CON DEPRESIÓN

Línea de investigación:

Salud mental

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

Cognitiva Conductual

Autor:

Suárez Villalta, Pablo Francisco

Asesor:

Injante Mendoza, Raúl

(ORCID: 0000-0002-5016-4340)

Jurado:

Olga Ramírez Magallanes

David Carlos Ventura

Ana María Mendoza La Rosa

Lima- Perú

2022

DEDICATORIA

A mis padres Alfredo Suárez Gordillo e Inés Villalta Paucar por brindarme amor, escucha, esquemas de vida y modelos a seguir; por compartirme sus conocimientos y experiencias, y por motivarme a crecer.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por darme la oportunidad de vivir.

A los Docentes de la Facultad de Psicología por compartir sus conocimientos y al asesor Mg. Raúl Injante Mendoza por su apoyo.

Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice	iv
Lista de tablas	viii
Lista de figuras	x
Resumen	xi
Abstract	xii
I. Introducción	13
1.1. Descripción del problema	16
1.2. Antecedentes	17
1.2.1. Antecedentes Nacionales	17
1.2.2. Antecedentes Internacionales	20
1.2.3. Fundamentación Teórica	25
1.2.3.1. Depresión.	26
1.2.3.2. Depresión y clasificación nosográfica.	26
1.2.3.3. Modelos explicativos de la depresión.	28
1.2.3.4. Terapia cognitivo conductual.	29
1.2.3.5. Definición de terapia cognitiva.	30
1.2.3.6. Modelo cognitivo de la depresión.	32
1.2.3.7. Conceptualización cognitiva de la depresión.	34
1.2.3.8. Eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual.	35
1.3. Objetivos	36

	5
1.3.1. General	36
1.3.2. Específicos	36
1.4. Justificación	37
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	38
II. Metodología	40
2.1. Tipo y diseño de Investigación	40
2.2. Ámbito temporal y espacial	41
2.3. Variables de Investigación	41
2.3.1. Variable independiente	41
2.3.2. Variable dependiente	42
2.4. Participante	42
2.5. Técnicas e instrumentos	42
2.5.1. Técnicas	43
2.5.1.1. Técnicas de evaluación.	43
2.5.1.2. Técnicas conductuales.	44
2.5.1.3. Técnicas cognitivas.	46
2.5.2. Instrumentos	51
2.5.2.1. Test de Factor “g” Escala 2, 11ª edición (R.B. Cattell y A.K.S. Cattell, 2009).	51
2.5.2.2. Inventario de Depresión de Beck II Segunda edición (BDI-II; Beck et al., 2006).	51
2.5.2.3. Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA; Ruiz y Lujan, 1991).	52

2.5.2.4. Inventario de personalidad – Eysenck Forma B para adultos (EPI).	52
2.5.2.5. Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III; Th.Millon et al., 2007).	53
2.5.2.6. Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith para Adultos.	54
2.5.3. Evaluación psicológica	54
2.5.3.1 Historia Psicológica.	54
2.5.4. Evaluación Psicométrica	67
2.5.4.1. Informe del Test de Factor “g” Escala 2, 11ª edición (R.B. Cattell y A.K.S. Cattell, 2009).	67
2.5.4.2. Informe del Inventario de Depresión de Beck II Segunda edición (BDI-II; Beck et al., 2006).	68
2.5.4.3. Informe del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA; Ruiz y Lujan, 1991).	70
2.5.4.4. Informe del Inventario de Personalidad Eysenck Forma B- para Adultos (EPI).	73
2.5.4.5. Informe del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III; Th.Millon et al., 2007).	74
2.5.4.6. Informe del Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith para adultos.	77
2.5.5. Informe Psicológico integrador	79
2.6. Intervención	90
2.6.1. Plan de intervención y calendarización	90

2.6.2. Programa de intervención	92
2.7. Procedimiento	99
2.8. Consideraciones éticas	119
III. Resultados	120
3.1. Análisis de resultados	120
3.2. Discusión de Resultados	124
3.3. Seguimiento	129
IV. Conclusiones	130
V. Recomendaciones	131
VI. Referencias	132

Lista de tablas

Tabla 1 Simbología de los diseños experimentales y sus significados en el presente Estudio	40
Tabla 2 Resultados del Test de Factor “g” Escala 2, 11ª edición (R.B. Cattell y A.K.S. Cattell, 2009)	67
Tabla 3 Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA; Ruiz y Lujan, 1991)	71
Tabla 4 Resultados del Inventario de Personalidad Eysenck Forma B- para Adultos (EPI)	73
Tabla 5 Resultados del Informe del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMII-III; Th.Millon et al., 2007)	75
Tabla 6 Resultados del Inventario de autoestima de Stanley Coopersmith versión adultos	78
Tabla 7 Análisis cognitivo de los síntomas depresivos	83
Tabla 8 Lista de conductas en exceso, debilitamiento y déficit	85
Tabla 9 Registro de línea base de la semana 1(Pensamientos)	89
Tabla 10 Registro de línea base de la semana 1(emociones)	89
Tabla 11 Plan de intervención y calendarización	90
Tabla 12 Programa de intervención	93
Tabla 13 Sesión número 1	99
Tabla 14 Sesión número 2	100
Tabla 15 Sesión número 3	101
Tabla 16 Sesión número 4	102

Tabla 17 Sesión número 5	104
Tabla 18 Sesión número 6	106
Tabla 19 Sesión número 7	107
Tabla 20 Sesión número 8	108
Tabla 21 Sesión número 9	110
Tabla 22 Sesión número 10	111
Tabla 23 Sesión número 11	113
Tabla 24 Sesión número 12	114
Tabla 25 Sesión número 13	115
Tabla 26 Sesión número 14	116
Tabla 27 Sesión número 15	118
Tabla 28 Comparación entre los registros de línea base (cogniciones) de la semana 1 y la semana 16	122
Tabla 29 Comparación entre los registros de línea base (emociones) de la semana 1 y la semana 16	123

Lista de figuras

Figura 1 Diagrama de conceptualización según el modelo cognitivo (parte 1)	87
Figura 2 Diagrama de conceptualización según el modelo cognitivo (parte 2)	88
Figura 3 Comparación entre los resultados de la preprueba y posprueba según el Inventario de Pensamientos automáticos (IPA; Ruiz y Lujan, 1991)	120
Figura 4 Comparación entre los resultados de la preprueba y posprueba según el Inventario de Depresión de Beck II Segunda edición (BDI-II; Beck et al., 2006)	121

Resumen

Se presenta el caso de una mujer joven con sintomatología depresiva en un nivel moderado, y se interviene mediante un programa de terapia cognitiva conductual bajo la conceptualización cognitiva; la investigación es experimental de tipo preexperimental con diseño preprueba/posprueba, y la consultante fue una mujer joven de 25 años que reside en Lima, Perú. El objetivo general fue disminuir los síntomas depresivos mediante la reestructuración de los pensamientos automáticos y la atenuación de las creencias. En la fase de evaluación se utilizaron técnicas de observación, entrevista e instrumentos psicológicos; mientras que en la fase de intervención se emplearon técnicas cognitivo conductuales. Se concluyó que se alcanzaron los objetivos, y en la evaluación de posprueba se comprobó la disminución de los síntomas que afectaban la funcionalidad de la paciente.

Palabras clave: Depresión, Terapia cognitivo conductual, Terapia cognitiva

Abstract

The case of a young woman with depressive symptomatology at a moderate level is presented, and she is intervened through a cognitive behavioral therapy program under the cognitive conceptualization; the research is experimental of a pre-experimental type with a pre-test/post-test design, and the consultant was a 25-year-old young woman who resides in Lima, Peru. The overall goal was to decrease depressive symptoms by restructuring automatic thoughts and attenuating beliefs. In the evaluation phase, observation techniques, interviews and psychological instruments were used; while in the intervention phase cognitive behavioral techniques were used. It was concluded that the objectives were achieved, and in the post-test evaluation, the decrease in symptoms that affected the functionality of the patient was confirmed.

Keywords: Depression, cognitive behavioral therapy, cognitive therapy

I. Introducción

La salud mental es un aspecto esencial en la calidad de vida, ya que influye en diversas dimensiones del funcionamiento integral del individuo.

Las consecuencias relacionadas a no gozar de un adecuado nivel de salud mental son perjudiciales en el nivel de adaptación, y también podrían afectar la dimensión física. Así, la Organización Mundial de la Salud (2013) resalta que las poblaciones que padecen de trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de mortalidad y discapacidad. Por ejemplo, las personas con depresión mayor o esquizofrenia presentan mayor probabilidad de muerte prematura que la población general (un 40% a 60%) a causa de los daños en la salud física que no suelen ser atendidos (por ejemplo, diabetes, enfermedades cardiovasculares, infección por VIH, y cánceres) y al suicidio. Es importante resaltar que, a nivel mundial, el suicidio es la segunda causa más frecuente de fallecimiento en los jóvenes.

Asimismo, en nuestro país, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades evaluó durante el año 2016 las causas de años de vida saludables perdidos (AVISA) por categorías de diversas enfermedades y encontró que los trastornos mentales y del comportamiento ocuparon el primer lugar, produciendo 668 114 años perdidos (12.7% del total), que representa una razón de 21.2 por mil habitantes (Ministerio de Salud [MINSAL], 2018).

Diversas poblaciones, en diferentes etapas evolutivas pueden verse afectadas a causa de los trastornos mentales, por ejemplo, según los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) un 20% de los adultos y adultos mayores sufre de un trastorno mental, especialmente por depresión, trastornos de ansiedad, consumo perjudicial, abuso y dependencia al alcohol; por otro lado, el 20% de niños y niñas presentan trastornos de conducta y de las emociones (MINSAL, 2020). Martina et al. (2017) estimaron un 14 % de prevalencia de

depresión en la población peruana adulta mayor, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2015.

Pero, a pesar que los servicios brindados en el área de salud mental han mejorado, aún encontramos factores que impiden intervenciones eficaces para mitigar el problema. Así, la OMS (2021) señala que entre los obstáculos que no facilitan una atención adecuada se hallan la falta de recursos y de proveedores de atención de salud con las capacitaciones requeridas, y la estigmatización asociada a los trastornos mentales. En países de distintos tipos de ingresos, los individuos que experimentan depresión a menudo no se les asigna un diagnóstico correcto, mientras que otros que en realidad no presentan sintomatología son a menudo diagnosticados erróneamente y tratados con medicación. Por otro lado, Evans et al. (2017) manifiestan la discrepancia entre el número de personas que necesitan intervenciones para los trastornos mentales y la cantidad de gente que es atendida, siendo este evento conocido como la brecha del tratamiento en salud mental, que representa un gran desafío de salud pública.

Uno de los trastornos mentales más comunes es la depresión (Hofmann, 2017). Los trastornos depresivos se caracterizan por la aparición de síntomas de tristeza, sentimientos de culpa o baja autoestima, pérdida de interés o placer, trastornos del sueño o del apetito, falta de concentración y sensación de cansancio. Puede ser de larga duración o recurrente, afectando primordialmente la capacidad para alcanzar un adecuado rendimiento en el ámbito laboral o académico o para afrontar la vida cotidiana. En su forma severa, puede llevar al suicidio. Además, incluye dos subcategorías principales; perteneciendo a la primera, El trastorno depresivo mayor / episodio depresivo, que incluye síntomas como el estado de ánimo deprimido, pérdida del interés y el disfrute, y disminución de la energía; también, dependiendo del número y la gravedad de los síntomas, puede clasificarse como leve, moderado o grave. La otra subcategoría es la distimia, una

forma persistente o crónica de depresión leve, en la que los síntomas son similares a los de un episodio depresivo, pero que tienden a ser menos intensos y a durar más en el tiempo. El año 2017, se estimó que el número total de personas que viven con depresión en el mundo es de 322 millones. Casi la mitad de esta población vive en la Región de Asia Sudoriental y la Región del Pacífico Occidental, reflejando a las poblaciones relativamente más grandes de esas dos Regiones (World Health Organization [WHO], 2017).

La psicoterapia se podría incluir dentro de las intervenciones clínicas para tratar la depresión. La psicoterapia (individual, grupal y de pareja / familiar) es una práctica diseñada para apoyar la salud mental de las personas mediante la aplicación de varios métodos distintos. Existen muchos tipos de psicoterapia disponibles, que se diferencian en sus procedimientos y suposiciones. Algunos tratamientos están basados en evidencia de investigaciones y estudios (Práctica basada en evidencia), mientras que otros son difíciles de examinar de forma empírica y sus bases parten de los modelos teóricos de la naturaleza humana. Los tratamientos pueden demostrar variación en respuesta al “cliente”, que puede ser una sola persona, una pareja, una familia o un grupo de individuos que comparten las mismas problemáticas (Hofmann, 2017).

Entre las diversas intervenciones psicoterapéuticas que hasta la actualidad se han desarrollado para tratar la depresión, se incluyen los enfoques cognitivo-conductuales, interpersonales, psicodinámicos y humanistas (Barth et al, 2013).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una de las intervenciones psicológicas que presenta mayor evidencia para el tratamiento de varios trastornos psiquiátricos como la depresión, el trastorno somatomorfo, los trastornos de ansiedad y el trastorno por uso de sustancias. Su utilización se ha extendido recientemente a los trastornos psicóticos, la medicina del

comportamiento, la discordia marital, los eventos de vida estresantes y muchas otras condiciones que suelen tratarse en el área clínica (Gautam et al, 2020).

Por todo lo descrito, se ha decidido presentar un caso único de una mujer con depresión nivel moderado incluyendo las técnicas cognitivo-conductuales como parte de un programa de tratamiento en el que se conceptualiza el problema según el modelo cognitivo, para lograr la disminución de los síntomas depresivos y demostrar la eficacia de los procedimientos.

1.1. Descripción del Problema

Los trastornos depresivos se incluyen entre los trastornos que mayormente se presentan en la población, razón por la cual muchas personas solicitan ayuda a los profesionales de la salud mental o a los profesionales médicos. Esto demuestra la gran cantidad de individuos que sufren esta patología, así como los niveles altos de afectación derivadas de ella. Incluso, la depresión comprende la principal causa de muerte por suicidio, estimándose que el riesgo es al menos 30 veces más en las personas que sufren un trastorno del estado de ánimo que en la población general (Ortiz et al, 2019).

Entre los trastornos mentales, la depresión es la condición con mayor prevalencia en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (Díez-Canseco, et al., 2014). El año 2015 se encontró que el 44,2% de los usuarios que acudieron a atenderse debido a problemas físicos en los principales establecimientos de salud del Ministerio de Salud presentaron algún trastorno mental alguna vez en su vida, y el 12,2% lo evidenció al momento de acudir para recibir atención por problemas físicos. En ese mismo estudio, se detectó mayor frecuencia de los trastornos depresivos, seguidos de los trastornos de ansiedad y del abuso/dependencia a drogas. Además, los indicadores muestran una mayor afectación de la salud mental en el sexo femenino en comparación con el sexo masculino en los hospitales regionales (INSM, 2019).

Otros estudios nacionales también demuestran los efectos negativos de la depresión, según el análisis por subcategorías de enfermedades la primera causa de AVISA en las personas de 15 a 44 años fue la depresión unipolar con una razón de 11.6 por mil; además, un análisis por categorías de enfermedades indicó que los trastornos mentales y del comportamiento constituyeron la primera causa de carga de enfermedad en mujeres, determinando que se pierden 19.4 años por cada mil mujeres (MINSA, 2016).

Todo lo indicado señala la importancia de evidenciar la eficacia de los procedimientos psicológicos con los que se cuenta para resolver este problema. Es por ello que en este estudio se presenta la intervención cognitiva conductual para atender el caso de una mujer con depresión.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

Calderón (2020) presenta la intervención en el caso de una mujer adulta con Depresión moderada, a través de la terapia cognitivo conductual. Se desarrolló una investigación aplicada en la ciudad de Lima (Perú), con diseño de caso único y bicondicional ABA, siendo la clienta una mujer adulta de 29 años. El objetivo del estudio fue disminuir la sintomatología depresiva mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual y lograr el desarrollo integral en los aspectos personales, familiares y laborales. La evaluación se realizó a través del Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Personalidad de Eysenck, el Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon, la entrevista y la observación psicológica; y para la intervención se utilizaron las técnicas de encuadre terapéutico, psicoeducación, entrenamiento en la técnica de relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, visualización, entrenamiento en solución de problemas, técnica de la flecha descendente, asignación y elección de tareas graduadas, auto instrucciones, autorregistros, termómetro del estado de ánimo, técnica de reatribución,

autoreforzamiento, detención del pensamiento, técnica de control encubierto, programación de actividades, técnica de dominio y agrado, y reestructuración cognitiva. Los resultados alcanzados en la evaluación post test indicaron la disminución de los síntomas depresivos, demostrando la eficacia de la terapia cognitivo conductual para tratar la depresión.

Huaynates (2019) desarrolló un programa según el enfoque de la terapia cognitivo conductual en una mujer adulta que presentó sintomatología depresiva, en la ciudad de Lima (Perú). Se emplea el diseño univariable multicondicional ABA, siendo la paciente una mujer de 40 años, que padecía depresión a un nivel moderado con pensamientos y sentimientos de culpa a raíz de la muerte de su hermana. El objetivo del estudio de caso fue disminuir la sintomatología depresiva de la clienta a través de la intervención cognitivo conductual. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron la entrevista, la observación, la definición de la línea base, los auto registros, el análisis funcional y cognitivo, el Inventario de depresión de Beck, Inventario de Personalidad de Eysenck – Forma B y el Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon ; en cuanto a las técnicas de intervención, se usaron el contrato terapéutico, el encuadre terapéutico, la psicoeducación, técnicas de relajación, auto instrucciones, comprobación de hipótesis, respuestas alternativas, control de estímulo, actividades distractoras, biblioterapia, activación conductual y reestructuración cognitiva. Se alcanzó una disminución del nivel de depresión, se redujeron los pensamientos, emociones y comportamientos negativos, y se demostró la eficacia de las técnicas empleadas.

En la ciudad de Lima (Perú), Sánchez (2019) aplicó un programa de Terapia cognitiva conductual para un caso de depresión moderada en una paciente adolescente con rasgos de personalidad esquizoide. Se empleó el diseño de estudio de caso y se ejecutaron aproximadamente 18 sesiones (en las cuales 15 eran de tratamiento y 3 de seguimiento) realizadas una vez por semana

y con 45 minutos de duración cada una. La paciente fue una mujer adolescente de 14 años. El objetivo del estudio fue mejorar el estado afectivo de la clienta mediante la identificación y modificación de sus pensamientos distorsionados, y el aprendizaje de habilidades sociales para lograr una mejor adaptación en su ámbito familiar, social, académico y personal. Para el proceso de evaluación se empleó la observación, el registro, Cuestionario de Depresión Infantil, la Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad y el Inventario Clínico de Millon para Adolescentes (MACI); para el proceso de intervención se usó la técnica de columnas paralelas, el diálogo expositivo, la Alianza terapéutica, Psicoeducación, la escucha activa, la reestructuración cognitiva, la flecha descendente, técnica de retribución, técnicas de respiración, role playing, modelado, la técnica de programación de actividades, la técnica de dominio y agrado, y la técnica de solución de problemas. Al finalizar el tratamiento, se lograron los objetivos planteados y se demostró la eficacia de los componentes incluidos para su ejecución.

Céspedes (2017) aplicó un Programa de Terapia Cognitiva-Conductual en un grupo de adolescentes y jóvenes estudiantes de la Universidad San Juan Bautista, ubicada en Lima, Perú. El diseño de investigación elegido fue el experimental, de tipo preexperimental, con pretest y posttest en un solo grupo. La población estuvo compuesta por 120 adolescentes y jóvenes que cursaban el primer y segundo ciclo de estudios en la Escuela de Psicología; y la muestra de 60 alumnos fue seleccionada con la técnica de muestreo no probabilístico de tipo intencional. El objetivo de la investigación fue determinar la influencia del Programa de Terapia Cognitiva-Conductual de 13 sesiones en los síntomas depresivos del grupo de estudio y mejorar de forma sustantiva su calidad de vida personal y académica. Se empleó el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) como instrumento de investigación. Se concluyó que hubo una reducción significativa de los síntomas

de la depresión luego de la ejecución del Programa, y los síntomas cognitivo-afectivos y somáticos fueron reducidos.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

En España, Lacomba et al. (2021) desarrollaron un programa de intervención multicomponente para mujeres con Trastorno Depresivo Persistente, que integró aspectos cognitivo-conductuales, técnicas basadas en la autocompasión, la atención plena y la perspectiva de género. Se eligió la metodología de intervención grupal para realizar 12 sesiones semanales y grupales de 1.5 horas con un formato semiestructurado que permitía la participación de las pacientes. Participaron 6 mujeres que tenían entre 43 y 61 años, y un 66.70% tomaba tratamiento farmacológico que consistía en un ansiolítico y un antidepresivo; además, recibían este tratamiento farmacológico desde hace casi tres años y también estaban en tratamiento psicológico individual de forma coadyuvante desde hace 4 a 55 meses. El objetivo fue evaluar la eficacia de un programa de intervención grupal multicomponente. Para recoger información sobre las variables psicológicas se utilizó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger et al., 1982), Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II; Sanz et al., 2003), Escala de Satisfacción Vital (SWLS; Diener et al., 1985; adaptación al español de Vázquez et al., 2013); y para el proceso de intervención se usaron las técnicas de Psicoeducación, detección de pensamientos negativos, juego de roles, role- playing, Entrenamiento en técnicas asertivas, desarrollo de habilidades sociales, ejercicios de autocompasión, Defusión cognitiva y Mindfulness. Los datos confirman que las intervenciones grupales multicomponente se muestran útiles para la reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva y el aumento de la satisfacción vital.

En Medellín (Colombia), Betancur (2020) realizó un programa de intervención cognitivo conductual bajo el modelo cognitivo para intervenir en una paciente con trastorno depresivo persistente. Para el desarrollo se eligió la metodología de estudio de caso único, y la paciente fue una mujer de 32 años, residente de la ciudad de Medellín, estudiante de psicología. El objetivo fue analizar por medio de un estudio de caso único, la intervención realizada en una paciente, con diagnóstico de trastorno depresivo persistente, usando el modelo cognitivo para el proceso de formulación, planificación, selección y ejecución de técnicas cognitivo conductuales. Dentro de la evaluación, se utilizó el Inventario de depresión de Beck segunda edición, BDI II (1987), El inventario de ansiedad de Beck BAI, y el inventario de personalidad para el DSM 5 (5 PID 5); y para intervenir se aplicaron las siguientes técnicas: safety plan, las técnicas de actividades diarias y de dominio y agrado, reestructuración cognitiva, técnica de relajación, y asignación de tareas. Los resultados demuestran que este tipo de terapia es eficaz para pacientes con este diagnóstico y que desde la primera sesión se observaron resultados beneficiosos para la paciente.

En Colombia, Berrío (2019) desarrolló un estudio de caso único en el que aplicó una intervención de terapia cognitiva (TC) con entrega virtual en una paciente de 31 años con trastorno depresivo persistente. La autora realizó un estudio de tipo experimental de caso único, prospectivo y longitudinal, con alcance explicativo, y con un diseño de investigación de series temporales interrumpidas. La clienta fue una mujer de 31 años, que cursaba el semestre 7 de psicología, quien residía en Miami desde hace un año con su novio estadounidense. El objetivo del estudio fue demostrar la efectividad de una intervención con terapia cognitiva entregada por internet (TCCI), en una paciente con trastorno depresivo persistente. Entre los instrumentos de evaluación utilizados se incluye el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) para extraer una medida de la

presencia y de la gravedad de la depresión; y el Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9) para evaluar la intensidad de los síntomas depresivos en los últimos siete días. Después de 13 sesiones, se evidencia una reducción significativa de las puntuaciones de depresión en la paciente.

En España, Luis- Pascual (2019) ejecutó un programa de práctica estandarizada de Mindfulness basado en la terapia cognitiva de ocho semanas, llevado a cabo en la Universidad de Alcalá. En este estudio piloto se utilizó un diseño no aleatorizado descriptivo correlacional de grupo único, con una valoración pre-test, pos-test (finalización) y pos-test (seguimiento tres meses después de la finalización), en la que se llevó a cabo una actividad formativa grupal de ocho sesiones, desarrolladas periódicamente un día a la semana con una duración de 2 horas y 30 minutos. Empezaron el curso 12 participantes no clínicos (10 mujeres y 2 hombres) y en el transcurso 1 persona abandonó la investigación. La media de edad se encontró en una horquilla que comprendió desde los 41 años hasta los 50. El objetivo del estudio consistió en comprobar el impacto y la duración de los efectos del mindfulness de un curso estándar con un Programa MBCT realizado en ocho semanas. Se aplicó el cuestionario de atención plena de cinco facetas (FFMQ) validado al español. Al concluir el estudio se aprecia una mejora de la puntuación general al comparar el pre-test y el pos-test, y se mantienen los efectos obtenidos a los tres meses de haber finalizado el Programa de intervención MBCT.

En Chile, Acebedo y Gélvez (2018) ejecutaron un proceso de intervención psicológica, desde el enfoque cognitivo-conductual en una mujer con trastorno depresivo persistente. Se trabajó siguiendo la metodología de estudio de caso, cuyo propósito principal fue investigar las particularidades y la naturaleza de un tema específico. La consultante fue una mujer de 35 años, con diagnóstico de trastorno depresivo persistente, con una escolaridad de nivel técnico, estado civil casada, y madre de 2 hijos; residente en un municipio del área metropolitana de Bucaramanga

(Santander). El estudio se realizó para corroborar las técnicas que han sido investigadas en diversos artículos y fortalecer los procesos de intervención psicológicos. Las pruebas psicométricas utilizadas fueron el Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Se concluyó que la terapia cognitiva, resulta ser efectiva en el tratamiento del trastorno depresivo persistente, logrando una reducción notable de los síntomas manifestados por el consultante, y llegando a aumentar su bienestar psicológico.

En Colombia, Zuluaga (2018) desarrolló un tratamiento de terapia cognitiva conductual a una paciente con trastorno de personalidad dependiente y un trastorno mixto de ansiedad y depresión. Se usó la metodología de caso clínico único y el cliente fue un hombre de 21 años, soltero, residente de Chinchiná, quien residía con ambos padres. El propósito de la investigación fue analizar y entender cómo una paciente con los diagnósticos descritos evoluciona a partir de un tratamiento con terapia cognitivo-conductual. Para el proceso de evaluación se aplicó el cuestionario internacional de los trastornos de la personalidad IPDE-DSM IV y el inventario de Ansiedad de Beck. Para el proceso de intervención terapéutica se utilizaron la psico-educación en ansiedad y depresión, la activación conductual, la técnica de dominio y agrado, las técnicas de respiración y relajación, la asignación de tareas graduales, la re-estructuración cognitiva, el diálogo socrático, la identificación de distorsiones cognitivas, la exploración de ventajas y desventajas de la toma de decisiones, las técnicas de imaginación, la exposición gradual, el entrenamiento en asertividad, el entrenamiento en toma de decisiones, el formulario para toma de decisiones, los ensayos conductuales, las predicciones e interpretaciones catastróficas de pequeños errores, la biblioterapia, los ensayos conductuales, las tarjetas de apoyo, las dramatizaciones, el entrenamiento en habilidades sociales, la jerarquía de los comportamientos asertivos e independientes que producen malestar para afrontarlos paulativamente, tareas de auto prohibición,

la comprobación histórica de la creencia, la revisión de la evidencia que contradice la creencia, la exploración de ventajas y desventaja de la creencia, la puesta en prueba de la validez de las creencias y la construcción de creencias adaptativas, la dramatización racional emotiva, los ensayos conductuales, la re-estructuración de recuerdos tempranos, la carta no enviada al niño interior, y las cartas a los padres y hermanos. Se alcanzaron los objetivos planteados; además se contribuyó a estabilizar adecuadamente el estado anímico del paciente y se possibilitó la modificación de la creencia central.

En Colombia, Quiroga (2017) ejecutó un programa compuesto de técnicas cognitiva conductuales para atender el caso de una adolescente víctima de abuso sexual con trastorno depresivo moderado. En cuanto a la metodología, se empleó un estudio de caso, y la paciente fue una mujer de 15 años. El objetivo principal fue implementar técnicas cognitivo conductuales para mejorar el bienestar y la funcionalidad de la cliente; además, se consideraron como referentes más importantes los aportes de Beck, Rush y Shaw. Para la evaluación se utilizó el BDI II, 16PF-5, YSQ-SF y el inventario de pensamientos automáticos; y para la intervención se aplicó la programación de actividades graduales, actividades de agrado, contrato terapéutico, análisis en cadena, psicoeducación, inoculación del estrés, metáforas, dialogo socrático, experimentos personales, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, Role playing, técnicas de respiración, detención de pensamiento, y contrato terapéutico. Al finalizar, se logró profundizar en la estructura cognitiva subyacente al trastorno depresivo; la paciente logró reconocer la influencia de las cogniciones en sus emociones, comprendió su vulnerabilidad hacia la depresión, logró flexibilizar esquemas, logró el control de sus pensamientos y reconoció la influencia de sus mecanismos de afrontamiento sobre su conducta, mejorando la proactividad.

En España, Sales et al (2015) aplicaron una terapia de reestructuración cognitiva en ancianos deprimidos institucionalizados sin deterioro cognitivo. Se desarrolló un estudio experimental aleatorizado con dos grupos de análisis, un grupo experimental (n = 4) y un grupo control (n = 4), los cuales fueron evaluados en dos periodos de tiempo diferentes (pre y post tratamiento), y la muestra total estaba compuesta de ocho sujetos de una residencia de mayores de Mahora (Albacete), de edades comprendidas entre 85 y 93 años, situándose la media de edad del grupo en 89 años. El objetivo principal de este estudio fue comprobar la efectividad de una terapia de reestructuración cognitiva en la sintomatología depresiva, así como en diferentes variables clínicas, en personas mayores deprimidas e institucionalizadas, sin deterioro cognitivo. Los instrumentos empleados fueron el Mini Examen Cognoscitivo (MEC; Lobo et al., 2002) para descartar un posible deterioro cognitivo; el Índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965) para evaluar la existencia de dependencia física; Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS; Lovibond y Lovibond, 1995) para evaluar otras variables existentes; Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS; Yesavage et al, 1983) para evaluar síntomas depresivos en la población de la muestra; la Escala de Autoestima (SES; Rosenberg, 1965) para brindar una medición unidimensional de la autoestima; la Escala de Satisfacción de Filadelfia (PGC) diseñada por Lawton en 1972 (Lawton, 1975) para evaluar la satisfacción vital; Cuestionario Brief Resilient Coping Scale (BRCS; Sinclair y Wallston, 2004) para definir el nivel de resiliencia; y el Cuestionario MOS de Apoyo Social (MOS; Sherbourne y Stewart, 1991) para definir el apoyo social recibido. Los resultados encontrados, demostraron resultados positivos de esta terapia para reducir los síntomas en ancianos deprimidos institucionalizados sin deterioro cognitivo, así como en la mejora de las diferentes variables consideradas.

1.2.3. Fundamentación Teórica

1.2.3.1. Depresión. La depresión es un término amplio que es usado para poder describir una variedad de experiencias, síntomas y emociones. Se encuentran asociadas a este concepto las conductas de evitación para las actividades agradables y la ausencia de motivación. Al experimentarlas, a veces, incluso las actividades rutinarias son difíciles de seguir, tales como ir al trabajo, pagar facturas, cuidar la higiene individual, levantarse de la cama o salir del domicilio; asimismo, los patrones de sueño pueden verse alterados. Un individuo deprimido podría despertarse demasiado temprano, presentar dificultades para conciliar el sueño o despertarse en medio de la noche. El acto sexual puede volverse un aspecto poco interesante y puede llegar a evitarse. Además, el apetito podría disminuir y provocar una pérdida de peso no deseada, o podría aumentarse y causar un aumento de peso. Existen varios tipos de depresión y cada una es diferente a las demás en formas sutiles. Los diferentes nombres que se utilizan a menudo revelan la gravedad o la duración de la dificultad (Gilson et al., 2009).

Entre las definiciones sucintas se encuentra la de Feixas y Compañ (2015) quienes mencionan que las personas con depresión se caracterizan por demostrar tristeza a nivel afectivo, desesperanza a nivel cognitivo, inhibición a nivel psicomotor e hipoactividad a nivel conductual.

1.2.3.2. Depresión y clasificación Nosográfica. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Quinta edición (DSM-5) (Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos [APA], 2014), dentro de los trastornos depresivos que afectan a los adultos, se incluyen el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluyendo el episodio de depresión mayor), el trastorno depresivo persistente o distimia, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por alguna sustancia o medicación, el trastorno depresivo debido a otra condición médica, otros trastornos depresivos especificados y los trastornos depresivos no especificados.

Según el mismo DSM-5 para el trastorno de depresión mayor deben cumplirse cinco criterios. El primero es el criterio A, que indica que deben estar presentes 5 o más de los siguientes síntomas (siendo al menos uno de ellos el punto uno o el punto dos) durante al menos 2 semanas:

- 1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días según el relato subjetivo o por observaciones ajenas,
- 2) Marcada disminución del interés o el placer por todas (o casi todas) las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días (según refiere el paciente o según lo describen terceros),
- 3) Pérdida o aumento significativo del peso,
- 4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días,
- 5) Retraso o agitación psicomotora, casi todos los días (observado por otro, no sólo percibido por el paciente),
- 6) Fatiga o pérdida de energía, casi todos los días,
- 7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva e inapropiada (que puede llegar a ser delirante) casi todos los días (no simplemente autoreproches o culpabilidad por estar enfermo),
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o para concentrarse o para tomar decisiones, casi todos los días (expresada por el consultante o por otras personas), y
- 9) Recurrentes pensamientos de muerte (no sólo miedo a la muerte), ideación suicida recurrente, sin un plan específico, intento de suicidio o un plan determinado para consumarlo.

El segundo criterio es el criterio B, que indica que los síntomas producen malestar significativo o deterioro en el ámbito social, laboral, o en alguna otra área del funcionamiento personal. El tercer criterio (C) menciona que el episodio depresivo no es atribuible por efectos en un nivel fisiológico a causa de una sustancia o afección médica. El penúltimo criterio (D) señala que no puede ser explicado por otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Por último, el criterio E, resalta que el paciente nunca ha presentado un episodio maniaco o hipomaniaco (a excepción de los inducidos por sustancias o a los causados por efectos fisiológicos o afección médica) (APA, 2014).

En cuanto a lo establecido en la Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10 (WHO, 2000) existen pocas diferencias respecto a los criterios ya descritos para el diagnóstico del “episodio depresivo”. Así, estas se reducen al añadido de un síntoma más a los nueve especificados en el DSM-5 (APA,2014), siendo la pérdida de autoestima un síntoma que debe diferenciarse de los sentimientos excesivos e inapropiados de culpabilidad que figuran en este último manual. Otra distinción es que, en el CIE-10 para los episodios depresivos de niveles leves y moderados, se exige dos de los tres síntomas considerados básicos que incluye el estado de ánimo depresivo, la pérdida de energía y la pérdida de interés; y para el episodio grave, se consideran los tres síntomas.

1.2.3.3. Modelos Explicativos de la depresión. Desde el planteamiento sostenido por la terapia de conducta, el aspecto central que ayuda a explicar la depresión es el grado en el que se encuentra la persona entre los polos de satisfacción e insatisfacción con respecto a las actividades que realiza y sus planes personales. En caso que un individuo alcance altos niveles de satisfacción en sus diversas áreas de actividad se sentirá bien emocionalmente, y mantendrá conservada los niveles de autoestima y de competencia, también mostrará un adecuado nivel de actividad. Pero, en una situación contraria, en la que hay predominancia de la insatisfacción, se reducirá el nivel de actividad, la autoestima se verá afectada y habrá cambios negativos en el área emocional y fisiológica. Desde esta perspectiva teórica, también se toman en cuenta aspectos distintos que afectan el proceso de satisfacción e insatisfacción (la cantidad del estímulo, la capacidad de este para reforzar, la competencia del individuo para acceder a ellos, y la cualidad de positivo percibida por el sujeto). Todos estos han sido tratados desde distintos enfoques teóricos que no muestran contradicción, más bien podrían solaparse, complementarse y tener sentido desde una perspectiva aplicada y teórica (Vallejo y Comeche, 2016).

En lo concerniente a esos aspectos teóricos estudiados, Caballo et al. (2014) resaltan que, desde la perspectiva conductual, se han propuesto diversas teorías que parten de lo expuesto por Skinner (1953) y Fester (1965 y 1973) sosteniendo que una conducta desaparece ante la ausencia de reforzamiento. Así, Lewinsohn y colaboradores (1974) desde su modelo plantean que lo importante no sólo es la ausencia del estímulo, sino la no contingencia de estos o la pérdida de efectividad. Por otro lado, se encuentran los modelos o teorías cognitivas que se centran en la presencia o alteración de las cogniciones que causan la depresión; siendo las más importantes la desarrollada por Beck (1967, 1987) y Seligman (1975). Sin embargo, se enfatiza que, debido a la complejidad de la naturaleza de los trastornos depresivos es difícil explicar la etiología de cada caso particular a partir de un único factor.

1.2.3.4. Terapia cognitiva conductual. Labrador (2013) sostiene que, en el desarrollo de la modificación de conducta se pueden identificar diferentes orientaciones o corrientes fundamentales, con intereses específicos, determinado uso de técnicas y formas de intervención distintos, que a lo largo de la evolución de las Técnicas de modificación de conducta han proporcionado y defendido formas específicas de acción. Uno de ellos es la orientación cognitiva y /o cognitiva conductual, cuyas formas de tratamiento son diseñados para ayudar en la identificación, comprobación en la realidad y corrección de concepciones o creencias que son disfuncionales. Se brinda apoyo a los clientes para que reconozcan la conexión entre cogniciones, afectos y conductas, junto a las consecuencias y así hacer consciente el rol de las imágenes y pensamientos negativos que mantienen el problema que presenta. Es importante enfatizar que, aunque los mecanismos y procesos cognitivos sean un factor subyacente a los cambios conductuales, el objetivo esencial es modificar la conducta del sujeto (en sus formas encubierta o manifiesta), siendo el aspecto que determina el tratamiento a ejecutar.

Según Hayes et al. (1999, citado en Vallejo y Comeche, 2016) la terapia cognitivo-conductual (TCC) conforma la corriente dominante de la terapia de conducta desde fines de la década de 1970 hasta la llegada de las terapias de tercera generación, a fines de la década de 1990.

El enfoque cognitivo-conductual se basa más comúnmente en un modelo de diátesis-estrés, en el que se asume que los factores de vulnerabilidad de un individuo en conjunto con factores ambientales o estresantes particulares pueden llevar al desarrollo del trastorno. Desde esta perspectiva se hace una distinción crítica entre los factores iniciales (los factores que contribuyen al desarrollo de un problema) y los factores de mantenimiento (es decir, los factores que mantienen un problema) (Hofmann, 2011, citado en Hayes & Hofmann, 2018). Por lo general, estos dos conjuntos de factores típicamente no son los mismos. A diferencia de otros modelos teóricos de trastornos mentales, la TCC generalmente se preocupa más por los factores de mantenimiento porque son el objetivo en los tratamientos efectivos para las deficiencias presentes (Hayes & Hofmann, 2018).

Por otro lado, J. S. Beck (2021) menciona que “terapia cognitiva” es un término que a menudo se usa como sinónimo de TCC en gran parte de nuestro campo.

1.2.3.5. Definición de Terapia Cognitiva. La terapia cognitiva (TC) es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976). Sus cogniciones (“eventos” verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores (Beck et al., 2010).

La TC es una terapia de base empírica en la que las creencias y comportamientos desadaptativos de los individuos se prueban con su experiencia (Clark, 2020).

En términos breves, el modelo cognitivo propone que el pensamiento disfuncional (que influye en el estado de ánimo y el comportamiento del cliente) es común en todos los trastornos psicológicos. Pero, cuando las personas aprenden a evaluar su pensamiento de una manera más realista y adaptativa, experimentan una disminución de las emociones negativas y del comportamiento desadaptativo (J. S. Beck, 2021).

En lo concerniente a las estrategias utilizadas en la TC, Martell et al. (2013) indican que estas son polifacéticas e incluyen tres categorías principales: estrategias conductuales diseñadas para cambiar la manera en que los individuos actúan en diferentes situaciones, estrategias cognitivas diseñadas para cambiar la manera en que los individuos piensan sobre situaciones específicas, y estrategias cognitivas diseñadas para cambiar opiniones fundamentales y duraderas que las personas tienen sobre sí mismas, sobre su futuro y sobre el mundo. El enfoque concede una especial importancia a las estrategias cognitivas. Aunque el tratamiento de individuos con casos más graves de depresión pone énfasis en las estrategias conductuales, en la TC el objetivo es adoptar estrategias de cambio cognitivo.

Según Díaz et al. (2017) en la TC se utilizan como estrategias de intervención fundamentales el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis, para ayudar a las personas a aprender a identificar y contrastar sus pensamientos disfuncionales

La TC involucra el uso de técnicas cognitivas y conductuales, por ello etiquetarlo como cognitivo-conductual es adecuado; no obstante, en algunas de las publicaciones existentes se han utilizado ambos términos para describir los tratamientos de Beck y colaboradores, y algunos de esos artículos usan el rótulo de TC (Sacco y Beck, 1995, citado en Barlow, 2018).

1.2.3.6. Modelo cognitivo de la depresión. Beck et al. (2010) plantean que el modelo cognitivo propone tres conceptos para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

A. *La triada cognitiva.* Incluye la visión negativa hacia sí mismo, generando que el paciente atribuya las experiencias negativas a un defecto suyo, lo que hace que se perciba como inútil y carente de valor. Suele criticarse en base a esos defectos y piensa que no cuenta con los atributos para alcanzar la felicidad.

El segundo componente es la tendencia a interpretar de manera negativa sus vivencias. Experimenta que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables que impiden que alcance sus objetivos personales. Sumado a ello, interpreta estas vivencias como derrota y experimenta frustración.

El tercer componente es la visión negativa acerca del futuro. La persona depresiva anticipa que los obstáculos y problemas actuales continuarán cuando se enfrente a proyectos a largo plazo. Mantiene expectativas de fracaso frente a los retos inmediatos.

En relación al resto de síntomas y signos del síndrome depresivo, el modelo cognitivo los considera consecuencias de los patrones cognitivos negativos (los síntomas motivacionales, la poca fuerza de voluntad, los deseos de suicidio, la creciente dependencia, y los síntomas físicos).

B. *La organización estructural del pensamiento depresivo.* Alude a los esquemas, es decir, a los patrones cognitivos estables que explican por qué el paciente mantiene actitudes contraproducentes a pesar de la presencia de evidencias positivas o favorables. Estos conforman la base de la consistencia de las interpretaciones ante estímulos específicos que se incluyen en un conjunto de situaciones.

Determinados tipos de esquemas transforman los datos en cogniciones y constituyen la base para localizar, diferenciar, y codificar el estímulo que enfrenta el paciente. Un esquema puede

mantenerse inactivo durante extensos periodos de tiempo y activarse por estímulos ambientales determinados. Al hacerlo, llegan a determinar la manera de responder de la propia persona. Además, en estados psicopatológicos, las estructuraciones de las situaciones se distorsionan y se ajustan a los esquemas inadecuados.

Conforme estos esquemas inadecuados se hacen más activos, son evocados por mayor cantidad de estímulos con los que anteriormente no existía una relación lógica. El paciente pierde un notable control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y no puede recurrir a esquemas adecuados.

A medida que la depresión aumenta en gravedad el pensamiento se encuentra cada vez más dominado por las ideas negativas, aunque no haya conexión alguna entre las situaciones reales y sus interpretaciones.

C. Errores en el procesamiento de la información. Son errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del paciente deprimido y mantienen la creencia en la validez de los conceptos negativos.

En términos generales, este modelo nos ayuda a comprender cómo las personas logran prosperar, o estancarse, en términos de las creencias que tienen: sobre sí mismas, sobre otras personas y sobre su futuro (Beck et al., 2020).

El modelo inicial de Beck et al. (1979) se ha ido ampliando para incorporar la evidencia acumulada por la investigación acerca de otros factores cognitivos, como el papel de la rumiación, del estilo atribucional o de la autoestima (Vázquez et al., 2010, citado en Feixas y Compañ, 2015). Recientemente se ha agregado un enfoque de orientación a la recuperación en la Terapia cognitiva conductual tradicional, enfatizando los valores y aspiraciones, extrayendo conclusiones positivas

de sus actividades diarias y experimentando emociones positivas dentro y fuera de la sesión de terapia (J. S. Beck, 2021).

Asimismo, J. S. Beck (2021) sostiene que la forma de TCC derivada del modelo de Beck suele incorporar técnicas de otras terapias (por ejemplo, la Terapia Dialéctica Conductual, La Terapia Racional Emotiva Conductual y La Terapia de Aceptación y Compromiso), así como otras psicoterapias basadas en la evidencia, pero dentro de un marco cognitivo.

1.2.3.7. Conceptualización cognitiva de la depresión. Beck et al. (2019) postulan que se requiere una conceptualización cognitiva amplia y precisa para lograr diseñar un tratamiento efectivo. La conceptualización del caso se define como el recogimiento, síntesis e integración de los datos del paciente, que ayuden a crear hipótesis refutables acerca de la etiología y la intervención de las creencias desadaptativas y de otros síntomas que pueden ser formulados y comprobados.

Según Dobson y Dozois (2019) una teoría cognitiva de la depresión asume que la persona exhibe un procesamiento de información distorsionado, lo que resulta en una visión negativa constante de sí misma, del futuro y del mundo. Se presume que estos procesos y contenidos cognitivos subyacen a los síntomas conductuales, afectivos y motivacionales de la depresión. Para comprender la naturaleza de un episodio o perturbación emocional, el modelo cognitivo de los trastornos emocionales se centra en el contenido cognitivo de la reacción de una persona al evento perturbador o al flujo de pensamientos. El valor heurístico y terapéutico del modelo cognitivo radica en su énfasis en los eventos mentales de fácil acceso (preconscientes o conscientes) que los pacientes pueden aprender a informar. No depende de motivaciones inconscientes, cuya naturaleza en las terapias psicoanalíticas son determinadas por el terapeuta.

Newman y Beck (1990) sostiene que las personas deprimidas tienden a sesgar negativamente la información que procesan, y lo hacen en tres dominios: el yo, el mundo personal y el futuro, es decir la tríada cognitiva. Por lo tanto, los individuos deprimidos tienden a concluir de manera incorrecta o prematura que son fracasados o malas personas, o que merecen alguna otra etiqueta peyorativa inquebrantable (prejuicio contra sí mismos); que su situación de vida es intolerablemente dura, triste, injusta y dolorosa (predisposición hacia el mundo personal); y que estas condiciones nunca encontrarán remedio (sesgo hacia el futuro). Esta sombría expectativa de sufrimiento incesante pone a las personas deprimidas en riesgo de ideas, intenciones o acciones suicidas.

Al comienzo de la tercera década del tercer milenio, se ha desarrollado un enfoque diferente en la conceptualización y en el tratamiento. Si bien los aspectos negativos de las experiencias de las personas siguen siendo relevantes, son al menos igualmente importantes a conceptualizar las aspiraciones, los valores, las metas, las fortalezas y los recursos de las personas, e incorporar estas características positivas para ayudar a asumir pasos específicos que están vinculados a lo que es más importante para ellos. También es esencial anticipar los obstáculos para lograr estos pasos, y utilizar las habilidades básicas de la TCC (como la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas y el entrenamiento de habilidades) para poder superar esos obstáculos y ayudar a las personas a extraer conclusiones positivas sobre lo que dicen sus experiencias sobre ellos (J. S. Beck, 2021).

1.2.3.8. Eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual. Dobson y Dozois (2019) menciona que la TCCs se han estudiado de manera más extensa e intensa que otros modelos de tratamiento. Esto incluye los ensayos de resultados, los estudios de los procesos, los ensayos relacionados a la difusión, y en lo que respecta a las modalidades en las que se administran. Su

influencia es tal que muchos gobiernos de varias naciones han diseñado modelos de financiación para que la mayor cantidad de pobladores puedan acceder a los modelos de tratamientos derivados.

Incluso, la TCC se ha adaptado a las características del paciente y a los distintos tipos de padecimientos. Por ejemplo, muchas de las técnicas de corte cognitivo-conductual se han ejecutado en diferentes investigaciones con el objetivo de disminuir la sintomatología depresiva en personas que han sobrevivido al cáncer (García- Torres et al., 2016). Además, en las últimas décadas se ha desarrollado y aplicado la Terapia cognitivo-conductual en pacientes que presentan trastorno psicótico (conocido con las siglas TCCp) (Fonseca et al., 2019).

Barlow (2014) enfatiza que en comparación a todos los métodos de tratamiento cognitivo-conductuales para intervenir la depresión, el paradigma ofrecido por Beck es el que cuenta con más estudios empíricos en relación a su validación y aplicación en el ámbito clínico.

Sumado a las razones descritas, la Terapia cognitiva de la depresión se encuentra incluida en la lista compilada por el Grupo de trabajo de la Asociación Americana de Psicología sobre la práctica basada en la evidencia, demostrando fuerte evidencia según los criterios de Chambless et al. (1998) para definir a las terapias con apoyo empírico (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

1.3. Objetivos

1.3.1. General

Reducir los síntomas emocionales y fisiológicos mediante la reestructuración cognitiva de los pensamientos automáticos y creencias de una mujer joven con diagnóstico de depresión.

1.3.2. Específicos

Objetivo 1 :

Disminuir la frecuencia de los pensamientos automáticos: “mi esposo me dejará por mi carácter berrinchudo”, “mi esposo piensa irse con otra”, “No puedo cambiar esto”, “si mi esposo madurara entonces estaríamos bien”, “yo tengo razón, él, no”, “no es justo que mi esposo pueda salir y yo no”, y “¿por qué no me salen las cosas si soy buena madre?”.

Objetivo 2 :

Disminuir la frecuencia de la creencia intermedia detectada: “no me puedo caer, debo ser fuerte”.

Objetivo 3 :

Disminuir la frecuencia de las 2 creencias nucleares detectadas: “nadie me quiere” y “soy una inútil”.

1.4. Justificación

En este esquema de intervención propuesto se parte de la conceptualización cognitiva dado que los elementos identificados en el caso se ajustan a los planteamientos y explicaciones teóricas.

El modelo cognitivo sustenta que cuando las personas interactúan con una situación estimular no emiten una respuesta automática, sino que previa a la presentación de alguna emoción o conducta realizan un proceso de percepción, clasificación, interpretación, evaluación y asignación de un significado, en coherencia con los supuestos previos o esquemas cognitivos. (Díaz et al., 2017).

En los antecedentes del problema descrito se detecta que la evaluada ha desarrollado esquemas a partir de experiencias negativas producto de interacciones interpersonales importantes ocurridas a lo largo de las etapas de su desarrollo, principalmente dentro del hogar. En tales situaciones sus allegados influyeron para que la usuaria desarrollara las creencias “soy una inútil” y “nadie me quiere”.

En lo concerniente a la etiología del episodio depresivo, podemos plantear la hipótesis que los acontecimientos vitales del presente activaron los esquemas subyacentes (esquemas depresógenos) que anteriormente habían sido adquiridos en su historia personal; y a partir de estos hechos actuales se iniciaron las manifestaciones de la sintomatología depresiva que se presentan en un ciclo que, a su vez, es mantenido por sus pensamientos automáticos y creencias intermedias.

El modelo cognitivo apoya esta hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión. La propuesta teórica conceptualiza que algunas experiencias vividas en etapas tempranas del desarrollo producen una base para la creación de conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Los ya aludidos conceptos negativos o esquemas pueden mantenerse latentes y pueden activarse por circunstancias particulares, semejantes a las experiencias que inicialmente fueron responsables de la formación de tales actitudes negativas (Beck et al., 2010).

Estos esquemas o patrones cognitivos definen una característica personal, asituacional e, influyen en gran medida, en cómo se percibe la realidad concreta. Son representaciones de vivencias pasadas, mantenidas en la memoria y participan como filtros en el análisis de la información recibida en el presente. Por ello, cuando un sujeto experimenta una depresión se ven activados los esquemas depresógenos, que podrían haber estado inactivos durante años, y las vivencias empiezan a ser filtradas por dichos esquemas. La realidad empieza a percibirse de manera distorsionada y esto hace que toda información consistente con dichos esquemas depresivos (la información negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro) sea procesada, pero se ignora la que es positiva ya que es inconsistente con tales esquemas (Vallejo y Comeche, 2016).

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Parte de la finalidad de este trabajo académico es alcanzar resultados favorables para la consultante luego de la aplicar las técnicas cognitivo conductuales bajo el modelo cognitivo de

Beck, para así motivar el desarrollo de investigaciones futuras que puedan sumar mayor evidencia al enfoque teórico, y comprobar la flexibilidad que ha ido adquiriendo la conceptualización cognitiva en los últimos años.

Además, se desarrolla este producto con la finalidad de demostrar la utilidad de las técnicas tradicionales que conforman el programa. Se espera que los resultados obtenidos motiven otros estudios en las que se evalúe la eficacia de cada una de ellas.

Otro de los objetivos más importantes, es evidenciar la mejoría de la paciente y su evolución a medida que se van aplicando las técnicas señaladas; y de esta forma contribuir en la salud mental de una mujer que sufre sintomatología depresiva.

II. Metodología

2.1. Tipo y Diseño de Investigación

El tipo de investigación es experimental puesto que se pretende establecer el posible efecto de una causa que se manipula. En los experimentos se manipulan tratamientos, estímulos, influencias o intervenciones (llamadas variables independientes) y sus efectos son observados en las otras variables (denominadas dependientes), dentro de una situación de control (Hernández et al., 2014).

En el presente estudio se siguen los requisitos para poder realizar un experimento; la variable independiente es considerada hipotéticamente la causa en la relación de variables establecidas; y para comprobar esto el investigador antecede su presencia, la manipula (con determinados grados o modalidades) y la controla (garantizando la validez interna). Por otro lado, la variable dependiente es medida para ver el efecto causado, mediante el uso de un instrumento adecuado, válido y confiable (Hernández et al., 2014).

El estudio es de tipo preexperimental con Diseño de preprueba/posprueba en un solo individuo (estudio de caso experimental). Se establece un grado de control mínimo y se cumplen los pasos siguientes: primero se aplica una prueba previa al tratamiento experimental, después se administra la intervención y finalmente se aplica una prueba posterior al estímulo (Hernández et al., 2014).

Tabla 1

Simbología de los diseños experimentales y sus significados en el presente estudio

Símbolo	Significado
G	Paciente mujer joven
X	Intervención cognitivo conductual
0	Medición preprueba/ posprueba

Nota. Tomada de *Simbología de los diseños experimentales*, por Hernández et al., 2014, Metodología de la investigación.

Otros autores aluden a este mismo proceso al describir el diseño de caso único, cuya característica principal es el registro sucesivo a lo largo del tiempo (sesiones, días, semanas, etc.) de la conducta de un caso único ($N=1$) o un grupo pequeño ($N>1$) antes, durante y, en algunos casos, tras la retirada del tratamiento, en situaciones muy controladas (Fontes et al., 2015). Asimismo, otros investigadores resaltan el tipo de diseño A-B-A- ya que, con este se puede llegar a la conclusión de que el tratamiento es el causante de los cambios producidos en la variable dependiente. Después de medir la línea base (fase A), se introduce el tratamiento (fase B) y se produce un cambio en la medida de la variable dependiente, y al retirar posteriormente el tratamiento (fase A), se produce otro cambio en la variable dependiente (Quintanilla et al., 2020).

2.2. Ámbito temporal y espacial

Las atenciones se realizaron en el domicilio de la evaluada. Este se ubicaba en el distrito de Villa María del triunfo, en la región de Lima, del departamento de Lima, Perú.

Las sesiones iniciaron el lunes 11 de octubre del 2021 y concluyeron el 03 de enero del 2022. En dos oportunidades se empleó la modalidad virtual (Sesiones 3 y 7).

2.3. Variables de Investigación

2.3.1. Variable independiente

Fontes et al. (2015) siguiendo la perspectiva metodológica, la define como un tipo de variable que el experimentador decide manipular, de acuerdo a sus hipótesis planteadas, para estudiar los efectos producidos en otra. También suelen ser llamadas: variables antecedentes, variables causales, variables predictoras y factores.

En el presente estudio se eligió la Terapia cognitiva conductual como variable a manipular. Según Beck et al. (2015) el marco / paradigma de la terapia cognitivo-conductual (TCC) cuenta con un conjunto de principios teóricos puestos en interrelación conformando su propia arquitectura; y un conjunto de técnicas que se pueden organizar en estrategias clínicas formando parte de protocolos clínicos más o menos manualizados.

2.3.2. Variable Dependiente

Fontes et al. (2015) atendiendo a la perspectiva metodológica, la define como un tipo de variable que el experimentador decide medir para evaluar los efectos causados por la manipulación de la V.I. También se les conoce como variables de la tarea, variables consecuentes, variables pronóstico o variables criterio (es decir, variables que queremos predecir utilizando otras más).

Los trastornos depresivos junto a los trastornos relacionados con el trastorno bipolar suelen clasificarse como trastornos del estado de ánimo. La característica en común que evidencian todos los trastornos depresivos es un estado de ánimo triste, vacío o irritable, junto a cambios somáticos y cognitivos que dañan notablemente el funcionamiento personal. Los pacientes con este diagnóstico llegan a experimentar falta de interés y placer en las actividades cotidianas, pérdida o aumento de peso significativo, insomnio o sueño excesivo, falta de energía, dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa significativa y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Los trastornos depresivos son diferenciados por el curso de los síntomas, la edad en que inician o por los factores etiológicos (APA, 2013; Leahy et al., 2012, citado en Hofmann, 2017).

2.4. Participante

Usuaría de sexo femenino, de 25 años de edad, con grado de instrucción técnica incompleta, y estado civil soltera.

2.5. Técnicas e instrumentos

Labrador (2013) sostiene que La Evaluación Psicológica Clínica, con la intención de clasificar, predecir y explicar los problemas psicológicos, incorpora un alto número de estrategias y conceptos desarrollados por la psicología a lo largo de los últimos años constituyendo un proceso en el que prima la metodología científica y los modelos biopsicosociales de la salud.

Dado que la conceptualización de caso se realiza según el modelo cognitivo (enfaticando las propuestas de Judith S. Beck), se considera oportuno incluir el término "evaluación clínica cognitiva" en todo el proceso. Brown & Clark (2015) sostienen que este concepto hace referencia a los protocolos sistemáticos derivados empíricamente, procedimientos o instrumentos utilizados para medir la frecuencia, intensidad y prominencia de información significativa que incluye los pensamientos, imágenes y creencias que caracterizan los estados psicopatológicos.

2.5.1. Técnicas

2.5.1.1. Técnicas de evaluación.

A. Entrevista. Casullo y Márquez (2003, citado en Fernández-Ballesteros, 2013) refiere que la entrevista se define como un instrumento de evaluación que antecede a cualquier modo de intervención o proceso de toma de decisiones, se estructura en un formato interactivo y se mantiene presente en el continuo evaluación-intervención. Morrison (2015) enfatiza que son 3 las características compartidas por los buenos entrevistadores: 1) Obtienen gran cantidad de información precisa pertinente para contribuir con el diagnóstico y el manejo, 2) Realizan la recolección en el menor tiempo posible, y 3) Demuestran constancia en la creación y el mantenimiento de una buen *rapport* con el evaluado.

B. Observación. La observación es considerada una estrategia fundamental del método científico, y, por ello, cualquier técnica usada para recoger información en la evaluación psicológica, la incluye en alguna medida. Además, es una conducta humana universal que se

manifiesta en la evaluación entre el sujeto y el evaluador y se produce sea cual fuere el modelo teórico subyacente (Fernández-Ballesteros, 2013).

2.5.1.2. Técnicas conductuales.

A. Programación de actividades. Es una de las estrategias terapéuticas más importantes en la terapia cognitiva que consiste en invitar al paciente a programar las actividades diarias que realizará. Para ello, se elabora una jerarquía de actividades tomando en cuenta las dificultades del usuario. El objetivo primordial es que el paciente perciba que es capaz de controlar su tiempo y de realizar algunas actividades; también se busca que el evaluado encuentre evidencias a favor de sus capacidades, es por ello que las metas deben ser realistas. En caso se programen demasiadas actividades y no se adapte el nivel de dificultad se podrían producir efectos dañinos abrumando al paciente y tales situaciones se convertirían en pruebas de su incapacidad para afrontar el asunto (Díaz et al., 2017).

B. Técnicas de dominio y agrado. Con ayuda de esta técnica se puede asignar la tarea de ejecutar todos los días una actividad agradable específica durante un rango de tiempo controlado y es necesario pedir al paciente que anote los cambios de humor experimentados, así como la reducción posible de los sentimientos depresivos relacionados con la actividad elegida (Beck, 2010).

Con esta técnica se combate el pensamiento de tipo absolutista “todo o nada” (mediante la valorización numérica de la actividad agradable realizada), se detectan y corrigen cogniciones negativas (que ayuda a comprobar la utilidad de la técnica) y se valoran cambios en el estado anímico (que suelen darse al estimar el nivel de dominio y satisfacción). Esta técnica se practica con la planificación o programación de actividades y usualmente implica la planificación de las tareas agradables o relevantes que el cliente desea hacer (Caro, 2009).

C. Asignación de tareas graduales. La finalidad es demostrarle al paciente si es capaz de hacer o no hacer algo ayudándole a que logre el éxito al desempeñarse en una tarea específica (Caro, 2007). Para tal fin, el terapeuta ayuda a dividir una tarea en sus componentes más simples; luego, se le pide que intente abordarla con un pequeño paso por vez (Leahy et al., 2012).

Al concluir exitosamente una serie de tareas, los individuos depresivos suelen experimentar un nivel de mejoría de su estado de ánimo (aunque este efecto puede sólo ser transitorio). Además, ganan motivación para emprender tareas de mayor dificultad, y el terapeuta deberá mantener la detección y refutación de la tendencia del paciente a menospreciar lo logrado (Beck et al., 2010).

D. Role- playing. El role-playing (“juego de roles”) implica que el terapeuta, el paciente, o ambos organizan una interacción social basada en papeles asignados previamente. Se suele emplear cuando el cliente presenta problemas para mostrar conductas asertivas causadas por sus creencias negativas, y no como reflejo de déficit en habilidades conductuales (Beck et al., 2010).

Se puede utilizar para el desarrollo de habilidades en las comunicaciones interpersonales, como para el entrenamiento de la conducta asertiva. Cuando se incluye un tema cargado de emociones, es posible que los esquemas disfuncionales se activen y sean vulnerables de modificación. También puede emplearse el juego de roles inverso, para "modelar" comportamientos adecuados y ayudar al paciente a que reflexione sobre el impacto de sus esquemas y estrategias conductuales (Beck et al., 2015).

E. Resolución de problemas. Wenzel et al. (2016) mencionan la relevancia de aprender a usar herramientas para la comprensión, evaluación y resolución de sus problemas, así como para superar los contratiempos que afectan la identificación o implementación de la misma. Cuando los clientes comienzan a resolver sus problemas del presente, adquieren y perfeccionan habilidades que son útiles para resolver problemas futuros. También suelen desarrollar una sensación de

confianza en su capacidad para resolver dificultades, esto acrecienta el optimismo y el manejo de cualquier adversidad. Existen 4 pasos incluido en el planteamiento de D'Zurilla y Nezu: 1) La definición del problema, 2) la generación de alternativas, 3) la toma de decisiones, y 4) la implementación y verificación de la solución.

F. Técnicas de Mindfulness. Mindfulness o meditación es una técnica que según Jon Kabat-Zinn puede ser definida como la capacidad de ser consciente de los propios pensamientos, emociones, sensaciones físicas y acciones presentes, sin generar críticas o juicios sobre uno mismo y la propia experiencia (Mckay et al. 2007). La técnica del desapego consciente (Mindful detachment) o de atención plena desapegada es considerada por Leahy (2015) como una técnica que nos permite tomar distancia y observar, sin controlar, reprimir u opinar sobre la importancia o validez de un pensamiento. Este ejercicio permite imaginar que el pensamiento que crea perturbación es metafóricamente una nube pasajera, o una llamada de propaganda a la que no es necesario responder, o un tren que sigue un rumbo definido constante, mientras que la tarea es limitarse a verlo pasar. Es un ejercicio similar al uso de la atención plena propuesto por Roemer y Orsillo (2002), pero, el modelo metacognitivo del cual procede, emplea a la atención plena desapegada como una manera de probar que, en ocasiones, la mejor manera de hacer frente a un pensamiento consiste en no practicar alguna acción, ya que no siempre es requerido controlar las intrusiones y éstas irán disminuyendo por sí solas.

2.5.1.3. Técnicas cognitivas.

A. Comprobación de hipótesis empíricas. Clark y Beck (2012) la consideran una de las intervenciones de mayor importancia para el cambio cognitivo. También suele conocerse como la experimentación conductual o puesta en prueba de las hipótesis empíricas. Para llevarla a cabo se planifican con minuciosidad los experimentos, se diseña una experiencia estructurada para que

el cliente compruebe el nivel de veracidad de las valoraciones o creencias de amenaza y vulnerabilidad.

B. La técnica de la triple columna. La técnica de la triple columna puede ser considerada una continuación “lógica” de los registros de pensamientos para la respectiva evaluación racionalista. Para el desarrollo se necesita una hoja de registro con varias columnas tal y como inicialmente las desarrollaron Beck y cols. (1979). Se incluyen los títulos para cada columna: Fecha, Situación, Emoción, Pensamiento Automático, Respuesta Racional y Resultado. El formato es estructurado, pero las columnas se pueden reducir a 2 o aumentar a 4, dependiendo de la meta principal, es decir, la creación de un pensamiento alternativo, racional, que ayude a modificar las distorsiones cognitivas y a su vez facilite el cambio de esquemas (Caro, 2011).

C. Descenso Vertical. Para implementar esta técnica el terapeuta procede a identificar esquemas por medio del análisis de las implicaciones que pueden inferirse de los pensamientos automáticos (Leahy, 2018). Burns (1980) menciona que para desarrollarla se requiere identificar un pensamiento automático clave, luego se le pide al evaluado que brinde el significado que representa asumiendo que el pensamiento es verdadero, posterior a ello se continua con la actividad hasta descubrir creencias intermedias, luego de repetir el proceso, se pueden hallar creencias centrales (citado en J. S. Beck, 2000).

D. Actuar "como si". Se plantea al cliente a actuar como si creyeran en la creencia adaptativa creada, para que con el ejercicio continuo se logre fortalecer esta nueva creencia. Se puede aplicar la visualización en la sesión terapéutica para ensayar las conductas acordes a las nuevas creencias antes de ejecutarlas en la rutina diaria (J. S. Beck, 2021). Además, una vez que el paciente comienza a hacer cambios en su comportamiento, la creencia negativa se logra atenuar,

eso facilita la persistencia del nuevo comportamiento adaptativo, y en el proceso se disminuye la creencia negativa de manera sucesiva.

E. Dramatización racional- emocional. Es una técnica útil sobre todo en los pacientes que comprenden intelectualmente que una determinada creencia es disfuncional, pero aun así continúan experimentando emociones y reacciones fisiológicas que mantienen la certeza hacia la creencia negativa. Para implementarla, el terapeuta explica al cliente que se realizará una dramatización en la que ambos participantes tendrán un papel. En la primera parte, el paciente representará a la parte emocional de su mente que defenderá la creencia negativa y el terapeuta asumirá la parte racional, con ello se busca que ambos discutan con la finalidad de evaluar qué es lo que aún sostiene la creencia. Luego, en la segunda parte, se intercambian los papeles (Beck, 2000). En varias oportunidades se pueden realizar rondas de intercambio de roles (Leahy, 2015).

F. Especificación de objetivos subyacentes. Beck et al. (2015) resaltan que las personas poseen objetivos amplios que tienen gran importancia para ellos, aunque no siempre sean totalmente claros. Frente a ello, es necesario traducir las aspiraciones y ambiciones expresadas por el paciente en una meta subyacente, tomando en cuenta las pistas expresadas previamente, y los patrones de conducta manifiestos. Además, es necesario considerar los patrones observables que son prominentes y repetitivos, así como la manifestación de comportamientos esperados que notoriamente pueden estar ausentes o débilmente desarrollados.

G. Tarjetas de apoyo. Son fichas de tamaño pequeño que ayudan a recordar al paciente las conductas adaptativas o técnicas que debe recordar o aplicar al momento de que un pensamiento o creencia se activan. Se podría escribir el pensamiento o creencia negativa en el anverso y la respuesta deseada en el reverso. Es recomendable que el paciente lea la tarjeta periódicamente para

recordar las acciones a realizar, podría establecerse la lectura con una frecuencia de 3 veces al día y en los momentos en los que experimente malestar (J. S. Beck, 2000).

H. Análisis costes-beneficios. Es una intervención cognitiva que capacita a los individuos a adoptar un enfoque práctico para examinar las ventajas y desventajas inmediatas y a largo plazo, tanto al exagerar las consecuencias negativas o al adoptar una perspectiva más objetiva. Junto a esta estrategia suele aplicarse el descubrimiento guiado y las tareas para casa con el fin de reforzar los objetivos (Clark y Beck, 2012).

I. Recogida de evidencias. En esta intervención se llega a cuestionar a los clientes acerca de las evidencias que apoyan o niegan la creencia de que una amenaza tiene probabilidades de ocurrir y de presentar consecuencias de gravedad. Esta estrategia puede ser un método útil para desafiar el pensamiento ansioso exagerado y lograr que las valoraciones de una situación basadas en el afecto se conviertan a valoraciones apoyadas por evidencias (Clark y Beck, 2012).

J. Interpretaciones alternativas. Clark y Beck (2012) señalan que para remediar el pensamiento ansioso es necesario extraer interpretaciones alternativas más realistas que puedan reemplazar valoraciones exageradas que el paciente ha creado. Las alternativas serán efectivas para contrarrestar los pensamientos y creencias ansiosas automáticas cuando se ofrezcan perspectivas más equilibradas, basadas en evidencias y claramente distintas de los esquemas ansiosos.

K. Descubrimiento guiado. Hace referencia al proceso de brindar ayuda al consultante para alcanzar nuevas perspectivas que contribuyan a desafiar sus creencias disfuncionales mediante el cuestionamiento socrático. Para ello el terapeuta guía al paciente mediante preguntas abiertas hasta donde se considere necesario y permite que sea el paciente quien desarrolle asociaciones y argumentaciones (Díaz et al., 2017). El cuestionamiento socrático implica una forma de

cuestionamiento inductivo utilizado por los terapeutas para guiar a los clientes a descubrir sus propios pensamientos, interpretaciones y creencias problemáticas (Clark, 2020). Braun et al. (2015) lograron proporcionar el primer apoyo empírico para demostrar la relación entre el uso terapéutico del cuestionamiento socrático y la mejoría de los síntomas en la Terapia Cognitiva para la depresión.

Una cuestión relevante que debe resaltarse es la preparación de los diálogos a entablar durante sesión. Conviene que el profesional diseñe el posible diálogo tomando en cuenta el tema, las preguntas específicas, las posibles respuestas del cliente, y la meta (Caro, 2011).

L. Comprobación de hipótesis empíricas. Con esta intervención se planifican experimentos conductuales, es decir se diseñan las experiencias estructuradas que serán de utilidad para que el cliente disponga de datos experienciales a favor y en contra de las valoraciones o creencias de amenaza y vulnerabilidad. Su principal finalidad es proporcionar información nueva que ponga en prueba la validez de los pensamientos disfuncionales, que refuerce creencias más adaptativas y que verifique la formulación cognitiva (Clark y Beck, 2012).

M. Socialización del paciente en la terapia cognitiva. Leahy y Holland (2000) la clasifican como una técnica cognitiva que se relaciona con 4 aspectos fundamentales. El primero es el establecimiento del contrato terapéutico, con la que se creará un compromiso por parte del paciente para asistir regularmente y cumplimentar las tareas encomendadas; el segundo, se refiere a cumplir con la lectura de material relacionado a la terapia cognitiva (biblioterapia); el tercero, se relaciona a la comprensión de los problemas del paciente según la conceptualización ofrecida por el modelo cognitivo, es decir se reconoce la influencia de los pensamientos en los sentimientos; Por último, como cuarto aspecto, se debe lograr que el evaluado diferencie entre pensamientos y hechos, y

cuando sea necesario, recabe información empírica que le permita validar algún supuesto (citado en Caro, 2009).

Simos (2002) señala que cuando se socializa al cliente en la terapia cognitiva se utiliza con frecuencia el cuestionamiento socrático para resaltar el principio importante de que los propios esfuerzos del paciente son clave para la mejora de su estado de ánimo.

2.5.2. Instrumentos

2.5.2.1. Test de Factor “g” Escala 2, 11ª edición (R.B. Cattell y A.K.S. Cattell, 2009).

Con la finalidad de evaluar la inteligencia se aplicó el test de Factor “g”, escala 2 (11ª edición), cuyo nombre original es “Culture Fair Intelligence Tests”, procedente del Institute for personality and ability testing, Champaign, Illinois, USA. El ámbito de aplicación abarca entre los 8 a 14 y en adultos de nivel cultural medio, su aplicación tarda aproximadamente doce minutos y medio, y se compone de 4 test (Series, Clasificación, Matrices y Condiciones) (R.B. Cattell y A.K.S. Cattell, 2009). Estandarizada en Lima Metropolitana por Altez y colaboradoras (1997) (Rodríguez, 2017).

2.5.2.2. Inventario de Depresión de Beck II Segunda edición (BDI-II; Beck et al., 2006).

La variable depresión fue medida con la versión argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), segunda Edición (Beck et al., 2006). Es un instrumento de autoinforme de 21 ítems que puede administrarse de manera individual o colectiva, cuyo propósito es evaluar el nivel de severidad de los síntomas depresivos en adultos y adolescentes a partir de los 13 años. Sus ítems se basan en los criterios diagnósticos de Depresión Mayor del DSM-IV (1994) de la American Psychiatric Association. El tiempo de aplicación se da entre 5 y 10 minutos aproximadamente (dependiendo de la intensidad de los síntomas) y para la corrección se plantean tres rangos de gravedad en relación a la sintomatología depresiva: 1) Mínimo (0-13 puntos), 2) Leve (14- 19 puntos), 3) Moderado (20-28 puntos) y 4) Severo (29-63 puntos). Por otro lado, en la versión

utilizada se estudiaron las propiedades psicométricas en muestras de pacientes clínicos externos, estudiantes universitarios y personas de población general. En cuanto a las características psicométricas, el coeficiente alfa fue de 0,88 para los pacientes, y de 0,86 para los individuos del grupo de comparación, la correlación test y test-retest fue de 0,90 indicando una correlación positiva y significativa, y se encuentra positivamente correlacionado con la escala de Depresión del MMPI-II (adaptación de M.M. Casullo, 1999, citado en Beck et al., 2006) ($r=0.58, p<0.01$) y con la escala de Depresión de la SCL – 90 - R (adaptación de M.M. Casullo, 1998, citado en Beck et al., 2006) ($r=0.81, p<0.01$).

2.5.2.3. Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA; Ruiz y Lujan, 1991). Para evaluar los pensamientos automáticos se utilizó el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) que fue elaborado por Ruiz y Lujan en 1991 en una muestra mexicana y adaptado al Perú el año 2015. Demuestra altos índices de confiabilidad con Alfa de Cronbach de ,945; y, en relación a la validez ítem Test del instrumento, ha alcanzado resultados entre ,664 y ,824. Este instrumento tiene como objetivo identificar quince tipos de distorsiones cognitivas (Riofrio & Villegas ,2016). Los ítems son evaluados con una escala de tipo Likert que es valorada de 0 (Nunca pienso eso) a 3 (Con mucha frecuencia lo pienso). Esta prueba contiene 45 ítems de las cuales 3 ítems evalúan cada uno de los 15 tipos de distorsiones: Abstracción selectiva, Pensamiento polarizado, Sobregeneralización, Interpretación de pensamiento, Visión catastrófica, Personalización, Falacia de control, Falacia de justicia, Falacia de cambio, Razonamiento emocional, Etiquetas globales, Culpabilidad, Debería, Tener razón, y Falacia de recompensa divina (De la Villa & Gonzales, 2020).

2.5.2.4. Inventario de personalidad – Eysenck Forma B para adultos (EPI). Creado por Hans Jurgen Eysenck y Sybil Blanca Eysenck, y procedente de la Universidad de Londres,

Inglaterra (1954). Se administra de manera Individual o colectiva y la duración aproximada es de 15 minutos. Puede aplicarse desde los 16 años de edad en adelante, y mediante 57 ítems evalúa las dimensiones básicas de la personalidad: Dimensión “E” (24 ítems) - introversión-extroversión, y Dimensión “N” (24 ítems)- estabilidad-inestabilidad. Asimismo, cuenta con 9 ítems que extraen información sobre la veracidad (escala “L”). Demuestra validez para ser aplicado en nuestro medio y la confiabilidad fue evidenciada en 1974 en la estandarización realizada por el psicólogo José Anicama Gómez (Soto, 2017).

2.5.2.5. Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III; Th.Millon et al., 2007).

Creado por Th. Millon, con la colaboración de R. Davis y C. Millon, y adaptado en España. La aplicación puede realizarse en adultos, en forma individual o colectiva. Se deriva de un modelo que integra la psicopatología, la personalidad y se coordina con el modelo multiaxial del *DSM*. Este instrumento de 175 ítems, evalúa 11 patrones clínicos de personalidad (Esquizoide, Evitativo, Depresivo, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Agresivo/ Sádico, Compulsivo, Negativista/ Pasivo-Agresivo, y Autodestructivo) y 3 de patología grave de la personalidad (Esquizotípico, Límite, y Paranoide), 7 síndromes clínicos de gravedad moderada (Trastorno de ansiedad, Trastorno somatomorfo, Trastorno bipolar, Trastorno distímico, Dependencia de alcohol, dependencia de sustancias y trastorno por estrés postraumático) y 3 síndromes de gravedad severa (Trastorno de pensamiento, Depresión mayor, y Trastorno delirante). También cuenta con índices modificadores (Deseabilidad social, Devaluación y Validez). En relación a la adaptación española, la mediana de la Fiabilidad test-retest fue de 0,91, lo que indica que los resultados son muy estables en cortos periodos de tiempo. Además, los coeficientes alfa de Cronbach oscilan desde 0,65 hasta 0,88 (Cardenal y Sanchez, 2007).

2.5.2.6. Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith para Adultos. Incluye 25 ítems con respuestas dicotómicas (V o F) para la identificación del nivel de autoestima. Su aplicación es de forma individual o grupal y se pueden obtener 4 puntajes distribuidos en 4 sub escalas (Sí mismo, social, familiar y un puntaje total de autoestima). En una adaptación realizada en nuestro medio, se estableció que la concordancia resultante entre juicio de expertos es estadísticamente significativa; además, se alcanzó una confiabilidad de 0.605 según Kuder-Richarson, con el que se demuestra que la confiabilidad es estadísticamente buena (Lachira, 2014). Para su creación, se usó como base la escala de medición de autoestima para niños que cursan el quinto y sexto grado de primaria (Coopersmith, 1967, citado en Lara-Cantu et al, 1993).

2.5.3. Evaluación psicológica

2.5.3.1. Historia Psicológica.

Datos de filiación:

Nombres y apellidos	:	Fabiola
Edad	:	25 años
Fecha de nacimiento	:	13 de diciembre de 1996
Sexo	:	Femenino
Estado civil	:	Soltera- conviviente
Religión	:	Católica
Número de hermanos	:	2 hermanastros
Lugar de residencia	:	V.M.T.
Grado de instrucción	:	Técnica incompleta
Ocupación	:	Ama de casa
Peso	:	65 kilos

Talla	:	1.56 metros
Lugar de entrevista	:	domicilio
Informante	:	La paciente
Examinador (a)	:	Lic. Pablo Suárez

Observación Psicológica:

Evaluada viste acorde a la edad y a la estación, demuestra aliño, pero desarreglo personal (cabello despeinado). El ambiente que le rodea es iluminado, pero se percibe desorden dada la ubicación esparcida de los juguetes infantiles de su hija. Durante el proceso de entrevista se le observa lúcida, y orientada en las 3 esferas de tiempo, persona y lugar. Su postura corporal se mantiene recostada en el asiento y evidencia pocos ademanes manuales para acompañar sus expresiones verbales; estos son demostrados sólo cuando enfatiza sentimientos de frustración y enojo. Su rostro se mantiene serio la mayoría del tiempo, y por momentos evidencia micro expresiones que delatan humedecimiento de los ojos y lágrimas. Su lenguaje es inteligible, el tono de voz se encuentra en un volumen moderado y audible, el contenido es apropiado y centrado sólo en los hechos que le afligen, demuestra coherencia en la organización de sus ideas, pero la emisión de sus expresiones, en ocasiones, se vuelve lenta. Por otro lado, mantiene una actitud de colaboración desde el inicio hasta el final del proceso de evaluación; sin embargo, en ocasiones, expresa que no le agrada responder demasiadas preguntas (refiriéndose a los cuestionarios y test), ya que según menciona le ocasionan hastío.

Motivo de consulta:

Paciente refiere: “Hace 4 semanas discutí con el papá de mi hija, con el cual tengo un año de relación y yo pensaba que este problema se iba a resolver; pero después de dos semanas me llegó a decir que ya no me amaba, que no soporta mi carácter, que lo controlo mucho, que piensa

irse de la casa y regresarse con sus padres; todo eso me ha hecho sentir muy mal”. Agrega: “Hoy me la he pasado llorando toda la mañana, he pensado que es una malcriadez lo que él está haciendo, me dice una cosa, y luego otra. Un día estamos bien y otro día no”. Expresa: “Vivimos juntos, yo él y mi hija de 6 meses, dormimos en la misma cama, pero él no quiere que lo toque, y ya no hace caso a mis palabras de cariño o intenciones de acercarme”; “Antes, nuestra relación era normal, dormíamos juntos y abrazados, me decía que me quería y ahora no sé qué le pasa, no me mira ni siquiera en la cara, ni siquiera cuando estamos en ropa interior”. Asimismo, refiere: “Ha habido otras veces en las que nos hemos peleado y él terminaba diciendo lo mismo, que ya no me quería, pero después de un tiempo breve nos dábamos una oportunidad más, en cambio ahora no sé qué le pasa, no sé por qué me ha dicho que ya no me ama”.

Expresa: “He estado muy triste, desanimada en todo este tiempo, aun así, puedo continuar con mi rutina diaria en la que cuido a mi hija y hago los quehaceres de la casa, pero ya no con la misma energía y concentración de antes, por ratos me distraigo”; agrega: “tengo dificultad para concentrarme por la tristeza, a veces me dicen algo y yo no pongo total atención, es como si sintiera que mi cuerpo está aquí y mi mente en otro lado. Creo que es por el problema, por estar pensando únicamente en eso. Otras veces me he olvidado de darle comida o bebida al perro, y en otras oportunidades no he atendido con rapidez a mi hija cuando se despertaba llorando... a veces ella es muy estresante”. Agrega: “A veces me quedo pensando por qué miércoles me pasa esto; yo soy una madre dedicada a su hija, yo la cuido las 24 horas, yo no disfruto de otras distracciones, no salgo; él en cambio sí sale. Yo no soy como esa clase de mujeres que se va a fiestas y deja a sus hijos botados”. Agrega: “No puedo estar mal, tengo que afrontar, no me puedo caer, porque si me caigo no tengo a quien sostenerme, siento que no hay alguien que me quiera; pero ella es mi razón, me sostiene cada día. A veces se me entran cosas en la cabeza, y he llegado a pensar que sería

mejor atender contra mi vida, pero luego pienso qué va a ser de mi hijita... por ella soy persistente, perseverante, lo hago por alguien a quien yo quiero”.

En cuanto a las actividades que ha dejado de hacer expresa que: “Ya no juego videojuegos en PlayStation, ni en el pc, ya no hago pupiletras, tampoco hago ejercicio”. Además, menciona: “Ahora no tengo ganas de salir a la calle, si podría hacerlo, pero no me dan ganas”. “Yo amo a mi hija, podría sacarla a pasear, pero no lo hago porque esta delicada de salud, tiene displasia de cadera, además me da vergüenza que le vean la férula que usa en las piernas como parte de su tratamiento; esta pesa y es como un fierro que sumado al peso de mi hija produce cansancio”.

En relación al futuro, comenta: “Me pongo a pensar en qué somos (yo y mi hija) para mi esposo. Él me decía que siempre íbamos a estar juntos como familia, siempre unidos con nuestro bebe, que ella iba a tener un futuro con nosotros; pero ahora yo veo el futuro como que yo voy a ser mamá y papá para mi hija, no sé cuánto tiempo se le pasara todo esto a mi esposo”.

Por otro lado, menciona: “Siento culpa porque soy de carácter fuerte, antes era berrinchuda, creo que tengo que bajar el carácter; a veces soy un fosforito. He tratado de ser mejor persona, mejor madre, y he cambiado mucho desde que estuve embarazada. Antes yo no sabía cocinar y aprendí muchas cosas por mi hija, pero ahora soy inútil”.

Problema Actual:

Desde hace aproximadamente dos semanas, paciente experimenta los siguientes síntomas la mayor parte del día, casi todos los días: estado de ánimo bajo (tristeza), aumento de la irritabilidad, disminución marcada del interés por la mayoría de actividades que antes realizaba, alteración del sueño, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, disminución de la autoestima, disminución de la capacidad para pensar (lentificación del pensamiento), y problemas para concentrarse durante todos los días.

En lo que respecta a los estímulos desencadenantes que le afligen, se identifican estímulos externos: Cuando su esposo ignora o evita las expresiones verbales de cariño o caricias que ella le realiza antes de conciliar el sueño, y cuando ya ha terminado todos los deberes de la casa y no tiene nada que hacer. Además, se presentan estímulos internos: “qué será de mi hija”, cuando olvida hacer deberes del hogar, cuando recuerda la frase que le dijo su esposo “ya no te amo”, cuando recuerda que su esposo le había dicho que “se veía gordita”, y cuando piensa “mi esposo es inmaduro”.

Presenta cogniciones inadecuadas: “mi esposo me dejará por mi carácter berrinchudo”, “No puedo cambiar esto”, “si mi esposo cambiara entonces estaríamos bien”, “yo tengo razón, él, no”, “no es justo que mi esposo pueda salir y yo no”, “¿por qué no me salen las cosas si soy buena madre?”, “no me puedo caer, debo ser fuerte”, “nadie me quiere”, “soy una inútil”.

En lo que respecta a las emociones, siente frustración, irritabilidad, tristeza, culpa y ansiedad.

En cuanto a la emisión de conductas motoras, critica los errores propios y ajenos en voz alta (en ocasiones grita), no habla sobre el tema con amigas, en su tiempo libre prefiere quedarse echada en su cama en lugar de jugar videojuegos en *PlayStation*, jugar juegos en el celular, completar pupiletras, o hacer ejercicio dentro de su hogar. A veces olvida de darle comida o agua a su mascota (perro), otras veces demora en atender a su hija cuando llora por haberse despertado.

Experimenta síntomas fisiológicos: dificultad para conciliar el sueño posibilitándole sólo 6 horas de descanso, energía disminuida, y también presenta llanto (4 veces por semanas, aproximadamente) cuando su hija se encuentra dormida.

Desarrollo cronológico del problema

Fabiola sostiene que en el transcurso de su adolescencia la relación con la madre fue fría y distante. La madre la comparaba constantemente con su hermano intermedio y le decía: ¿“cómo él sí sabe multiplicar?”, y ¿Cómo mis dos hijos son hábiles y tú no? Expresa que ella se preguntaba a sí misma ¿Por qué ella es así conmigo y diferente con sus demás hijos?, ¿Por qué estoy en el mundo?, ¿Por qué me tocó esta vida?, y “Yo no pedí venir a este mundo”.

Clienta menciona que anteriormente, cuando tenía 14 años aproximadamente, en su casa ocurrían muchas discusiones debido a desacuerdos entre los padres en relación a los problemas económicos, a la crianza de los hijos y a los problemas de conducta que presentaba el hijo intermedio. Otro de los factores que contribuía a la aparición de esos pleitos, eran cuando ella tardaba en retornar de las cabinas de internet (iba para avanzar sus tareas, pero se distraía al conversar con amigos). En una de esas discusiones la evaluada fue golpeada por la madre y a causa de ello la paciente se deprimió y pensó que “debería estar muerta”; sin embargo, no planificó o intentó hacer algo para atentar contra su vida. Evaluada refiere que el motivo de esos pensamientos fue principalmente porque sentía que ambos padres (incluyendo el padre biológico) no le daban cariño y escucha, y por haber preferencia hacia el hermano intermedio; este último, incluso, llegó a golpearle en diversas oportunidades cuando ambos discutían, sin que sea defendida por la madre. Fabiola, pensaba “¿por qué nací?, ¿qué hago en este mundo?; además de ello, pensó en cortarse las venas, pero no llegó intentarlo.

Menciona que, a los 6 o 7 años, ella se hacía sus necesidades en los pantalones debido a que la profesora no le dejaba ir al baño cuando se lo pedía, entonces al regresar a casa, la madre le castigaba mediante cachetadas, jalones de cabello y le bañaba con agua fría. Recuerda que su progenitora le decía frases como: “Por qué no eres como tu hermano?, ¿Por qué no eres como aquel compañero de aula?, ¿cómo él sí hace y tú no? Así mismo, recuerda que ella no copiaba la

tarea de la pizarra ya que se distraía y su progenitora le decía “sonsa” y “no sirves para nada”. La madre le gritaba constantemente cuando cometía equivocaciones en alguna actividad, y sólo le brindaba cariño en raras ocasiones (cumpleaños, día de la madre y navidad). Menciona que la madre le castigaba cuando no cumplía los mandatos en el área académica o conductual, sin considerar que la menor se distraía fácilmente. Por ejemplo, cuando debían hacer las tareas se le exigía que la letra debía ser perfecta, y cuando lo hacía mal se le arrancaba la hoja. Un día la evaluada pensó en hacerse cortes en las muñecas, pero no lo hizo, lloraba mucho a escondidas y no hablaba con nadie.

Historia Personal

Embarazo

Evaluada refiere que no conoce el proceso de embarazo porque su mamá no le ha compartido información. Comenta que nunca conoció a su padre biológico y el padrastro que firmó la partida de nacimiento, “no tenía un buen trabajo”, “no tenía un carácter”, “no tenía trabajo estable” (dependía de su madre jubilada), y “no había que esperarse algo bueno de él”. Refiere que en una oportunidad preguntó a su madre por qué se embarazó ya que ella no había pedido venir al mundo.

Parto

No cuenta con la información.

Desarrollo psicomotor

Recuerda que para aprender a caminar, hablar y controlar los esfínteres recibió apoyo de la abuela materna; en cambio, la madre utilizaba el maltrato físico como estrategia correctiva y cada vez que cometía alguna equivocación le gritaba, le daba manotazos, le pegaba con la correa o le

bañaba con agua fría; Piensa que esos tratos afectaron el control de sus esfínteres hasta los 7 años, edad en la que el segundo padrastro apareció en su vida y evitó que continuaran los maltratos.

Refiere que cuando estudiaba en el nivel inicial, en ocasiones, la profesora no le dejaba ir al baño, entonces ella intentaba contener las heces, pero no lo lograba y cuando llegaba a su casa, su madre le castigaba de la manera descrita.

Refiere que no sufrió accidentes. Llegó a padecer una enfermedad en las amígdalas cuyo diagnóstico desconoce, pero fue algo tratable y llegó a superarlo.

Conductas inadecuadas

Menciona que no considera que haya presentado conductas inadecuadas. Comenta que, en los niveles de inicial y primaria no solía copiar las tareas, pero esto no lo hacía con la intención de rebelarse, sino debido a problemas de distracción.

Relata que a los 15 años llegó a mentir para salir con su primer enamorado a quien visitaba a escondidas, debido a que su padrastro no permitía que ella saliera a reuniones sociales.

Niñez

Paciente menciona que los maltratos físicos y psicológicos descritos continuaron hasta aproximadamente los 7 años, aunque no con la misma intensidad, ya que el padrastro impidió que la madre continuara con ello.

Escolaridad

El año en que repetía segundo grado de primaria, su madre entabló una relación sentimental con un hombre jubilado. Este padrastro, dado que no laboraba, disponía del tiempo necesario para

apoyarle en la resolución de tareas y en la preparación para los exámenes escolares. Asimismo, en ocasiones, le brindaba expresiones de afecto que recuerda con estima.

En secundaria, su padrastro se tornó muy exigente con los estudios y no permitía que invirtiera tiempo en reuniones sociales, siempre le repetía que “uno va al colegio sólo a estudiar”; su madre, por su lado, exigía lo mismo que el padrastro. Evaluada alcanzaba un promedio de 17 en el rendimiento académico general.

Relaciones interpersonales

Fabiola menciona que antes de la pubertad no tenía muchas amigas, ya que cuando alguien le hacía alguna broma experimentaba intolerancia y resentimiento e inmediatamente expresaba rechazo y se retiraba del lugar. Agrega que antes no expresaba afecto hacia los demás, se mantenía al margen y no hablaba con los otros; “sólo intentaba demostrar que era fuerte, porque experimentaba sentimientos de timidez que prefería ocultar”.

En la secundaria, menciona que deseaba salir, tener amigos e ir a fiestas, pero su padrastro no se lo permitía. Se sentía sola, y experimentaba aburrimiento al cumplir con la misma rutina.

Trabajo

Señala que empezó a laborar a los 18 años, como tutora en una institución educativa privada y que se mantuvo en la misma empresa hasta cumplir los 23 años. Abandonó el trabajo cuando salió embarazada.

Sexualidad

Refiere que a los 15 años tuvo su primera relación sexual con el primer enamorado a quien veía a escondidas.

Menciona que su enamorado le fue infiel, después de 8 años de relación. Ella descubrió mensajes de otra mujer en el celular de su pareja y eso ocasionó que cayera en depresión; sin embargo, no padeció un malestar de alta intensidad dado que según refiere: “la relación ya no estaba funcionando en el último año de pareja” y que ella misma “se estaba convenciendo que no había futuro en esa relación”.

Historia Familiar

Madre:

Edad : 55 años

Natural : Lima

Ocupación : Ama de casa y cuidadora de una nieta

Estado civil : Soltera

Grado de instrucción : Secundaria incompleta

Religión : católica

Características personales :

Clienta describe “Ella es fría, no le hablo mucho, no hay confianza entre ambas, sólo le converso de cosas superficiales ya que no hay suficiente cercanía, no me da consejos, y sólo apoya a mis hermanos (sobre todo al intermedio), a quienes prefiere y cuida hasta ahora”.

Menciona que en la actualidad vela por su nieta, hija de su segundo hijo, porque la expareja de este último le ha puesto una demanda y quiere recuperar a su hija.

Padrastro:

Edad : 67 años

Natural : Lima

Ocupación : Jubilado de Imprenta en la Marina de Guerra del Perú

Estado civil : Soltera

Grado de instrucción : Técnico

Religión : católica

Características personales :

Lo describe como una persona que reniega con facilidad, estricto, que promueve rígidamente el orden y la limpieza. Fue exigente con ella, pero nunca llegó a emplear la agresión física o psicológica para estimular el cumplimiento de las normas.

Menciona que su relación con él es buena, ya que le apoyó en sus tareas y en su desarrollo escolar. Pero, sólo llegó a consolidar una relación de confianza, más no una relación afectuosa ya que el Señor también se caracterizó por ser distante y frío. En la actualidad no interactúa con él.

Por otro lado, paciente expresa que él le contó que llegó a maltratar físicamente a sus hijos y psicológicamente a su ex pareja; y que tuvo una relación amorosa con la hermana de esta última.

Hermano 1

Edad : 30 años

Natural : Lima

Ocupación : no tiene

Estado civil : Soltero

Grado de instrucción : Secundaria completa

Religión : católica

Características personales :

Fabiola menciona que su hermano “es un pavo, es una persona que se deja manipular por los demás, lo que uno le dice él hace, pienso que, si su mamá se va, él no sabría que hacer porque depende de ella para todo, su vida es un desastre”.

Hermano 2

Edad : 27 años

Natural : Lima

Ocupación : no tiene

Estado civil : Soltero

Grado de instrucción : 1ro de secundaria

Religión : católica

Características personales :

Consultante expresa: “No hace nada por la vida, sólo para invirtiendo tiempo en su pareja y en distracciones, hasta ahora su madre lo mantiene y él está mal acostumbrado, yo creo que la culpa es de mi mamá porque ella lo ha criado así”.

Pareja actual:

Edad : 29 años

Natural : Lima

Ocupación : chofer de empresa privada

Estado civil : Soltero

Grado de instrucción : 5to de secundaria

Religión : católica

Características personales :

Evaluada menciona: “Él es una buena persona, tranquilo, pero tiene malas costumbres que, a veces lo hacen inmaduro (quiere seguir yendo a fiestas los fines de semana, regresar ebrio, o quiere quedarse a dormir en casa de sus amigos). Creo que, por ser tranquilo, su papá ha querido controlarlo y ha hecho que cumpla sus caprichos (que esté pendiente de él, y que le compre cosas)”.
Agrega: “Es cariñoso y tiene deseos de superación, algo que me parece correcto”.

Antecedentes psiquiátricos de la familia: no presenta

2.5.4. Evaluación psicométrica:

2.5.4.1. Informe del Test de Factor “g” Escala 2, 11ª edición (R.B. Cattell y A.K.S. Cattell, 2009).

Datos de filiación

Apellidos y nombres : Fabiola

Edad : 25

Grado de instrucción : Técnico no concluido

Fecha de evaluación : miércoles 13/10/2021

Psicólogo : Lic. Pablo Suárez

Motivo de evaluación

Perfil cognitivo

Técnicas e instrumentos aplicados

Entrevista psicológica

Test de Factor “g” Escala 2, 11ª edición (R.B. Cattell y A.K.S. Cattell, 2009)

Resultados

Tabla 2

Resultados del Test de Factor “g” Escala 2, 11ª edición (R.B. Cattell y A.K.S. Cattell, 2009)

Puntaje Directo	Coficiente Intelectual	Categoría
28	98	Normal promedio

Nota. Resultados obtenidos a partir de la aplicación del Test de Factor “g” Escala 2, 11ª edición (R.B. Cattell y A.K.S. Cattell, 2009).

Interpretación

La evaluada obtiene un puntaje Directo de 28, equivalente a un CI de 98, que lo ubicaría dentro de la categoría Normal promedio, lo que respecta al nivel de inteligencia general. Sin embargo; se indica que al momento de resolver el test se encontraba afectada por el humor depresivo que caracteriza su problema actual.

Conclusiones

La evaluada obtiene un puntaje Directo de 28, equivalente a un CI de 98 que la ubicaría dentro de la categoría Normal promedio.

Recomendaciones

Aplicar intervención cognitiva conductual para disminuir la intensidad de los síntomas que afectan su desenvolvimiento cognitivo.

2.5.4.2. Informe del Inventario de Depresión de Beck II Segunda edición (BDI-II; Beck et al., 2006).

Datos de filiación

Apellidos y nombres : Fabiola
Edad : 25
Grado de instrucción : Técnico no concluido
Fecha de evaluación : lunes 11/10/2021
Psicólogo : Lic. Pablo Suárez

Motivo de evaluación

Evaluar la presencia e intensidad de los síntomas depresivos

Técnicas e instrumentos aplicados

La entrevista psicológica

Informe del Inventario de Depresión de Beck II Segunda edición (BDI-II; Beck et al., 2006).

Resultados

Evaluada obtiene un puntaje de 20.

Interpretación

Evaluada alcanza un nivel de depresión moderada ya que se evidencian síntomas de depresión en esa intensidad. Presenta tristeza gran parte del tiempo, pesimismo, sentimientos de fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad consigo misma, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, pérdida de interés, indecisión,

desvalorización, pérdida de energía, cambios de hábitos de sueño, irritabilidad, dificultad de concentración, y fatiga.

Conclusiones

Evaluada presenta un nivel de depresión moderada

Recomendaciones

Aplicar intervención cognitiva conductual para disminuir la intensidad de los síntomas presentes.

2.5.4.3. Informe del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA; Ruiz y Lujan, 1991).

Datos de filiación

Apellidos y nombres	: Fabiola
Edad	: 25
Grado de instrucción	: Técnico no concluido
Fecha de evaluación	: lunes 11/10/2021
Psicólogo	: Lic. Pablo Suárez

Motivo de evaluación

Evaluar la presencia de pensamientos automáticos.

Técnicas e instrumentos aplicados

Entrevista psicológica

Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA; Ruiz y Lujan, 1991).

Resultados

Tabla 3

Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA; Ruiz y Lujan, 1991).

N	Pensamiento automático	Efecto emocional
1	Filtraje: ¡Todo es negativo! Nada es positivo	3
2	Pensamiento polarizo: ¡Blanco o negro! Lo hago bien o mal	6
3	Sobre generalización: ¡Siempre fracasare!	2
4	Interpretación del pensamiento: Piensa esto de mi...	4
5	Visión catastrófica: “Va a suceder esto...” (que suele ser lo peor)	3
6	Personalización: “ Eso lo está diciendo por mi...: Yo soy más.../menos...”	2
7	Falacia de control externo: “No puedo hacer nada!...”	5
8	Falacia de justicia: “No hay derecho a...””Es injusto que...”	3
9	Razonamiento emocional: “Si lo siento así, es que es verdad”	1
10	Falacia de cambio: “Si tal cosa cambiara entonces yo podría...”	3
11	Etiqueta global: ¡Qué torpe soy!	6
12	Culpabilidad: “Por mi culpa...”, “Por su culpa...”	2

13	Debería: “Debo de...”, “No debo de...”	6
14	Falacia de razón: “tengo la razón...” “Sé que estoy en lo cierto...”	4
15	Falacia de recompensa divina: “El día de mañana, esto cambiara”	3

Nota. Resultados obtenidos a partir de la aplicación del Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991).

Interpretación

En relación a los pensamientos automáticos que le afectan, la paciente evalúa la realidad de una forma distorsionada debido a la presencia de pensamientos de tipo: Falacia de control externo (“No puedo cambiar esto”), Visión catastrófica (“mi esposo me dejará por mi carácter berrinchudo”), Interpretación del pensamiento (“mi esposo piensa irse con otra”), Falacia de cambio (“si mi esposo cambiara entonces estaríamos bien”), Falacia de razón (“yo tengo razón, él, no”), Falacia de justicia (“no es justo que mi esposo pueda salir y yo no”), y Falacia de recompensa divina (¿por qué no me salen las cosas si yo soy buena madre?). Por otro lado, presenta mayor sufrimiento emocional a causa del pensamiento tipo Etiqueta global (“soy una inútil”), Debería (“no me puedo caer, debo ser fuerte”) y pensamiento polarizado (“nadie me quiere”).

Conclusiones

Tiende a guiar su desenvolvimiento general a partir de dos distorsiones cognitivas: Falacia de control externo, Visión catastrófica, Interpretación del pensamiento, Falacia de cambio, Falacia de razón, Falacia de justicia, y Falacia de recompensa divina.

La cliente se ve afectada significativamente por el pensamiento tipo Etiqueta global, Debería, y pensamiento polarizado.

2.5.4.4. Informe del Inventario de Personalidad Eysenck Forma B- para Adultos (EPI).

Datos de filiación

Apellidos y nombres : Fabiola
Edad : 25
Grado de instrucción : Técnico no concluido
Fecha de evaluación : miércoles 13/10/2021
Psicólogo : Lic. Pablo Suárez

Motivo de evaluación

Medir dos dimensiones de la personalidad: Introversión- Extroversión (E) y Neurocicismo (inestabilidad- estabilidad) (N).

Técnicas e instrumentos aplicados

La entrevista psicológica

Informe del Inventario de Personalidad Eysenck Forma B- para Adultos (EPI)

Resultados

Tabla 4

Resultados del Inventario de Personalidad Eysenck Forma B- para Adultos (EPI)

Dimensiones y escalas		Puntaje	Diagnóstico
Dimensión	Extraversión	18	Altamente extrovertido
	Neuroticismo	14	Tendencia al neuroticismo
Escala	Mentiras	4	La prueba es válida

Nota. Resultados obtenidos a partir del Inventario de Personalidad Eysenck Forma B- para Adultos (EPI).

Interpretación

Fabiola presentaría un tipo de temperamento Melancólico dado que tiende a evidenciar dificultades para inhibir conductas que ya tiene establecidas en su repertorio y en ocasiones presentaría conductas caprichosas, rigidez, pesimismo, ensimismamiento y reserva.

Frente a estresores presentaría dificultad para regular las emociones negativas, y problemas para cambiar patrones conductuales. Asimismo, suele evidenciar poca iniciativa para afrontar situaciones desagradables, y prefiere solicitar protección, buscar afecto y mantener el pesimismo. Por otro lado, los condicionamientos emocionales tienden a ser veloces y estables.

Conclusiones

Fabiola presentaría un tipo de temperamento Melancólico

Recomendaciones

Aplicar intervención cognitiva conductual para regular aspectos de la personalidad.

2.5.4.5. Informe del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III; Th.Millon et al., 2007).

Datos de filiación

Apellidos y nombres : Fabiola

Edad : 25

Grado de instrucción : Técnico no concluido

Fecha de evaluación : viernes 15/10/2021

Psicólogo : Lic. Pablo Suárez

Motivo de evaluación

Evaluación del área de la personalidad

Técnicas e instrumentos aplicados

La entrevista psicológica

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III; Th.Millon et al., 2007).

Resultados**Tabla 5**

Resultados del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III; Th.Millon, et al., 2007).

Dimensión	Patrones EJE II	Puntaje	categoría
Patrones clínicos de Personalidad	Narcisista	62	Indicador sugestivo

Nota. Se detectan dimensiones (patrones clínicos de personalidad y síndrome de gravedad severa) cuyos indicadores son sugestivos.

Interpretación

La evaluada presentaría algunas características de personalidad narcisista y estas podrían ser un factor subyacente a las dificultades emocionales, cognitivas e interpersonales que presenta en la actualidad. Tiende a buscar reconocimientos en distintos ámbitos en los que se desenvuelve, sin haber méritos significativos para recibirlos. En relación al contenido de algunas cogniciones habría tendencia a estar preocupado por fantasías de éxito, de poder, y por pensar que otras personas están pendientes de sus acciones. Además, en algunas oportunidades, debido a estas tendencias denotaría soberbia por algunos logros regulares alcanzados en el ámbito ocupacional (comprobables según las constancias laborales que guarda) y ausencia de empatía con personas que ella cree que no la merecen (personas que en el pasado le han brindado un trato inadecuado, por ejemplo, la madre y los hermanastros). En ocasiones, ha llegado a fingir optimismo y tranquilidad frente a algunos defectos que la hacen vulnerable, y oculta las emociones desagradables (por ejemplo, el enojo).

Alcanza un puntaje sugestivo en el síndrome de gravedad severa de Depresión mayor lo cual indicaría que la paciente habría experimentado por un periodo de dos semanas dificultades para funcionar adecuadamente en su ambiente normal, sentimientos de resignación, pensamientos suicidas, cansancio, insomnio, despertar precoz, problemas de concentración, sentimientos de poca valía, culpa, cavilaciones, e irritabilidad.

Conclusiones

Evaluada presentaría tendencia a presentar características de personalidad narcisista.

En cuanto a los síndromes clínicos, alcanza un puntaje sugestivo en el síndrome de gravedad severa de Depresión mayor.

Recomendaciones

Aplicar intervención cognitiva conductual para regular características de personalidad y el síndrome clínico.

2.5.4.6. Informe del Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith para adultos.

Datos de filiación

Apellidos y nombres : Fabiola

Edad : 25

Grado de instrucción : Técnico no concluido

Fecha de evaluación : lunes 11/10/2021

Psicólogo : Lic. Pablo Suárez

Motivo de evaluación

Evaluación de la autoestima.

Técnicas e instrumentos aplicados

La entrevista psicológica

Inventario de autoestima de Stanley Coopersmith versión adultos.

Resultados

Tabla 6

Resultados del Inventario de autoestima de Stanley Coopersmith versión adultos.

Escalas	Puntaje bruto	Puntaje SEI	Categoría
Escala I: Si mismo General	8	61.52	Promedio
Escala 2: Social	2	33.34	Autoestima baja
Escala 3: Familiar	1	16.67	Autoestima baja
Puntaje total de autoestima	11	44	Autoestima baja

Nota. Resultados obtenidos a partir del Inventario de autoestima de Stanley Coopersmith versión adultos.

Interpretación

En cuanto al área de sí mismo, la evaluada presenta un nivel promedio, lo cual indica que tiende a reconocer los aspectos positivos y negativos de sus características físicas y psicológicas.

En relación al área social, alcanza un nivel bajo, lo que indica que Fabiola mantiene actitudes negativas hacia sí misma en relación a su desenvolvimiento social y en el área académica.

En lo concerniente al área Familiar, evidencia un nivel bajo; presenta actitudes negativas respecto a la convivencia familiar, dado que los recuerdos y experiencias presentes influyen en su percepción negativa actual.

Por último, la evaluada alcanza un nivel general bajo, en lo que respecta al nivel de autoestima total.

Conclusiones

En cuanto al área de sí mismo, la evaluada presenta un nivel promedio

En relación al área social, alcanza un nivel bajo

En lo concerniente al área Familiar, evidencia un nivel bajo

Por último, la evaluada alcanza un nivel bajo, en lo que respecta al nivel de autoestima total.

Recomendaciones

Aplicar intervención cognitiva conductual para mejorar el nivel de autoestima en las áreas social, familiar y general.

2.5.5. Informe psicológico integrador

Datos de filiación:

Nombres y apellidos : Fabiola

Edad :25 años

Fecha de nacimiento :13 de diciembre de 1996

Sexo : Femenino

Estado civil : Soltera- conviviente

Religión	: Católica
Número de hermanos	:2 hermanastros
Lugar de residencia	: V.M.T.
Grado de instrucción	: Técnica incompleta
Ocupación	: Ama de casa
Peso	:65 kilos
Talla	:1.56 metros
Lugar de entrevista	: Domicilio
Informante	: La paciente
Examinador (a)	: Lic. Pablo Suárez
Motivo de consulta	: Evaluación de las Áreas de inteligencia, personalidad, Afectividad y autoestima.
Evaluable	: Lic. Pablo Suárez Villalta
Técnicas utilizadas	: Observación y entrevista
Instrumentos utilizados	: Test de Factor “g” Escala 2, 11 ^a edición (R.B. Cattell y A.K.S. Cattell, 2009).

Inventario de Depresión de Beck II Segunda edición (BDI-II; Beck et al., 2006).

Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA; Ruiz y Lujan, 1991).

Inventario de personalidad – Eysenck Forma B para adultos (EPI).

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III; Th.Millon et al., 2007).

Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith, versión adultos.

Análisis de resultados:

Área cognitiva:

La evaluada obtiene un puntaje Directo de 28, equivalente a un CI de 98, que la ubicaría dentro de la categoría Normal promedio, lo que respecta al nivel de inteligencia general. Sin embargo; se indica que al momento de elegir los ítems se encontraba afectada por el humor depresivo que caracteriza su problema actual.

En relación a los pensamientos automáticos que le afectan, la paciente evalúa la realidad de una forma distorsionada debido a la presencia de pensamientos de tipo: Falacia de control externo (“No puedo cambiar esto”), Visión catastrófica (“mi esposo me dejará por mi carácter berrinchudo”), Interpretación del pensamiento (“mi esposo piensa irse con otra”), Falacia de cambio (“si mi esposo cambiara entonces estaríamos bien”), Falacia de razón (“yo tengo razón, él, no”), Falacia de justicia (“no es justo que mi esposo pueda salir y yo no”), y Falacia de recompensa

divina (¿por qué no me salen las cosas si yo soy buena madre?). Por otro lado, presenta mayor sufrimiento emocional a causa de las cogniciones de tipo Etiqueta global (“soy una inútil”), Debería (“no me puedo caer, debo ser fuerte”) y pensamiento dicotómico (“nadie me quiere”). Estas 3 últimos son concebidos como creencias dentro del caso.

En lo que respecta a la autoestima, mantiene un nivel bajo general ya que presenta valoraciones negativas sobre su aspecto físico y habilidades intelectuales; percibe dificultades para concentrarse y para memorizar información en la rutina, y experimenta insatisfacción cuando recuerda que aún no concluye los estudios técnicos. Asimismo, percibe que no cuenta con el apoyo suficiente de otras personas en el ámbito interpersonal, y estas actitudes son reforzadas por experiencias negativas pasadas que sucedieron dentro del ámbito familiar nuclear.

Área de la personalidad:

Clienta tiende a mostrar conductas introvertidas; prefiere realizar actividades en solitario, pero expresa mayor espontaneidad con personas más cercanas. Además, logra la adaptación a situaciones sociales dado que cuenta con ciertas habilidades sociales que le permiten entablar relaciones interpersonales y cumplir con exigencias laborales.

La evaluada presentaría algunas características de personalidad narcisista y estas podrían ser un factor subyacente notorio en las dificultades emocionales, cognitivas e interpersonales que presenta en la actualidad. Dentro de sus posibilidades, trata de buscar reconocimientos en distintos ámbitos en los que se desenvuelve. Existiría preocupación por fantasías de éxito, de poder, y por imaginar que otras personas cercanas están pendientes de sus acciones. En algunas oportunidades, debido a estas tendencias denotaría soberbia por algunos logros regulares alcanzados en el ámbito

ocupacional (comprobables según las constancias laborales que guarda) y ausencia de empatía con personas que ella cree que no la merecen (personas que en el pasado le han brindado un trato inadecuado, por ejemplo, la madre y los hermanastros, y su suegro). En ocasiones, ha llegado a fingir optimismo y tranquilidad cuando se ha demostrado la vulnerabilidad por algunos defectos evidentes, e intenta reprimir las verdaderas emociones negativas, como el enojo.

En cuanto a sus reacciones emocionales, llega a presentar moderada capacidad de inhibición de sus expresiones emotivas negativas, que suelen ser espontáneas en situaciones no planificadas y con adecuado autocontrol en actividades rutinarias planificadas. Además, estas características la hacen vulnerable a condicionamientos veloces y estables en el tiempo. En ocasiones, al experimentar emociones no placenteras, estrés o frente estímulos ansiógenos, -debido a los elementos descritos-, podría presentar poca capacidad de trabajo, escasa iniciativa, búsqueda de protección, pesimismo, evasividad y constantes sentimientos de tristeza y tensión.

Área afectiva:

Evaluada alcanza un nivel de depresión moderada ya que se evidencian síntomas de depresión en esa intensidad. Presenta tristeza gran parte del tiempo, pesimismo, sentimientos de fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad consigo misma, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios de hábitos de sueño, irritabilidad, dificultad de concentración, y fatiga.

Diagnóstico ideográfico

Tabla 7

Análisis cognitivo de los síntomas depresivos

Situación problema	Pensamientos	Emociones y conducta
Estímulos externos: Cuando su esposo ignora o evita sus expresiones verbales de cariño o caricias que ella le realiza antes de conciliar el sueño Cuándo ya ha terminado todos los deberes de la casa y no tiene nada que hacer.	Pensamientos automáticos: “mi esposo me dejará por mi carácter berrinchudo” “mi esposo piensa irse con otra” “No puedo cambiar esto” “si mi esposo cambiara entonces estaríamos bien” “yo tengo razón, él, no” “no es justo que mi esposo pueda salir y yo no”	Emociones: frustración Irritabilidad tristeza culpa Ansiedad
Estímulos internos: Cuando olvida hacer deberes del hogar. Cuando recuerda la frase que le dijo su esposo “ya no te amo”. Cuando piensa “qué será de mi hija” Cuando recuerda que su esposo le había dicho que “se veía gordita”. Cuando piensa “Mi esposo es inmaduro”	Creencias intermedias: “no me puedo caer, debo ser fuerte” Creencia central: “nadie me quiere” (de desamparo) “soy una inútil” (de incapacidad)	Conductas Critica los errores propios y ajenos en voz alta (en ocasiones grita). No habla sobre el tema con amigas. En su tiempo libre prefiere quedarse echada en su cama en lugar de jugar videojuegos en PlayStation, jugar en el pc, completar pupiletras, o hacer ejercicio dentro de su hogar. A veces olvida darle comida o agua a su mascota (perro). A veces demora en atender a su hija cuando llora por haberse despertado.

Fisiología
 Dificultad para conciliar el sueño posibilitándole sólo 6 horas de descanso, Energía disminuida
 Llanto (4 veces por semana, aproximadamente) cuando su hija se encuentra dormida (durante media hora).

Nota. Análisis cognitivo de los síntomas depresivos.

Diagnóstico funcional

Tabla 8

Lista de conductas en exceso, debilitamiento y déficit

Exceso	Debilitamiento	Déficit
“No puedo cambiar esto”	Expresión asertiva del	
“¿Por qué no me salen las cosas si yo soy buena madre?”	enojo.	
“Mi esposo me dejará por mi carácter berrinchudo”	Habilidad	de
“Mi esposo piensa irse con otra”	resolución	de
“Si mi esposo cambiara entonces estaríamos bien”	problemas.	
“Yo tengo razón, él, no”		
“No es justo que mi esposo pueda salir y yo no”		
“No me puedo caer, debo ser fuerte”		
“Nadie me quiere”		
“Soy una inútil”		
Se recuesta y evita el ocio		
Expresa su enojo gritando.		
Expresar críticas constantes a sí misma y a su esposo.		

No interactúa con sus amigas

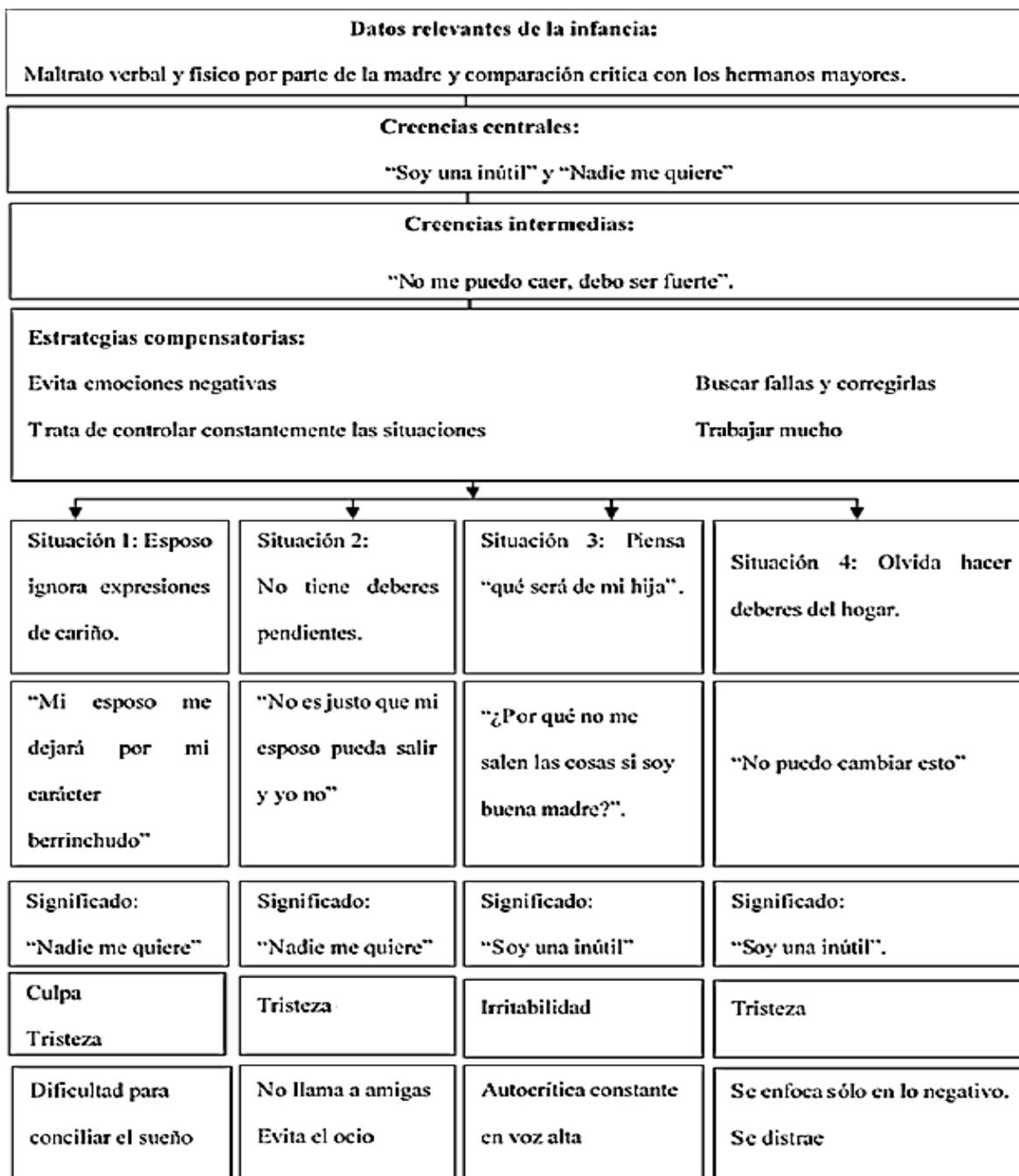
Nota. Lista de conductas en exceso, debilitamiento y déficit.

Conceptualización del caso

Respecto al modelo cognitivo de la psicopatología, Leahy (2018) resalta que para la conceptualización de un caso clínico y para el desarrollo posterior de adecuadas intervenciones terapéuticas se necesita de información sobre los factores que intervienen en el desarrollo y en el mantenimiento de los síntomas. Según esta formulación, se requiere examinar tres niveles principales de pensamiento.

Figura 1

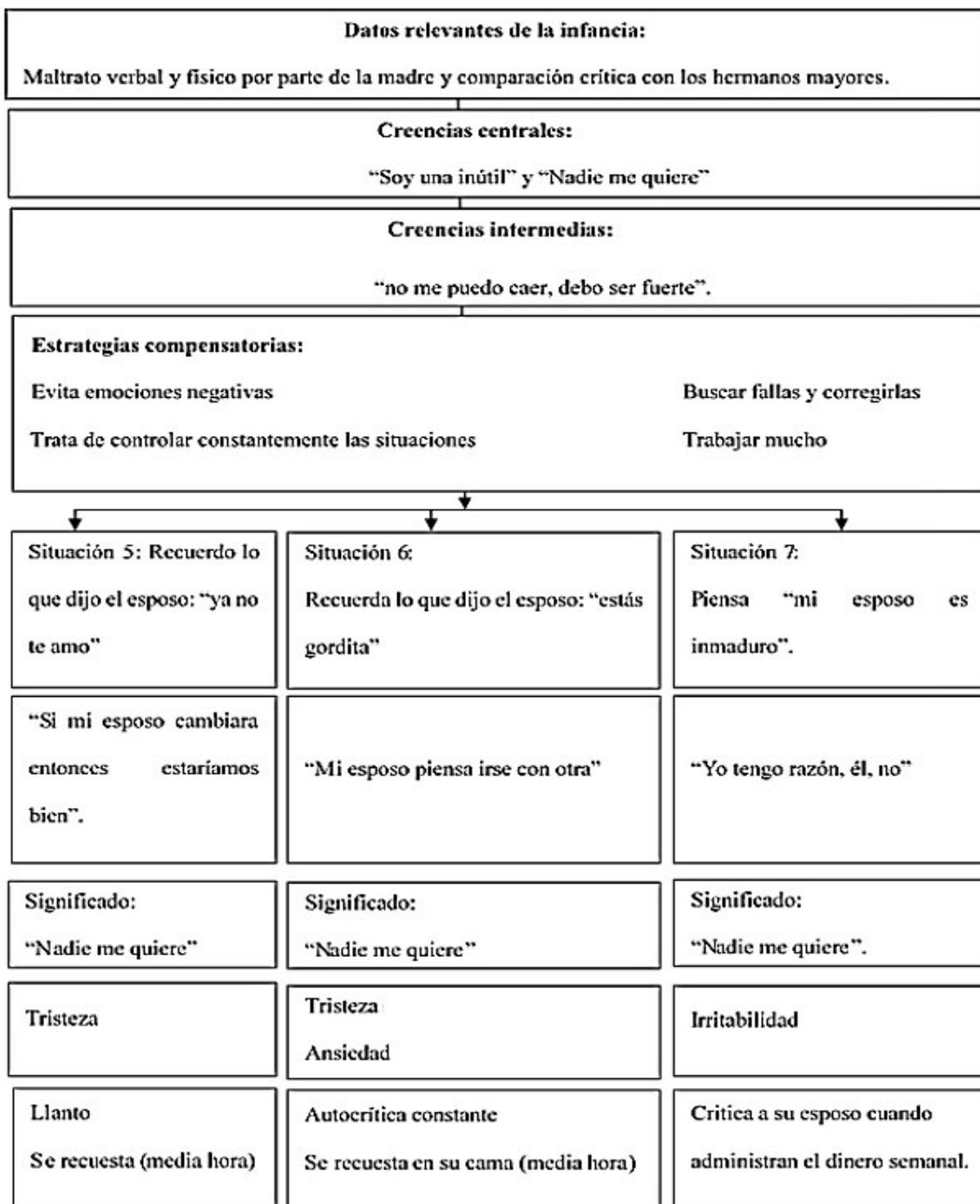
Diagrama de conceptualización según el modelo cognitivo (parte 1)



Nota. Adaptado de *Diagrama de Conceptualización cognitiva*, por J. S. Beck, 2000, *Terapia cognitiva*.

Figura 2

Diagrama de conceptualización según el modelo cognitivo (parte 2)



Nota. Adaptado de *Diagrama de Conceptualización cognitiva*, por J. S. Beck, 2000, *Terapia cognitiva*.

Tabla 9*Registro de línea base de la semana 1(Pensamientos)*

Pensamientos	L	M	MI	J	V	S	D	Total
1. “Nadie me quiere”	10	10	7	7	10	10	10	9
2. “No puedo cambiar esto”	8	9	7	6	8	8	9	8
3. “Mi esposo me dejará por mi carácter berrinchudo”	8	8	7	7	6	7	8	7
4. “Mi esposo piensa irse con otra”	9	8	7	8	8	7	9	8
5. “Si mi esposo cambiara entonces estaríamos bien”	7	7	6	7	8	8	8	7
6. “Yo tengo razón, él, no”	8	9	8	8	7	7	9	8
7. “No es justo que mi esposo pueda salir y yo no”	6	7	5	5	5	8	8	6
8. “Soy una inútil”	10	10	9	7	9	7	8	9
9. “No me puedo caer, debo ser fuerte”	10	10	7	8	7	10	10	9
10. “¿Por qué no me salen las cosas si yo soy buena madre?”	7	7	6	6	8	6	7	7

Nota. Valoración del porcentaje de certeza hacia los pensamientos (Rango referencial: 1-10).

Tabla 10*Registro de línea base de la semana 1(emociones)*

Emociones	L	M	MI	J	V	S	D	Total
Irritabilidad	10	7	10	7	7	8	9	8
Tristeza	10	10	10	9	10	9	10	10
ansiedad	8	8	7	7	6	7	8	7
Culpa	7	7	8	8	8	7	7	7

Nota. Intensidad de las emociones (Rango referencial : 1-10).

Diagnóstico Nomotético

Diagnóstico Nosográfico

CIE 10

En cuanto a los criterios del CIE 10 se encuentra coincidencia con los indicadores del F32.1 Episodio depresivo moderado, ya que se identifican 4 o más de los síntomas de F3 y el paciente demuestra grandes dificultades para continuar con sus actividades diarias.

Cumple con lo siguiente: A) Se evidencian los criterios generales de episodio depresivo (F32), B) Presencia de, al menos, 2 de los 3 síntomas descritos en el criterio B de F32.0, y C) Presentación de los síntomas adicionales del criterio C de F32.0, sumando un total de al menos 6 síntomas.

Diagnóstico diferencial

Se considera que la evaluada no cumple los criterios de Distimia, tampoco cumpliría los síntomas de un episodio de duelo.

2.6. Intervención

2.6.1. Plan de intervención y calendarización

Tabla 11

Plan de intervención y calendarización

Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Participante	Técnicas de tratamiento
01	Lunes 11/10/2021	1 hora y 30 minutos	3 veces por semana	Mujer de 25 años	Observación La técnica de la triple columna Entrevista

					Preprueba: Instrumentos psicológicos Observación
02	Miércoles 13/10/2021	1 hora	3 veces por semana	Mujer de 25 años	La técnica de la triple columna Entrevista Instrumentos psicológicos
03	Viernes 15/10/2021	1 hora	3 veces por semana (videollamada)	Mujer de 25 años	Observación La técnica de la triple columna Entrevista Instrumentos psicológicos
04	Lunes 18/10/2021	1 hora	2 veces por semana	Mujer de 25 años	Técnicas cognitivo conductuales
05	Jueves 21/10/2021	1 hora	2 veces por semana	Mujer de 25 años	Técnicas cognitivo conductuales
06	Lunes 25/10/2021	1 hora	2 veces por semana	Mujer de 25 años	Técnicas cognitivo conductuales
07	Jueves 28/10/2021	1 hora	2 veces por semana (videollamada)	Mujer de 25 años	Técnicas cognitivo conductuales
08	Martes 02/11/2021	1 hora	2 veces por semana	Mujer de 25 años	Técnicas cognitivo conductuales
09	Sábado 06/11/2021	1 hora	2 veces por semana	Mujer de 25 años	Técnicas cognitivo conductuales
10	Miércoles 10/11/2021	1 hora	1 vez por semana	Mujer de 25 años	Técnicas cognitivo conductuales

11	Miércoles 17/11/2021	1 hora	1 vez por semana	Mujer de 25 años	Técnicas cognitivo conductuales
12	Miércoles 24/11/2021	1 hora	1 vez por semana	Mujer de 25 años	Técnicas cognitivo conductuales
13	Miércoles 03/12/2021	1 hora	1 vez por semana	Mujer de 25 años	Técnicas cognitivo conductuales
14	Miércoles 09/12/2021	1 hora	1 vez por semana	Mujer de 25 años	Técnicas cognitivo conductuales
15	Miércoles 15/12/2021	1 hora	1 vez por semana	Mujer de 25 años	Técnicas cognitivo conductuales
16	Lunes 20/12/2021	1 hora	1 vez por semana	Mujer de 25 años	Retroalimentación Técnica: Búsqueda de evidencias. Posprueba: Instrumentos psicológicos
17	Lunes 27/12/2021	1 hora	1 vez por semana	Mujer de 25 años	Retroalimentación Técnica: Búsqueda de evidencias.
18	Lunes 03/01/2022	1 hora	1 vez por semana	Mujer de 25 años	Retroalimentación Búsqueda de evidencias.

Nota. Se describe de manera sucinta el plan de intervención.

2.6.2. Programa de intervención

Ante al uso de estrategias o técnicas estandarizadas para cada problema o un tipo de diagnóstico, es importante recordar la necesidad de programas de intervención individualizados, diseñados acorde a las características específicas y no sólo centrados en las conductas problema, sino también que resalten los recursos personales, ambientales, así como las limitaciones. Se ha

han replanteado perspectivas, por ejemplo, ahora ya no se interviene en un sujeto alcohólico, sino se trata con un individuo, en un ambiente físico y social particulares, con determinados recursos y limitaciones, que presenta conductas excesivas de ingesta de alcohol, además de otras conductas perjudiciales bien como consecuencia, bien como mantenedoras, bien como paliativas del consumo de alcohol. Siguiendo esos planteamientos, se amplían los objetivos de intervención desde labores terapéuticas hacia labores profilácticas y de prevención, ya sean individuales, comunitarias, o incluso intervenciones dirigidas a la mejora de la calidad de vida (Labrador, 2013).

A continuación, se describe el programa de intervención dividido en 3 fases: Fase 1, la evaluación psicológica; fase 2, la aplicación de la intervención terapéutica; y fase 3, el seguimiento.

Tabla 12

Programa de intervención

Fase de evaluación		
Nro. de sesión	Plan de acción de la sesión	Técnicas e instrumentos
1	Evaluación Psicológica: área afectiva y cognitiva. Desarrollo de la historia psicológica	Observación Socialización del paciente en la terapia cognitiva (Caro, 2009). La técnica de la triple columna (Caro, 2011). Entrevista Desarrollo de la preprueba: Inventario de Depresión de Beck II Segunda edición (BDI-II; Beck et al., 2006).

		Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA; Ruiz y Lujan, 1991).
		Inventario de autoestima de Stanley Coopersmith versión adultos.
2	Evaluación Psicológica: área cognitiva y personalidad	Observación
	Desarrollo de la historia psicológica	La técnica de la triple columna (Caro, 2011).
		Socialización del paciente en la terapia cognitiva (Caro, 2009).
		Entrevista
		Test de Factor G- escala 2 (R.B. Cattell y A.K.S. Cattell) 11ª edición
		Inventario de personalidad – Eysenck Forma B para adultos (EPI).
3	Desarrollo de la historia psicológica	Observación
		Entrevista
		Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMII-III; Th.Millon et al., 2007).
		La técnica de la triple columna (Caro, 2011).
		Socialización del paciente en la terapia cognitiva (Caro, 2009).

Fase de intervención

Objetivo específico 1: Disminuir la frecuencia de los pensamientos automáticos: “mi esposo me dejará por mi carácter berrinchudo”, “mi esposo piensa irse con otra”, “No puedo cambiar esto”, “si mi esposo madurara entonces estaríamos bien”, “yo tengo razón,

él, no”, “no es justo que mi esposo pueda salir y yo no”, y “¿por qué no me salen las cosas si soy buena madre?”.

Nro. de sesión	Pensamientos automáticos a intervenir:	Técnicas e instrumentos
4	“No puedo cambiar esto”	Firma del consentimiento informado Socialización del paciente en la terapia cognitiva (Caro, 2009). La técnica de la triple columna (Caro, 2011). Especificación de objetivos subyacentes (Beck et al. 2015). Programación de actividades (Beck, 2010).
5	“Mi esposo me dejará por mi carácter berrinchudo” “No puedo cambiar esto”	Recogida de evidencias (Clark y Beck, 2012). Programación de actividades (Beck, 2010). La técnica de Domino y Agrado (Beck, 2010).
6	“¿Por qué no me salen las cosas si yo soy buena madre?”, y “Mi esposo piensa irse con otra”	Análisis costes-beneficios (Clark y Beck, 2012). La asignación de tareas graduales (Beck, 2010). Recogida de evidencias (Clark y Beck, 2012). Role- playing (Beck et al., 2015).
7	“¿Por qué no me salen las cosas si yo soy buena madre?”	Descenso Vertical (Leahy, 2018)

		Análisis costes-beneficios (Clark y Beck, 2012).
		Técnicas de Mindfulness (Mckay et al., 2007)
		Comprobación de hipótesis empíricas (Díaz et al., 2017).
8	“Si mi esposo cambiara entonces estaríamos bien” y “no es justo que mi esposo pueda salir y yo no”.	Role- playing (Beck et al., 2015). Recogida de evidencias (Clark y Beck, 2012). Análisis costes-beneficios (Clark y Beck, 2012). Resolución de problemas (Wenzel et al., 2016).
9	“Yo tengo razón, él, no” “No es justo que mi esposo pueda salir y yo no”.	Búsqueda de evidencias (Beck, 2010). Análisis costes-beneficios (Clark y Beck, 2012). Descubrimiento guiado (Díaz et al., 2017). Role- playing (Beck et al., 2015). Comprobación de hipótesis empíricas (Díaz et al., 2017).

Objetivo específico 2: Disminuir la frecuencia de la creencia intermedia detectada: “no me puedo caer, debo ser fuerte”.

Nro. de sesión	Plan de acción de la sesión	Técnicas e instrumentos
10	“No me puedo caer, debo ser fuerte”.	Socialización del paciente en la terapia cognitiva (Caro, 2009)

- Análisis costes-beneficios (Clark y Beck, 2012).
- Descubrimiento guiado (Díaz et al., 2017).
- Interpretaciones alternativas (Clark y Beck, 2012).
- Especificación de objetivos subyacentes (Beck et al., 2015).
- La técnica de la triple columna (Caro, 2011).
- Comprobación de hipótesis empíricas (Díaz et al., 2017).
- 11 “No me puedo caer, debo ser fuerte”. Uso de tarjetas de apoyo (J.S. Beck, 2000).
- Descubrimiento guiado (Díaz et al., 2017).
- Técnicas de Mindfulness (Mckay et al., 2007).
- Comprobación de hipótesis empíricas (Díaz et al., 2017).
- 12 “No me puedo caer, debo ser fuerte”. Uso de tarjetas de apoyo (J. S. Beck, 2000)
- Actuar como sí (J. S. Beck, 2000).
- Descubrimiento guiado (Díaz et al., 2017).
- Desarrollar metáforas (J. S. Beck, 2000)
- Comprobación de hipótesis empíricas (Díaz et al., 2017).

Objetivo específico 3: Disminuir la frecuencia de las 2 creencias nucleares detectadas: “nadie me quiere” y “soy una inútil”.

Nro. de sesión	Plan de acción de la sesión	Técnicas e instrumentos
13	“Nadie me quiere”	<p>Socialización del paciente en la terapia cognitiva (Caro, 2009).</p> <p>Análisis costes-beneficios (Clark y Beck, 2012).</p> <p>Técnicas de mindfulness (Mckay et al., 2007).</p> <p>Especificación de objetivos subyacentes (Beck et al., 2015).</p> <p>Interpretaciones alternativas (Clark y Beck, 2012).</p> <p>Uso de tarjetas de apoyo (J. S. Beck, 2000).</p>
14	“Nadie me quiere”	<p>Dramatización racional emocional (J. S. Beck, 2000).</p> <p>Uso de tarjetas de apoyo (J. S. Beck, 2000).</p> <p>Descubrimiento guiado (Díaz et al., 2017).</p> <p>Desarrollar metáforas (J. S. Beck, 2000).</p>
15	“Soy una inútil”	<p>Dramatización racional emocional (J. S. Beck, 2000).</p> <p>Uso de tarjetas de apoyo (J. S. Beck, 2000).</p> <p>Actuar como sí (J. S. Beck, 2000).</p>

Descubrimiento guiado (Díaz et al., 2017).

Fase de seguimiento		
16	Seguimiento	Retroalimentación
	Aplicación de los instrumentos para evaluar el área cognitiva y afectiva.	Búsqueda de evidencias (Beck, 2010). Desarrollo de la posprueba: Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) 2da edición (Beck et al., 2006). Informe del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA; Ruiz y Lujan, 1991).
17	Seguimiento	Retroalimentación
		Búsqueda de evidencias (Beck, 2010).
18	Seguimiento	Retroalimentación
		Búsqueda de evidencias (Beck, 2010).

Nota. Se describe el plan de tratamiento describiendo las técnicas y objetivos organizados por fases: evaluación, intervención y seguimiento.

2.7. Procedimiento

Tabla 13

Sesión número 1

A. Establecer el plan de trabajo

Se informa a la clienta que se realizarán 3 sesiones de evaluación, en la que se recopilará información para la historia psicológica, y se aplicarán los instrumentos con la finalidad de evaluar las áreas afectiva, cognitiva y de personalidad. Se indica que el modelo cognitivo será el que nos ayude a iniciar la formulación del caso y se enfatiza que, por el momento, no

se realizará intervención alguna. Al finalizar, se le comenta el diagnóstico presuntivo y se desarrolla el encuadre psicológico.

B. Intervención

-Desarrollo de la historia psicológica

-Elaboración del análisis funcional inicial

-Elaboración de la conceptualización del caso inicial

-Aplicación de los instrumentos para evaluar el área afectiva y cognitiva: El Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) 2da edición (Beck et al., 2006), el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA; Ruiz y Lujan, 1991), y el Inventario de autoestima de Stanley Coopersmith Versión adultos.

C. Fijar tareas para el hogar

Se enseña a la evaluada a rellenar los registros de pensamientos que podrá completar cuando experimente los síntomas depresivos (La técnica de la triple columna).

D. Síntesis y retroalimentación

El terapeuta brinda retroalimentación sobre el desempeño del cliente, además comunica el diagnóstico presuntivo. Por otro lado, brinda reforzamiento positivo a la actitud de colaboración que presenta la paciente.

Nota. Adaptado de *La estructura de la primera sesión de terapia*, por J. S. Beck, 2000, Terapia cognitiva.

Tabla 14

Sesión número 2

A. Establecer el plan de trabajo

Se informa a la clienta que se continuarán con las sesiones de evaluación, en la que se completará la historia psicológica, se aplicarán los instrumentos para evaluar el área cognitiva y de personalidad.

B. Intervención

-Cumplimentación de la historia psicológica

-Revisión del registro de pensamientos, cumplimentación del análisis funcional y la definición de las cogniciones disfuncionales.

-Cumplimentación de la conceptualización del caso

-Aplicación de los instrumentos para evaluar el área cognitiva y personalidad: Test de Factor “g” Escala 2, 11ª edición (R.B. Cattell y A.K.S. Cattell, 2009) y el Inventario de personalidad – Eysenck Forma B para adultos (EPI).

C. Fijar tareas para el hogar

Se recomienda a la clienta rellenar los registros de pensamientos cuando experimente los síntomas depresivos.

D. Síntesis y retroalimentación

El terapeuta brinda retroalimentación sobre el desempeño del cliente. Por otro lado, brinda reforzamiento positivo a la actitud de colaboración que presenta la evaluada. Esta última acción es relevante para mejorar el estado anímico de Fabiola.

Nota. Adaptado de *La estructura de la primera sesión de terapia*, por J. S. Beck, 2000, Terapia cognitiva.

Tabla 15

Sesión número 3

A. Establecer el plan de trabajo

Se informa a la clienta que se finalizarán las sesiones de evaluación; se completará la historia psicológica, y se aplicará un instrumento para evaluar el área de personalidad.

B. Intervención

-Cumplimentación de la historia psicológica.

-Revisión del registro de pensamientos, cumplimentación del análisis funcional y especificación de las cogniciones disfuncionales a intervenir.

-Término de la conceptualización del caso.

-Aplicación de un instrumento para evaluar el área de personalidad (Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMII-III; Th.Millon et al., 2007).

C. Fijar tareas para el hogar

Se vuelve a enfatizar a la clienta que es mejor rellenar los registros de pensamientos cuando experimente los síntomas depresivos, o inmediatamente después de haberlos experimentado.

D. Síntesis y retroalimentación

Terapeuta brinda retroalimentación sobre el desempeño del cliente. Además, nuevamente, brinda reforzamiento positivo a causa de la actitud de colaboración que presenta. Por otro lado, se informa que en la próxima sesión se iniciará la fase de intervención y se plantea una estructura de sesión provisional para trabajar sistemáticamente.

Nota. Adaptado de *La estructura de la primera sesión de terapia*, por J. S. Beck, 2000, Terapia cognitiva.

Tabla 16

Sesión número 4

A. Establecer el plan de trabajo

Se comunican los resultados del informe psicológico, el diagnóstico funcional, el diagnóstico nosográfico (CIE-10), y la conceptualización del caso. Se recuerda a la paciente que desde la presente sesión se implementará la estructura general de las intervenciones, pero que el diseño del plan de tratamiento es flexible y se podrá modificar dependiendo de la naturaleza de los síntomas y de su mejoría. Por último, se realiza la firma del consentimiento informado. Posterior a ello se desarrolla la sesión 4.

B. Controlar el estado de ánimo

Se revisa brevemente el registro de pensamientos inadecuados realizado por Fabiola y no se detectaron cambios de humor significativos; la clienta presenta un nivel de 09/10 en relación a la intensidad general de la depresión. También se aseguró que la evaluada no haya presentado planificación o ideación suicida.

C. Revisar el estado del problema actual

Se recordó la lista de objetivos establecidos en el plan y se comunica que se iniciará con el primer objetivo específico; además, se informa que en caso aparezca un problema nuevo en el transcurso de la última semana, se le podrá incluir en el plan luego de evaluar su gravedad o pertinencia, tomando una decisión en forma colaborativa.

D. Intervención terapéutica

Para iniciar el tratamiento del objetivo 1 se emplean las siguientes técnicas:

1. Socialización del paciente en la terapia cognitiva

Se enfatiza que la conceptualización del modelo cognitivo ayudará a entender los síntomas. Se toma como ejemplo, las propias reacciones emocionales que ha tenido Fabiola hasta ese momento. Para reconocer la influencia de los pensamientos en el estado emocional se usa la técnica de la imaginación.

2. Psicoeducación sobre la depresión

En cuanto a la educación del paciente acerca de la depresión, Alavi & Omrani (2019) indican que algunos puntos importantes deben mencionarse: 1) La depresión puede causar tristeza y es posible que el paciente no disfrute los pasatiempos tanto como antes; la energía puede ser baja y se pueden notar cambios significativos en el sueño y el apetito, 2) Es probable que los sentimientos no desaparezcan por un tiempo considerable, 3) Se podría sentir soledad a pesar de la falta de evidencias, preocupación por la muerte o por acontecimientos tristes, llorar mucho o sentir otras emociones negativas como el enojo, 4) La tristeza podría hacer que su cuerpo se sienta distinto. Podrían experimentar síntomas físicos de dolor en la zona del vientre y en la cabeza; experimentar sudoración, temblores o mareo; sensación de desmayo o vómito, o fuertes latidos del corazón. El cuerpo podría experimentarse como pesado y lento, y no podrían obligarse a hacer nada.

E. Averiguar las expectativas del paciente en relación a la terapia

Se aplica la técnica de Especificación de objetivos subyacentes (Beck et al., 2015) para ayuda a la evaluada a identificar sus valores personales (lo más importante para ella) o aspiraciones (cómo desea que sea su vida). Evaluada define que las áreas más importantes son la relación de pareja, salud mental (estado anímico), la productividad (administración del tiempo), la recreación personal, superación personal (apariencia, control del enojo y retos académicos).

De forma colaboradora, se acuerdan las metas iniciales que ayudarán a cumplir el primer objetivo y que conformarán un plan de acción para practicarlo la próxima semana. Éstos serán coherentes con los valores y aspiraciones:

-Programar actividades para ordenar mejor los horarios.

- Retomar actividades placenteras para la recreación personal.
- Retomar el ejercicio físico para mejorar su apariencia corporal.
- Tratar de enfocarse en las actividades que le salen bien.
- Rellenar los registros y atribuir ciertas conductas problema a la depresión.

Este trabajo ayudará en el proceso de reestructuración del pensamiento: “No puedo cambiar esto”.

F. Fijar tareas para el hogar

- Agregar algún problema a la lista, en caso lo deseara.
- Rellenar el registro de pensamientos inadecuados y continuar con el desarrollo de la habilidad para detectar los pensamientos disfuncionales.
- Revisar el plan de acción y recordar lo planificado
- Tratar de enfocarse en las actividades que le salen bien.
- Rellenar los registros y atribuir algunas conductas problema a la depresión.

G. Síntesis y retroalimentación por parte del paciente

Consultante resume lo avanzado con sus propias palabras y demuestra haber adquirido los conocimientos teóricos y prácticos.

Nota. Adaptado de *La estructura de la primera sesión de terapia*, por J. S. Beck, 2000, Terapia cognitiva.

Tabla 17

Sesión número 5

A. Breve actualización y control del estado de ánimo

Se entrevista a Fabiola y se revisan los registros realizados para evaluar su estado anímico actual y notar si ha habido cambios notorios (el nivel de depresión general es de 06/10). Así mismo, se revisa la lista de objetivos notando que no se ha agregado algún otro objetivo.

B. Revisar el estado del problema actual

Paciente brinda comentarios acerca de lo trabajado en la sesión anterior y logra recordar la estructura; así mismo, comenta los errores y los logros, enfatizando estos últimos. Psicólogo resalta esta evidencia como un logro y brinda reforzamiento positivo de tipo social.

C. Intervención terapéutica

Se continúa con el objetivo específico 1:

Para combatir el pensamiento automático “Mi esposo me dejará por mi carácter berrinchudo” se aplica la Recogida de evidencias (Clark y Beck, 2012), con la finalidad de comprobar el nivel de objetividad y de gravedad, y disminuir las emociones no placenteras. También se introduce la técnica de la Programación de actividades (Beck, 2010). El objetivo es disminuir la frecuencia de la creencia automática “No puedo cambiar esto”. Para ello es necesario generar sensación de control, promover conductas en relación a las aspiraciones personales y encontrar evidencias contrarias a la cognición descrita.

Luego de elaborar en conjunto la programación de actividades del día siguiente, se pide a la paciente que imagine la realización de la primera tarea de la lista con la finalidad de anticiparse a posibles obstáculos (cogniciones o problemas prácticos) que puedan aparecer en el proceso. Además, se agrega la técnica de Domino y Agrado con la finalidad de que Fabiola desarrolle valoraciones realistas sobre la ejecución de las actividades y defina el nivel de satisfacción experimentado. Esto también combatirá cualquier pensamiento automático de tipo “todo nada” que pudiera aparecer en el transcurso de la semana.

D. Fijar tareas para el hogar

-Se motiva a la paciente a practicar el programa en casa; además se le explica que independientemente de los resultados, es útil contemplar la experimentación de esta técnica ya que también ayudará a ordenar la vida del paciente, ha obtener logros pequeños y a crear motivación para plantearse tareas de mayor dificultad.

-Continuar con el registro de nuevos pensamientos que puedan interferir con la práctica de la técnica.

E. Síntesis y retroalimentación por parte del paciente

Consultante resume lo avanzado en la sesión y demuestra haber adquirido los conocimientos teóricos y prácticos.

Nota. Adaptado de *Segunda sesión y siguientes: estructura y formato*, por J. S. Beck, 2000, Terapia cognitiva.

Tabla 18*Sesión número 6*

A. Breve actualización y control del estado de ánimo

Se realiza el seguimiento de los registros de la evaluada con el fin de controlar el estado de ánimo y así prevenir cualquier conducta de riesgo que pueda comprometer la vida de la usuaria. Así mismo, se revisa la lista de objetivos y se constató que la clienta no agregó algún otro.

B. Revisar el estado del problema actual

La consultante resume lo trabajado en la sesión anterior con la finalidad de evaluar su desempeño y encontrar pruebas de sus pequeños avances.

C. Intervención terapéutica

Objetivo 1: reestructuración cognitiva de los pensamientos automáticos “¿por qué no me salen las cosas si yo soy buena madre?”, y “mi esposo piensa irse con otra”

Para combatir el primer pensamiento automático se aplica el Análisis costes-beneficios (Clark y Beck, 2012) con la finalidad de evaluar el nivel de pérdida y los beneficios de pensar de esa forma.

Por otro lado, a la técnica de programación de actividades, a la que se había agregado la técnica de Domino y Agrado, se suma la asignación de tareas graduales.

Específicamente se retomará una actividad que requiere de las habilidades intelectuales: la lectura de un libro. Se desdoblará la tarea del libro en pasos pequeños, para que cada día avance una cantidad de hojas. El primer paso se agregará al programa de actividades ya diseñado.

Se le explica a la examinada que se ha logrado el cumplimiento de las actividades, y que ahora se tratará de retomar actividades cuya ejecución requiere de mayor esfuerzo.

Por otro lado, se desarrolla la reestructuración cognitiva de las cogniciones “mi esposo piensa irse con otra”. Nuevamente se hace uso de Recogida de evidencias (Clark y Beck, 2012) y se elaboran pensamientos alternativos más objetivos.

Sumado a ello se plantea ejecutar la técnica del Role- playing (Beck et al., 2015), en la que el terapeuta asume el rol de la pareja, y se escenifica una situación típica en la que ambos no lograr consensuar la administración de la economía de la semana. Se brinda modelado

cuando es necesario para que la usuaria exprese sus desacuerdos o críticas de una forma asertiva.

Luego de ello se le pide que ponga en práctica lo aprendido cuando su esposo regrese a la casa y que revise su ficha de plan de trabajo para recordar sus valores personales minutos antes de interactuar con él.

D. Fijar tareas para el hogar

Se le comunica que ponga en práctica las técnicas y que también complete el registro de pensamientos mientras realiza las tareas.

E. Síntesis y retroalimentación por parte del paciente

Consultante resume lo avanzado en la sesión y demuestra haber adquirido los conocimientos teóricos y prácticos.

Nota. Adaptado de *Segunda sesión y siguientes: estructura y formato*, por J. S. Beck, 2000, Terapia cognitiva.

Tabla 19

Sesión número 7

A. Breve actualización y control del estado de ánimo

Nuevamente, se revisan los registros para controlar el estado de ánimo y así prevenir cualquier recaída. Al igual que la sesión anterior, se revisa la lista de objetivos en caso se haya sumado otro objetivo.

B. Revisar el estado del problema actual

Fabiola resume lo trabajado en la sesión anterior con la finalidad de evaluar su desempeño y comprobar la mejoría. Se resalta a la paciente que los avances no son drásticos sino dependen de una suma de esfuerzos que se trabajan con la práctica de las tareas semanales.

C. Intervención terapéutica

Se continúa con la intervención para alcanzar el objetivo 1: Se comunica a la evaluada que se continuará con la intervención del pensamiento automático “¿por qué no me salen las cosas si yo soy buena madre?” ya que es muy persistente y requiere de técnicas adicionales.

Se brinda psicoeducación sobre la rumiación y se le aborda por medio del análisis costes y beneficios. Sumado a ello, se realiza una comparación entre las consecuencias de rumiar, y los beneficios de enfocarse en el presente y realizar acciones específicas que le ayuden a vivir a favor de sus valores personales, y las aspiraciones.

Se le brinda psicoeducación sobre la práctica de Técnicas de Mindfulness (Mckay et al., 2007) para abordar la rumiación que mantiene los síntomas cognitivos, fisiológicos y afectivos. Asimismo, se realiza la técnica de centrarse en un solo minuto, para poder practicar los pasos básicos que ayuden a la paciente a ser consciente de los contenidos mentales.

Se plantea la técnica de Comprobación de hipótesis empíricas (Díaz et al., 2017), con la que se motivará a realizar el experimento de practicar lo aprendido cuando sienta estabilidad emocional y durante una situación en la que sea afectada por alguna emoción no placentera.

D. Fijar tareas para el hogar

Se le comunica que ponga en práctica las técnicas y que también complete el registro de pensamientos mientras los realiza. También se le indica que practique la técnica de la conciencia plena 5 minutos en cada mañana.

E. Síntesis y retroalimentación por parte del paciente

Consultante resume lo avanzado en la sesión y demuestra haber adquirido los conocimientos teóricos y prácticos.

Nota. Adaptado de *Segunda sesión y siguientes: estructura y formato*, por J. S. Beck, 2000, Terapia cognitiva.

Tabla 20

Sesión número 8

A. Breve actualización y control del estado de ánimo

Se realiza el control del estado de ánimo mediante la revisión de los registros para evaluar los avances. Así mismo, se revisa la lista de objetivos en caso se haya agregado algún objetivo adicional.

B. Revisar el estado del problema actual

Fabiola resume lo trabajado en la sesión anterior con la finalidad de comprobar la mejoría de los síntomas depresivos. Se revisan los registros para conocer las cogniciones acerca de las tareas y se resuelven dudas sobre la efectividad de lo trabajado. Se recuerda nuevamente que la finalidad de las técnicas es mantenerla activada y hallar pruebas que combatan sus pensamientos absolutistas.

El terapeuta, al encontrar algunas cogniciones erróneas acerca del programa de actividades, las modifica. Se observan avances en el funcionamiento conductual del paciente, ya que manifiesta que “se siente más útil, ordenada y que disfruta más de esas actividades que había dejado de hacer”.

C. Intervención terapéutica

Objetivo 1: reestructuración cognitiva de los pensamientos automáticos: “si mi esposo cambiara entonces estaríamos bien”, y “no es justo que mi esposo pueda salir y yo no”.

Mediante la Recogida de evidencias (Clark y Beck, 2012) se extrae información a favor de las cogniciones descritas y se evalúa la objetividad de las mismas. Asimismo, se aplica el Análisis costes-beneficios (Clark y Beck, 2012) para determinar las ganancias y pérdidas al sostenerlas.

Por otro lado, frente a la cognición “no es justo que mi esposo pueda salir y yo no” se plantea la técnica de Recogida de evidencias (Clark y Beck, 2012) para comprobar la veracidad de su pensamiento y definir el nivel de exageración y se detecta que no habría una adecuada distribución de tareas en el hogar y que todo el peso del trabajo recae sobre la clienta. Frente a ellos se plantea la técnica del Role- playing (Beck et al., 2015) para ensayar frases que le ayuden a comunicar su incomodidad frente a este asunto, de tal manera que actúe a favor de sus valores y aspiraciones personales. Se plantea la creación de pensamientos alternativos con ayuda del descubrimiento guiado.

D. Fijar tareas para el hogar

Se le comunica que ponga en práctica las técnicas y que también complete el registro de pensamientos mientras las realiza.

E. Síntesis y retroalimentación por parte del paciente

Consultante resume lo avanzado en la sesión y demuestra haber adquirido los conocimientos teóricos y prácticos. Se comunica que en las siguientes sesiones se abordarán las creencias tal y como se indica en la conceptualización del caso.

Nota. Adaptado de *Segunda sesión y siguientes: estructura y formato*, por J. S. Beck, 2000, Terapia cognitiva.

Tabla 21

Sesión número 9

A. Breve actualización y control del estado de ánimo

Se revisan los registros para controlar el estado de ánimo y resaltar los logros alcanzados siempre dando crédito al trabajo constante de la clienta. Se continua con la misma lista de objetivos.

B. Revisar el estado del problema actual

Fabiola resume el programa de actividades diseñado en las sesiones anteriores y se brinda refuerzo positivo por haber recordado los contenidos.

C. Intervención terapéutica

Objetivo 1: Se le comunica a la evaluada que se realizará la intervención de los pensamientos: “yo tengo razón, él, no” y “no es justo que mi esposo pueda salir y yo no”.

Nuevamente se brinda psicoeducación sobre el modelo cognitivo y se repasa la influencia de las cogniciones en los síntomas de la depresión. Luego se plantea el Análisis costes-beneficios (Clark y Beck, 2012) para evaluar las ganancias y pérdidas de mantener esos pensamientos. Además, se buscan evidencias a favor y en contra del pensamiento automático con la ayuda de la Búsqueda de evidencias (Beck, 2010); y simultáneamente, se recurre al Descubrimiento guiado (Díaz et al., 2017).

Enfatizando la importancia de vivir acorde a los valores personales, se acuerda con la paciente la importancia de cuidar el área de pareja y se propone realizar acciones específicas para mejorarla. Se aplica la técnica del Role- playing (Beck et al., 2015) para ensayar, una vez más, la comunicación de las críticas y el sentimiento de frustración en una manera

apropiada. Además, se propone la Comprobación de hipótesis empíricas (Díaz et al., 2017) para reforzar lo aprendido.

D. Fijar tareas para el hogar

Se coordina la fecha y el día en el que realizará la tarea, y se solicita que luego de haberla ejecutado, deberá rellenar el registro para evaluar su propio desempeño.

E. Síntesis y retroalimentación por parte del paciente

Consultante resume lo avanzado en la sesión y demuestra haber adquirido los conocimientos teóricos y prácticos.

Nota. Adaptado de *Segunda sesión y siguientes: estructura y formato*, por J. S. Beck, 2000, Terapia cognitiva.

Tabla 22

Sesión número 10

A. Breve actualización y control del estado de ánimo

Se revisan los registros para controlar el estado de ánimo y se resaltan las evidencias de los avances logrados, se brinda crédito al trabajo colaborativo y a los esfuerzos de Fabiola. No se ha agregado algún objetivo adicional.

B. Revisar el estado del problema actual

Fabiola resume el programa de actividades diseñado en las sesiones anteriores con la finalidad de evaluar su desempeño y encontrar evidencias de sus logros. Además, comunica que es más hábil para responder constructivamente a sus pensamientos automáticos.

C. Intervención terapéutica

Objetivo 2: Se le comunica a la evaluada que se realizará la intervención de la creencia intermedia: “no me puedo caer, debo ser fuerte”.

Nuevamente se brinda Socialización del paciente en la terapia cognitiva (Caro, 2009) y se repasa la influencia de las creencias intermedias y nucleares en el mantenimiento de la depresión. Luego se plantea el Análisis costes-beneficios (Clark y Beck, 2012) para evaluar las ganancias y pérdidas de mantener esas creencias. Con la ayuda del Descubrimiento guiado (Díaz et al., 2017) evaluada resalta que en ocasiones esta regla le ha ayudado a ganar

moderados reconocimientos en el trabajo, pero que también le ha traído ciertas dificultades para empatizar con las emociones de tristeza expresadas por otras personas (incluida su pareja y ella misma). Todo ese análisis lo logra gracias a las habilidades ya adquiridas.

Se aplica la técnica del descenso vertical para que la misma evaluada detecte las creencias nucleares. Todo ello, nuevamente con la ayuda del Descubrimiento guiado (Díaz et al., 2017).

Enfatizando la Especificación de objetivos subyacentes (Beck et al., 2015) se acuerda con la paciente la importancia de cuidar su salud mental y de realizar acciones específicas para mejorarla. Por esto último, se ejecuta la técnica del Descubrimiento guiado (Díaz et al., 2017) con la finalidad de que enfatice la búsqueda de otras reglas más adaptativas que le ayuden a afrontar mejor las situaciones presentes. Se enfatiza la técnica de la triple columna (Caro, 2011) para rellenarlo y aprender a responder constructivamente ante ellas.

Se plantea la técnica de Comprobación de hipótesis empíricas (Díaz et al., 2017) con la que se le motivará a realizar el experimento de practicar la estrategia cuando experimente autocríticas. Con la finalidad de que la evaluada se de crédito por expresar sus emociones, y por tolerar las emociones no placenteras. Para esto último también podrá hacer uso de las Técnicas de Mindfulness (Mckay et al., 2007) cuando experimente emociones de alta intensidad. Por último se resalta que expresar sus sentimientos de una manera asertiva contribuye al valor del cuidado de la salud mental y al valor del cuidado de su relación de pareja.

D. Fijar tareas para el hogar

Se coordina la fecha y el día en el que realizará la tarea, luego de haberla ejecutado, rellenará el registro para evaluar su propio desempeño.

E. Síntesis y retroalimentación por parte del paciente

Consultante resume lo avanzado en la sesión y demuestra haber adquirido los conocimientos teóricos y prácticos.

Nota. Adaptado de *Segunda sesión y siguientes: estructura y formato*, por J. S. Beck, 2000, Terapia cognitiva.

Tabla 23*Sesión número 11*

A. Breve actualización y control del estado de ánimo

Se revisan los registros para controlar el estado de ánimo y se comprueba la atenuación de la creencia, es decir la disminución de la frecuencia y la intensidad de la misma ; además se resalta que los avances son producto del trabajo colaborativo y esfuerzo de la paciente No se ha agregado algún objetivo adicional.

B. Revisar el estado del problema actual

Fabiola resume el programa de actividades diseñado en las sesiones anteriores con la finalidad de evaluar su desempeño y encontrar evidencias de sus logros.

C. Intervención terapéutica

Objetivo 2: Se le comunica a la evaluada que se continuará la intervención de la creencia intermedia: “no me puedo caer, debo ser fuerte”.

Nuevamente se brinda la Socialización del paciente en la terapia cognitiva (Caro, 2009) para complementar las explicaciones dadas por la paciente, y se repasa la influencia de las creencias intermedias y nucleares en el mantenimiento de la depresión.

Enfatizando la importancia de vivir acorde a los valores personales, se recuerda a la paciente la importancia de cuidar su salud mental y de realizar acciones específicas para mejorarla. Por esto último, se ejecuta la técnica de Dramatización racional emocional (J. S. Beck, 2000) con la finalidad de que se ensayen reglas más adaptativas que le ayuden a afrontar mejor las situaciones presentes. A su vez se ejecuta el Descenso Vertical (Leahy, 2018) para resaltar el rol subyacente de las creencias centrales.

Por otro lado, se aplica el Uso de tarjetas de apoyo (J. S. Beck, 2000) para elaborar un guion escrito que ayude a practicar creencias alternativas más constructivas cuando las negativas aparezcan con fuerza.

Se plantea la técnica de Comprobación de hipótesis empíricas (Díaz et al., 2017), con la que se motivará a realizar el experimento de practicar creencias más funcionales cuando experimente autocríticas. Una vez más, con la finalidad de que aprenda a tolerar las emociones de mayor intensidad se enfatiza el uso de las Técnicas de Mindfulness (Mckay et al., 2007).

D. Fijar tareas para el hogar

Se coordina la fecha y el día en el que realizará la tarea, luego de haberlo ejecutado, rellena el registro para evaluar su propio desempeño.

E. Síntesis y retroalimentación por parte del paciente

Consultante resume lo avanzado en la sesión y demuestra haber adquirido los conocimientos teóricos y prácticos.

Nota. Adaptado de *Segunda sesión y siguientes: estructura y formato*, por J. S. Beck, 2000, Terapia cognitiva.

Tabla 24

Sesión número 12

A. Breve actualización y control del estado de ánimo

Se revisan los registros para controlar el estado de ánimo y se comprueba la atenuación de la creencia; además se resalta que los avances son producto del trabajo colaborativo y esfuerzo de la paciente. No se ha agregado algún objetivo adicional.

B. Revisar el estado del problema actual

Fabiola resume el programa de actividades diseñado en las sesiones anteriores con la finalidad de cotejar que haya mantenimiento de los logros.

C. Intervención terapéutica

Objetivo 2: Se le comunica a la evaluada que se continuará la intervención de la creencia intermedia: “no me puedo caer, debo ser fuerte”.

Enfatizando la importancia de vivir acorde a los valores personales, se acuerda con la paciente la importancia de reforzar el uso de estrategias conductuales adaptativas (expresión asertiva de las críticas y de la emoción del enojo) y de continuar con los ensayos de las creencias alternativas más saludables. Por esto último, se ejecuta la técnica de Actuar “como sí” (J. S. Beck, 2000), se comunica a la clienta que en ocasiones cambiar las creencias requiere de bastante práctica y esta estrategia le ayudará a cambiar las conductas y luego modificar la creencia. También se emplea la técnica de Desarrollar metáforas (J. S. Beck, 2000) para ayudar al paciente a distanciarse de la creencia.

Se plantea la técnica de Comprobación de hipótesis empíricas (Díaz et al., 2017), con la que se motivará a realizar el experimento de practicar lo aprendido en sesión y luego brindar retroalimentación sobre su experiencia. Luego de realizar la actividad se extraen los aprendizajes por medio del Descubrimiento guiado (Díaz et al., 2017).

D. Fijar tareas para el hogar

Se enfatiza la necesidad de llevar en todo momento las tarjetas de apoyo con los recordatorios y así tenerlas disponible cuando experimente la creencia.

E. Síntesis y retroalimentación por parte del paciente

Consultante resume lo avanzado en la sesión y demuestra haber adquirido los conocimientos teóricos y prácticos.

Nota. Adaptado de *Segunda sesión y siguientes: estructura y formato*, por J. S. Beck, 2000, Terapia cognitiva.

Tabla 25

Sesión número 13

A. Breve actualización y control del estado de ánimo

Se revisan los registros para controlar el estado de ánimo y se comprueba la atenuación de la creencia intermedia; además se resalta que los avances son producto del trabajo colaborativo y el esfuerzo de la paciente. No se ha agregado algún objetivo adicional.

B. Revisar el estado del problema actual

Fabiola resume el programa de actividades diseñado en las sesiones anteriores con la finalidad de cotejar que las técnicas se estén realizando adecuadamente. Asimismo, se comprueba la práctica de las creencias y pensamientos alternativos saludables.

C. Intervención terapéutica

Objetivo 3: Se continuará con la intervención de la creencia central: “nadie me quiere”

Se brinda Socialización del paciente en la terapia cognitiva (Caro, 2009) para recordar que las creencias centrales son las más profundas de los 3 niveles y que se desarrollará el mismo proceso de intervención que se usó con las creencias intermedias.

Ser recuerdan los valores personales ya definidos desde la primera sesión, y la importancia de practicar conductas y pensamientos alternativos que nos ayuden a ir disminuyendo la intensidad y frecuencia de las creencias disfuncionales. Se ejecuta la técnica de Análisis costes-beneficios (Clark y Beck, 2012) junto a la Especificación de objetivos subyacentes (Beck et al., 2015) y se evalúan todas las pérdidas y beneficios experimentados en la vida a causa de la creencia central. Sumado a esa finalidad, se emplea las Interpretaciones alternativas (Clark y Beck, 2012) para encontrar creencias más constructivas de sus vivencias. Todas las creencias alternativas se anotan con la ayuda de la técnica de Uso de tarjetas de apoyo (J. S. Beck, 2000).

Se vuelve a resaltar la alternativa de utilizar la Técnica de mindfulness (Mckay et al., 2007) con la finalidad de que la evaluada continúe desarrollando la habilidad de ser consciente de la creencia disfuncional, y que practique nuevas creencias más adaptativas.

D. Fijar tareas para el hogar

Se enfatiza la necesidad de llevar en todo momento las tarjetas de apoyo con los recordatorios y así tenerlas disponible cuando experimente la creencia inadecuada.

E. Síntesis y retroalimentación por parte del paciente

Consultante resume lo avanzado en la sesión y demuestra haber adquirido los conocimientos teóricos y prácticos.

Nota. Adaptado de *Segunda sesión y siguientes: estructura y formato*, por J. S. Beck, 2000, Terapia cognitiva.

Tabla 26

Sesión número 14

A. Breve actualización y control del estado de ánimo

Se revisan los registros para controlar el estado de ánimo y se comprueba la disminución de la intensidad y frecuencia de la creencia central; además se resalta que los avances son producto del trabajo colaborativo y esfuerzo de la paciente.

B. Revisar el estado del problema actual

Fabiola resume el programa de actividades diseñado en la sesión anterior con la finalidad de evaluar su desempeño y encontrar evidencias de sus logros. Refiere que las prácticas de las técnicas han ayudado a disminuir significativamente la frecuencia de los pensamientos automáticos y de la creencia intermedia. Además, percibe disminución en la intensidad y frecuencia de la creencia central.

C. Intervención terapéutica

Objetivo 3: Se continuará la intervención de la creencia central: “nadie me quiere”.

Se revisan nuevamente los valores personales y se acuerda con la paciente la importancia de cuidar su salud mental y de realizar acciones específicas para mantener la mejoría de los síntomas depresivos. Se ejecuta la técnica de Dramatización racional emocional (J. S. Beck, 2000) con la finalidad de que se ensayen creencias más adaptativas que le ayuden a actuar de una manera más constructiva y se aplica la técnica de Desarrollar metáforas (J. S. Beck, 2000) para distanciarse de la creencia central. Se elabora un guion escrito mediante el Uso de tarjetas de apoyo (J. S. Beck, 2000) para responder a la creencia intermedia cuando se manifieste.

Por ultimo con la ayuda del Descubrimiento guiado (Díaz et al., 2017) se rescatan aprendizajes sobre cómo responder efectivamente a las creencias nucleares, logrando una evaluación más objetiva de la realidad en situaciones específicas.

D. Fijar tareas para el hogar

Se pide a la evaluada que deberá repasar las tarjetas de apoyo y leer el guion que le ayude a evaluar la realidad de una manera más objetiva. Así mismo, en caso que la creencia sea experimentada con mucha intensidad se podrá emplear la Técnica de mindfulness (Mckay et al., 2007) enseñada.

E. Síntesis y retroalimentación por parte del paciente

Consultante resume lo avanzado en la sesión y demuestra haber adquirido los conocimientos teóricos y prácticos.

Nota. Adaptado de *Segunda sesión y siguientes: estructura y formato*, por J. S. Beck, 2000, Terapia cognitiva.

Tabla 27*Sesión número 15*

A.	Breve actualización y control del estado de ánimo
Se revisan los registros para controlar el estado de ánimo y se comprueba la disminución de la intensidad y frecuencia de la creencia central; así mismo se demuestra disminución de los demás síntomas depresivos descritos en la conceptualización del caso.	
B.	Revisar el estado del problema actual
Fabiola explica la utilidad de las técnicas practicadas en la sesión anterior con la finalidad de evaluar su desempeño y encontrar evidencias de sus logros.	
C.	Intervención terapéutica
<p>Objetivo 3: Se continuará la intervención de la creencia central: “soy una inútil”</p> <p>Se vuelven a repasar los valores personales, y se recuerda que es necesario realizar acciones específicas para contribuir en la mejoría de los síntomas depresivos y a su vez vivir acorde a los valores personales. Esto se mantendrá por medio de la práctica de las técnicas cognitivas y conductuales enseñadas.</p> <p>Se replica el procedimiento ya ejecutado y se aplica la técnica de Dramatización racional emocional (J. S. Beck, 2000) con la finalidad de que se ensayen creencias más adaptativas que terminen automatizándose. Luego, con la ayuda del Descubrimiento guiado (Díaz et al., 2017) se extraen los aprendizajes alcanzados en la sesión y se anota una creencia alternativa haciendo Uso de tarjetas de apoyo (J. S. Beck, 2000) para practicarla en otras situaciones concretas.</p> <p>Por último se ejecuta la técnica de Actuar como sí (J. S. Beck, 2000) para evidenciar los aprendizajes.</p>	
D.	Fijar tareas para el hogar
Se pide a la evaluada que repase las tarjetas de apoyo y lea el guion para que evalúe la realidad de una manera más objetiva en situaciones específicas. Así mismo, que en caso la creencia sea experimentada con mucha intensidad, se emplee la técnica de mindfulness enseñada para tolerar el malestar.	
E.	Síntesis y retroalimentación por parte del paciente

Consultante resume lo avanzado en la sesión y demuestra haber adquirido los conocimientos teóricos y prácticos.

Nota. Adaptado de *Segunda sesión y siguientes: estructura y formato*, por J. S. Beck, 2000, Terapia cognitiva.

2.8. Consideraciones éticas

En relación a los aspectos éticos del presente estudio, se toma en cuenta lo planteado en la ley N° 29733 o Ley de protección de datos personales, emitido por decreto supremo N° 003-2013-JUS. Se considera que dicha ley tiene el objetivo de garantizar el derecho primordial a la protección de los datos personales, ya sostenido en el artículo 2, numeral 6, de la Constitución Política del Perú, garantizando un adecuado tratamiento, en un contexto de respeto hacia los demás derechos fundamentales (El peruano, 2013).

También se da relevancia a los artículos del capítulo III descritos en el Código de ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú. Sobre todo, los siguientes: Artículo 22) Toda investigación se realiza respetando la normatividad internacional y nacional que controla la investigación en seres humanos, y el Artículo 24) Contar con el consentimiento informado de los sujetos participantes (Consejo directivo nacional del Colegio de Psicólogos del Perú, 2018).

Por otro lado, se toman en cuenta los aspectos detallados en el Código de Ética para la investigación en la Universidad Nacional Federico Villareal, considerando los principios éticos y comportamientos esperados y exigidos por esta casa de estudios (Secretaría General de la Universidad Nacional Federico Villareal, 2019).

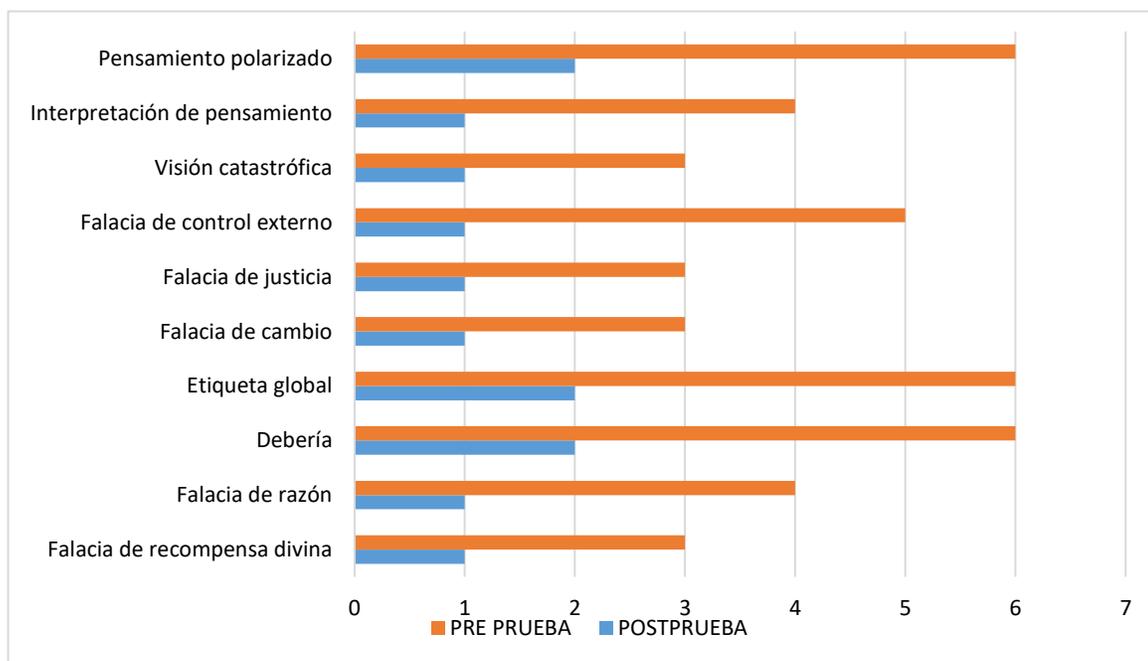
III. Resultados

3.1. Análisis de resultados

A continuación, se detallan los resultados de las mediciones psicométricas en las fases de preprueba y posprueba. Para cada una de las fases se utilizó el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA; Ruiz y Lujan, 1991) y el Inventario de Depresión de Beck II Segunda edición (BDI-II; Beck et al., 2006). Asimismo, se compararon las mediciones de línea base inicial y final según la intensidad de las emociones negativas y según el grado de certeza hacia el contenido de los pensamientos automáticos y creencias.

Figura 3

Comparación entre los resultados de la preprueba y posprueba según el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA; Ruiz y Lujan, 1991).

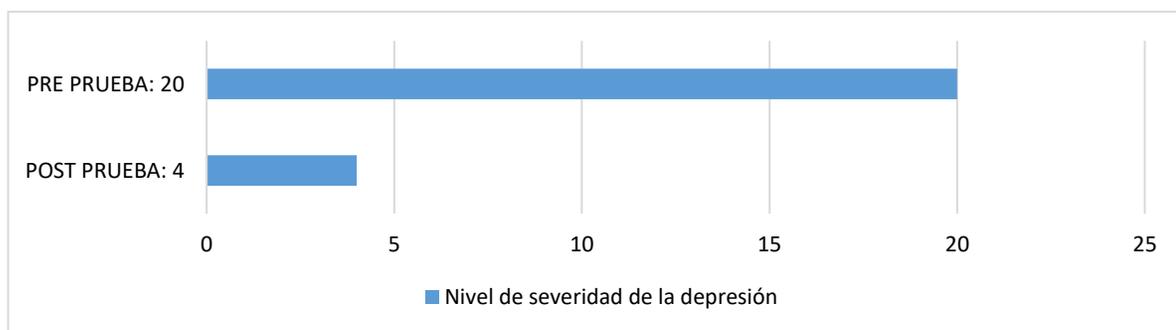


Nota. En esta figura se observa la comparación entre los niveles de frecuencia de los pensamientos automáticos en la preprueba (naranja) y posprueba (azul). Se muestra una disminución notable de la frecuencia.

En la tabla se observa la comparación entre los resultados alcanzados por el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA; Ruiz y Lujan, 1991). En la fase inicial se identificó la frecuencia de 7 pensamientos automáticos que alcanzaron puntajes mayores o iguales a 3; asimismo, se identificaron otras 3 cogniciones (concebidos como creencias, en el presente trabajo) que alcanzaron puntajes de 6. Lo que indica que en un inicio la evaluada se encontró afectada notablemente por tales pensamientos automáticos, y afligida significativamente por las creencias; pero en la segunda fase se comprueba la disminución notable de la frecuencia de cada una de las cogniciones. Se cumplen así los 3 objetivos planteados en este estudio.

Figura 4

Comparación entre los resultados de la preprueba y posprueba según el Inventario de Depresión de Beck II Segunda edición (BDI-II; Beck et al., 2006).



Nota. En esta figura se observa la comparación entre los niveles de severidad de los síntomas depresivos en la preprueba y en la posprueba.

En la tabla se identifica que en la fase de preprueba se obtuvo un nivel 20 en la severidad de los síntomas depresivos. Mientras que en la segunda fase de posprueba se obtiene un puntaje de 4. Lo que significa que la evaluada se encontró afectada por los síntomas en una intensidad moderada previo al tratamiento brindado, y se evidencia disminución notable de los mismos luego de la aplicación de la intervención cognitiva conductual. De este modo se logra el objetivo general planteado.

Tabla 28

Comparación entre los registros de línea base (cogniciones) de la semana 1 y la semana 16

Pensamientos valorados en los registros autoregistros	Fase	L	M	MI	J	V	S	D	Suma Total
1. “Nadie me quiere” (pensamiento polarizado)	Preprueba	10	10	7	7	10	10	10	9
	Posprueba	4	3	4	3	2	3	4	3
2. “No puedo cambiar esto” (falacia de control externo)	Preprueba	8	9	7	6	8	8	9	8
	Posprueba	4	4	3	3	2	3	5	3
3. “Mi esposo me dejará por mi carácter berrinchudo” (visión catastrófica)	Preprueba	8	8	7	7	6	7	8	7
	Posprueba	5	4	4	3	3	2	3	3
4. “Mi esposo piensa irse con otra” (Interpretación de pensamiento)	Preprueba	9	8	7	8	8	7	9	8
	Posprueba	4	3	3	4	4	4	3	4
5. “Si mi esposo cambiara entonces estaríamos bien” (falacia de cambio)	Preprueba	7	7	6	7	8	8	8	7
	Posprueba	3	5	4	4	5	5	3	4
6. “Yo tengo razón, él, no” (falacia de razón)	Preprueba	8	9	8	8	7	7	9	8
	Posprueba	3	4	4	3	3	3	4	3
7. “No es justo que mi esposo pueda salir y yo no” (falacia de justicia)	Preprueba	6	7	5	5	5	8	8	6
	Posprueba	4	3	3	2	2	4	4	3
8. “Soy una inútil” (etiqueta global)	Preprueba	10	10	9	7	9	7	8	9
	Posprueba	4	3	3	4	3	3	4	3
9. “No me puedo caer, debo ser fuerte” (debería)	Preprueba	10	10	7	8	7	10	10	9
	Posprueba	5	4	3	2	4	2	3	3
10. “¿Por qué no me salen las cosas si yo soy buena madre?” (falacia de recompensa divina)	Preprueba	7	7	6	6	8	6	7	7
	Posprueba	5	4	3	5	6	5	3	4

Nota. Valoración del grado de certeza de los pensamientos automáticos según autoregistros de la paciente (Rango referencial del grado de certeza: 1-10).

En la tabla observamos el contenido de los pensamientos automáticos y las creencias. Se comparan los niveles de certeza hacia estos contenidos entre la línea base 1 y la línea base 16. Esta comparación también comprueba los resultados obtenidos en el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA; Ruiz y Lujan, 1991) en la fase de posprueba.

Tabla 29

Comparación entre los registros de línea base (emociones) de la semana 1 y la semana 16

Emociones	Fase	L	M	MI	J	V	S	D	Total
1. Irritabilidad	Preprueba	10	7	10	7	7	8	9	8
	Posprueba	5	4	5	5	4	5	3	4
2. Tristeza	Preprueba	10	10	10	9	10	8	10	10
	Posprueba	5	4	5	3	5	5	5	5
3. Ansiedad	Preprueba	8	8	7	7	6	7	8	7
	Posprueba	5	5	5	4	4	4	5	5
4. Culpa	Preprueba	7	7	8	8	8	7	7	7
	Posprueba	4	3	4	4	3	3	3	3

Nota. Intensidad de las emociones según autoregistros rellenados por la paciente (Rango referencial : 1-10).

Por otro lado, en la tabla se observa la lista de emociones negativas y las medidas de autoregistro de la línea base 1 y la línea base 16. Se evidencia reducción de la intensidad de las emociones negativas identificadas. Lo que se relaciona con los resultados obtenidos en el

Inventario de Depresión de Beck II Segunda edición (BDI-II; Beck et al., 2006) en la fase de posprueba.

3.2. Discusión de resultados

En lo concerniente al objetivo general, se logró reducir los síntomas depresivos mediante la aplicación de un programa cognitivo conductual en una mujer joven. Esto se alcanzó gracias a que las técnicas implementadas lograron aliviar la sintomatología a un nivel adaptativo. Tal y como se observa en la figura 4, antes de aplicar la variable independiente los síntomas alcanzaban un nivel de severidad moderada (indicado por el puntaje 20 en la preprueba) y demostraron haber disminuido a un nivel leve al realizar la posprueba (puntaje de 4). Entre las investigaciones en las que se han obtenido resultados similares se encuentra la diseñada por Calderón (2020) quien también desarrolló un programa de intervención cognitiva conductual en el caso de una mujer peruana de 29 años con Depresión moderada y demostró la eficacia de las técnicas cognitivas conductuales para intervenir en las cogniciones y conductas disfuncionales, estos beneficios ayudaron a la paciente a disminuir los síntomas depresivos. Asimismo, Betancur (2020) intervino en una paciente colombiana de 32 años con diagnóstico de trastorno depresivo persistente bajo una conceptualización cognitiva y como parte de la intervención incluyó técnicas cognitivas y conductuales, demostrando mejoría desde el primer día de terapia.

Es sumamente importante indicar que las técnicas cognitivas y conductuales aplicadas en el presente estudio siguieron una conceptualización cognitiva. Por lo tanto, es imprescindible recordar el sustrato teórico que lo respalda; y tal y como lo indican Leahy et al. (2012), los modelos cognitivos de la depresión existentes señalan que el mantenimiento, origen o intensificación de los síntomas cognitivos, motivacionales y vegetativos, se consideran consecuencia de la existencia de distorsiones, estilos de pensamiento o sesgos cognitivos. Además, en lo referente al proceso de

intervención, y tal y como menciona Beck et al. (2010), es posible incluir técnicas conductuales al inicio del tratamiento, con la finalidad de restablecer el funcionamiento, ya que estos recursos son utilizados como un medio para lograr la modificación cognitiva. Por otro lado, J. S. Beck (2000) menciona que el terapeuta cognitivo puede utilizar, dentro de un marco cognitivo, diversas técnicas que provengan de otras orientaciones psicológicas.

En cuanto al logro del primer objetivo específico, que buscaba la disminución de la frecuencia de los 7 pensamientos automáticos. Se corrobora la efectividad de las técnicas cognitivo conductuales para tal fin, reflejándose en los puntajes obtenidos en la etapa de pre prueba y posprueba (ver la figura 3). Se aplicaron estrategias como La técnica de la triple columna, la Socialización del paciente en la terapia cognitiva, la Programación de actividades, la técnica de Domino y Agrado, la Recogida de evidencias, el Análisis costes-beneficios y el Descubrimiento guiado para lograr reestructurar las cogniciones disfuncionales. Esto facilitó la disminución de la intensidad de los síntomas afectivos, fisiológicos y los patrones conductuales no funcionales. Un estudio colombiano con resultados similares fue el elaborado por Berrío (2019) quien evidenció la efectividad de una Terapia cognitiva con entrega virtual (13 sesiones) en una paciente mujer de 31 años con trastorno depresivo persistente y demostró que mediante la aplicación de las técnicas derivadas del modelo (tales como la Psicoeducación, el Diálogo socrático, y el análisis de ventajas y desventajas) se logró reducir la frecuencia de las distorsiones cognitivas y la disminución de los síntomas de depresión. Huaynates (2019) también ejecutó un programa según el enfoque de la terapia cognitivo conductual en una mujer peruana de 40 años que presentaba sintomatología depresiva en nivel moderado, para ello empleó técnicas de la psicoeducación, activación conductual y reestructuración cognitiva que ayudaron a modificar las cogniciones que generaban sufrimiento emocional y problemas conductuales. Además, Sánchez (2019) aplicó un programa de

terapia cognitivo conductual y logró mejorar el estado afectivo y la adaptación a diversas áreas del funcionamiento en una clienta peruana de 14 años con depresión nivel moderado y rasgos esquizoides, siendo útil la inclusión de la técnica de columnas paralelas, el diálogo expositivo, la Psicoeducación, la técnica de programación de actividades, la técnica de dominio y agrado, la identificación y modificación de los pensamientos distorsionados, y el aprendizaje de habilidades sociales.

Es pertinente resaltar que, tal y como lo explica Gavino (2018), las evaluaciones y creencias subyacentes cumplen un rol de mediador entre las consecuencias afectivas y conductuales que se generan en respuesta de una situación. A causa de este proceso se forma un círculo vicioso depresivo en el que el paciente se siente mal, decrece su rendimiento y esto último se convierte en retroalimentación negativa que, a su vez, crea más cogniciones de naturaleza negativa. Estas ideas apoyan la propuesta esencial de la conceptualización cognitiva. Además, diversos autores como Feixas y Compañ (2015) describen que el modelo cognitivo defiende la existencia de sesgos cognitivos al momento de procesar la información que influiría en la aparición y el mantenimiento de los síntomas depresivos.

Se destaca la utilización de las técnicas de reestructuración cognitiva (RC) que han sido definidas como un conjunto heterogéneo de enfoques y técnicas que en la actualidad conviven, cada uno con sus propias características, pero con el mismo fin que es el reconocimiento del rol mediador de las cogniciones en las respuestas conductuales emitidas. Con esas estrategias se buscó analizar y modificar los patrones de respuesta cognitivos que integraban el pensamiento disfuncional logrando sustituirlos por otros más racionales y adaptativos (Olivares, 2014).

En lo concerniente al segundo y tercer objetivo que buscaban atenuar las creencias intermedias y nucleares, se logró disminuir la intensidad y la frecuencia de las mismas por medio

de la aplicación de las técnicas cognitivas y conductuales para mejorar el funcionamiento personal de la paciente; y se tomó como evidencia de ello la disminución de la intensidad de los síntomas depresivos en el objetivo general (figura 4) y en el objetivo número uno (figura 3). Diversos estudios han corroborado la posibilidad de disminuir la intensidad y frecuencia de las creencias. Así, Acebedo y Gélvez (2018) ejecutaron un proceso de intervención psicológica, desde el enfoque cognitivo-conductual en una paciente mujer chilena de 35 años en el que se lograron cumplir los objetivos para restablecer el funcionamiento personal y la reducción de síntomas depresivos; además, valiéndose de técnicas tales como la psicoeducación y el análisis y evaluación empírica, se logró intervenir en las creencias cuya reestructuración hizo posible la mejora general. Por su parte, Zuluaga (2018) aplicó un tratamiento de terapia cognitiva conductual a un paciente hombre colombiano de 21 años con trastorno de personalidad dependiente y un trastorno mixto de ansiedad y depresión, utilizando técnicas como el diálogo socrático, las dramatizaciones, la revisión de la evidencia de contradice la creencia, y la construcción de creencias adaptativas; alcanzando resultados eficaces que contribuyeron a la estabilización del estado anímico del paciente y posibilitando la modificación de la creencia central detectada. Por otra parte, Quiroga (2017) ejecutó un programa compuesto de técnicas cognitiva conductuales para atender el caso de una adolescente colombiana de 15 años, víctima de abuso sexual con trastorno depresivo moderado, siendo parte de las estrategias utilizadas la programación de actividades graduales, las actividades de agrado, la psicoeducación, y el dialogo socrático, el análisis en cadena, la psicoeducación, las metáforas, el dialogo socrático, y el Role playing; lo que ayudó a profundizar en la estructura cognitiva subyacente al trastorno e hizo posible la flexibilización de los esquemas.

Con respecto a considerar la atenuación de las creencias como un logro terapéutico, J. S. Beck (2000) menciona que usualmente no es posible ni deseable reducir el grado de una creencia

hasta el nivel de 0%. Se necesitaría reconocer el momento en que se debe dejar de trabajar sobre una idea. Por lo general, se considera que una creencia ha sido atenuada en una medida suficiente cuando el paciente la valora con menos de un 30% de credibilidad y cuando puede continuar modificando su comportamiento a pesar de que permanezca un remanente de la creencia. Esta idea es comprensible al tomar en cuenta las características de las creencias mencionadas por Bennett-Levy et al. (2015) quienes aluden que en el tercer nivel de pensamiento se incluyen las creencias básicas y estas pueden describirse como creencias incondicionales, absolutas, y multisituación desarrolladas bajo influencia de la experiencia infantil con personas influyentes importantes y experiencias traumáticas.

Con respecto a la decisión de tratar las creencias en las últimas sesiones, J. S. Beck (2000) sostiene que el terapeuta no promueve la modificación de creencias hasta estar seguro que el paciente haya adquirido las estrategias esenciales para identificar y modificar sus pensamientos automáticos y haber logrado un cierto grado de alivio de los síntomas. Asimismo, menciona que algunas creencias son más difíciles de modificar y requieren aún más tiempo de intervención, tal es el caso de la creencia nuclear “nadie me quiere” presente en la conceptualización realizada.

En relación a las técnicas eficaces utilizadas para tratar las creencias en el presente estudio se consideró la propuesta de J. S. Beck (2021) quien menciona que se pueden utilizar las mismas técnicas de tratamiento, tanto para las creencias centrales como para las creencias intermedias. Por ejemplo, una de las técnicas útiles para estos fines fue la técnica de actuar “como sí”. Por otro lado, la misma autora menciona que la forma de Terapia cognitiva Conductual (T.C.C.) derivada del modelo de Beck suele incorporársele técnicas de otras terapias derivadas de la T.C.C. tales como la terapia conductual dialéctica (Linehan, 1993), la terapia racional emotiva conductual (Ellis, 1962), la terapia de aceptación y compromiso (Hayes et al., 1999), la terapia de procesamiento

cognitivo (Resick & Schnicke, 1993), la de activación conductual (Lewinsohn et al., 1980; Martell et al., 2001), y otros; todo ello conceptualizado dentro de un marco cognitivo.

3.3. Seguimiento

Se desarrolló el seguimiento en las dos semanas siguientes, garantizando el mantenimiento de los resultados. Las sesiones se desarrollaron con 1 hora de duración y las finalidades específicas fueron que la clienta logre ejecutar las técnicas con eficacia y que demuestre flexibilidad para adecuarlas a cualquier otra situación problemática que pueda suceder.

IV. Conclusiones

❖ Se logró la reducción de los síntomas emocionales y fisiológicos mediante la reestructuración cognitiva de los pensamientos automáticos y creencias en la paciente con diagnóstico de depresión.

❖ Se consiguió la reestructuración de los 7 pensamientos automáticos manteniendo frecuencias mínimas que contribuyeron a la recuperación de hábitos conductuales saludables que, a su vez, brindaron evidencia en contra a los productos cognitivos disfuncionales que se combatían.

❖ Se alcanzó la disminución de la intensidad y frecuencia de la creencia intermedia detectada contribuyendo en el abandono de estrategias cognitivas y conductuales no funcionales que no eran coherentes a las metas, valores y aspiraciones personales.

❖ Se logró atenuar o disminuir la intensidad y frecuencia de las creencias centrales activadas por la depresión contribuyendo al mantenimiento de los objetivos previos y previniendo recaídas.

V. Recomendaciones

- ❖ Desarrollar más estudios para aplicar programas que incluyan técnicas cognitivo conductuales enmarcadas con una conceptualización cognitiva.
- ❖ Investigar la contribución de técnicas de tercera generación bajo la conceptualización cognitiva y cómo estas pueden contribuir en la mejoría de los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo.
- ❖ Elaborar estudios utilizando otros instrumentos de medición que incidan en otras variables como la rumiación y las cavilaciones, y su influencia en el proceso terapéutico.
- ❖ Ejecutar programas cognitivo conductuales cuya conceptualización incluya aportes de las últimas actualizaciones en relación al desarrollo de la terapia cognitiva.
- ❖ En lo referente a la consultante, continuar con la práctica de las habilidades adquiridas para detectar las cogniciones y responder adecuadamente a estas, y así mantener los logros alcanzados.
- ❖ Asistir a terapia de pareja con enfoque cognitivo con la finalidad de intervenir a profundidad en el área de pareja y asegurar el mantenimiento de los logros individuales ya establecidos.
- ❖ Continuar con el seguimiento de manera periódica para mantener el aprendizaje de las cogniciones y conductas adaptativas.

VI. Referencias

- Acevedo Rodríguez, M. Y., y Gélvez Gafaro, L. M. (2018). Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte*, (55), 146–158.
<https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/1001>
- Alavi, N. y Omrani, M. (2019). *Online Cognitive Behavioral Therapy: An e-Mental Health Approach to Depression and Anxiety* [Terapia cognitiva conductual en línea: un enfoque de salud mental electrónica para la depresión y la ansiedad]. Springer.
- American Psychiatric Association (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5.^a ed.). Editorial médica panamericana.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285. <https://div12.org/psychological-treatments/>
- Barlow, D. (2018). *Manual clínico de trastornos psicológicos: Tratamiento paso a paso*. Editorial el manual moderno.
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Jüni, P., y Cuijpers, P. (2013). Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 10(5), 1-17.
doi:10.1371/journal.pmed.1001454
- Beck, A., Davis, D., y Freeman, A. (2015). *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (3.^d ed.) [Terapia cognitiva para los trastornos de personalidad]. The Guilford Press.

- Beck, A., Grant, P., Inverso, E., Brinen, A. y Perivoliotis, D. (2020). *Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Serious Mental Health Conditions [Terapia Cognitiva Orientada a la Recuperación para condiciones de salud mental serias]*. The Guilford Press.
- Beck, A., Rush, A., Shaw B., y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19.^a ed.). Editorial Desclée de Brouwer.
- Beck, A.; Steer, R., y Brown, G. (2006). *Inventario de Depresión de Beck. BDI – II*. Paidós
- Beck, A., Wright, F., Newman, C. y Liese, B. (2019). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Editorial Planeta.
- Beck, J. (2021). *Cognitive behavior therapy: basics and beyond* (3.^d ed.) [Terapia cognitiva conductual: conceptos básicos y profundización]. The Guilford Press.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Berrío García, N. (2019). Terapia cognitiva con entrega virtual en trastorno depresivo persistente: estudio de caso. *Revista Clínica Contemporánea*, 10(3), 1-14, <https://doi.org/10.5093/cc2019a21>
- Bhattacharya, L., Chaudari, B., Saldanha, D., y Menon, P. (2013). Cognitive behavior therapy. *Medical Journal of Dr. D.Y. Patil University*, 6(2), 132-138. https://www.mjdrdypu.org/temp/MedJDYPatilUniv62132-1568572_042125.pdf
- Braun, J. D., Strunk, D. R., Sasso, K. E., y Cooper, A. A. (2015). Therapist use of Socratic questioning predicts session-to-session symptom change in cognitive therapy for depression. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 32-37.
- Brown G. y Clark D. (2015). *Assessment in Cognitive Therapy [Evaluación en Terapia Cognitiva]*. The Guilford Press.

- Caballo, V., Salazar, I., y Carrobles, J. (2014). *Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos* (2.^a ed.). Ediciones Pirámide.
- Calderón, E. (2020). *Intervención Cognitivo Conductual para una mujer adulta con depresión*. [Trabajo académico, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4654>
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas* (2.^a ed.). Editorial Desclée de Brouwer.
- Caro, I. (2009). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas: Modelos y técnicas principales*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Cattell, R. B. y Cattell, A. K. S. (2009). *Factor “g” 2 y 3: Tests de Factor “g”, Escalas 2 y 3: Manual* (11^a ed.). Tea ediciones.
- Céspedes, L. (2018). *Aplicación de un programa de terapia cognitiva conductual en adolescentes y jóvenes con depresión provenientes de la universidad privada San Juan Bautista* [Tesis de maestría, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. Repositorio Institucional UIGV. <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2533>
- Clark, D. (2020). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD and its subtypes* (2.^d ed.) [Terapia cognitivo-conductual para el TOC y sus subtipos]. The Guilford Press.
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad: Ciencia y práctica*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Consejo directivo nacional del Colegio de Psicólogos del Perú (2018). Código de Ética y Deontología: Resolución No 190-2018 –CDN-C. PsP. http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf

- De la Villa Moral-Jiménez, M., y Esther González-Sáez, M. (2020). Distorsiones Cognitivas y Estrategias de Afrontamiento en Jóvenes con Dependencia Emocional. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 11(1), 15–30. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2020.01.032>
- Díaz, M., Ruiz, M. y Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Diez-Canseco, F., Ipince, A., Toyama, M., Benate-Galvez, Y., Galán-Rodas, E., Medina-Verástegui, J., Sánchez-Moreno, D., Araya, R., y Miranda, J. (2014). Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 31(1), 131-136.
- Dobson, K, y Dozois, D. (2019). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (4.th ed.) [Manual de Terapias Cognitivo-Conductuales]. The Guilford Press.
- El peruano (2013). Reglamento de la ley No 29733, ley de protección de datos personales: Decreto Supremo No 003-2013-JUS. Editora Perú. <https://diariooficial.elperuano.pe/pdf/0036/ley-proteccion-datos-personales.pdf>
- Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, R., Chiu, W., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J., He, Y., Hu, C., Karam, E., Kawakami, N., Lee, S., Lund, C., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Navarro-Mateu, F., Pennell, B., Sampson, N., Scott, K., Tachimori, H., Ten Have, M., Viana, M., Williams, D., Wojtyniak, B., Zarkov, Z., Kessler, R., Chatterji, S., y Thornicroft, G. (2017). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and

- substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med.*, 48(9), 1560-1571.
- Eysenck, H. y Eysenck, S. (1964). *Inventario de personalidad (EPI)*. Universidad de Londres.
- Feixas, G. y Compañ, V. (2015). *Manual de intervención centrada en dilemas para la depresión*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Fernández-Ballesteros (2013). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos* (2.^a ed.). Ediciones Pirámide.
- Fonseca, E. (coord.). (2019). *Tratamientos psicológicos para la psicosis*. Ediciones Pirámide.
- Fontes, S., García, C., Quintanilla, L., Rodríguez, R., Rubio, P., y Sarriá, E. (2015). *Fundamentos de Investigación en Psicología*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- García-Torres, F., Alós, F., Pérez Dueñas, C., y Moriana, J. (2016). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces en Psicooncología: Alteraciones psicológicas y físicas*. Ediciones Pirámide.
- Gautam, M., Tripathi, A., Deshmukh, D., y Gaur, M. (2020). Cognitive behavioral therapy for depression. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(7), 223-229.
- Gilson, M., Freeman, A., Yates, M. y Morgillo, S. (2009). *Overcoming Depression: A Cognitive Therapy Approach, Workbook* (Second Edition) [Superar la depresión: un enfoque de terapia cognitiva, libro de trabajo]. Oxford University Press.
- Hayes, S. y Hofmann, S. (Ed.). (2018). *Process-Based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy* [TCC basada en procesos: la ciencia y las competencias clínicas básicas de la terapia cognitiva conductual]. Context Press.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGRAW-HILL Education.

- Hofmann, S. (Ed.). (2017). *International Perspectives on Psychotherapy*. Springer.
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (2019). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales regionales- 2015. Informe General. Anales de Salud Mental, (Vol. XXXV, Número 1).
<https://www.inism.gob.pe/investigacion/estudios.html>
- Labrador, F. (Ed.). (2013). *Técnicas de modificación de conducta*. Ediciones pirámide.
- Lachira, L. (2014). *Risoterapia: intervención de enfermería en el incremento de la autoestima en adultos mayores del club “Mis Años Felices”*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional UNMSM.
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3534>
- Lara Cantú, M., Verduzco, M., Acevedo, M., y Cortés, J. (1993). Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Cooper Smith para adultos, en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25(2), 247-255.
- Leahy, R. (2018). *Técnicas de Terapia Cognitiva: una guía para profesionales* (2.^a ed). Librería Akadia editorial.
- Leahy, R., Holland, S. y McGinn, L. (2012). *Treatment Plans and Interventions for Evidence-Based Psychotherapy* (second edition). The Guilford Press.
- Luis Pascual, J. C. (2019). Impacto del programa Mindfulness Basado en la Terapia Cognitiva: Estudio de caso en la Universidad de Alcalá. *RIECS*, 4 (S1), 2530-2787.
<https://doi.org/10.37536/RIECS.2019.4.S1.123>
- Martell, C., Dimidjian, S., y Herman-Dunn, R. (2013). *Activación conductual para la depresión: una guía clínica*. Editorial Desclée de Brouwer.

- Martina, M., Ara, M.A., Gutiérrez, C., Nolberto, V., y Piscocoya, J. (2017). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *An Fac med.*,78(4), 393-397. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14259>
- Mckay, M, Wood, J. y Brantey, J. (2007). *Manual Práctico de Terapia Dialéctico Conductual*. Desclée de Brouwer.
- Millon, Th., Davis, R. y Millon, C. (2007). MCMII-III. *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III: Manual*. TEA ediciones.
- Ministerio de Salud (2020). *Plan de salud mental Perú, 2020 - 2021 (En el contexto covid-19)*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/2130661-plan-de-salud-mental-peru-2020-2021-en-el-contexto-covid-19>
- Ministerio de salud (2018). *Carga de enfermedades en el Perú: Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/276778-carga-de-enfermedad-en-el-peru-estimacion-de-los-anos-de-vida-saludables-perdidos-2016>
- Morrison, J. (2015). *La entrevista psicológica*. Editorial El Manual Moderno.
- Olivares, J. Macia, D., Rosa, A. y Olivares-Olivares, P. (2014). *Intervención psicológica: estrategias, técnicas y tratamientos*. Ediciones pirámide.
- Organización Mundial de la Salud (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97488>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021, 13 de setiembre). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Ortiz- Tallo, M. (coord.) (2019). *Psicopatología clínica: adaptado al DSM-5*. Pirámide.

- Quintanilla, L., García, C., Rodríguez, R., Fontes, S., y Sarriá, E. (2020). *Fundamentos de Investigación en Psicología* (2.^a ed.). Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Quiroga, M. (2017). *Aplicación de técnicas cognitivo conductuales en caso único de adolescente víctima de abuso sexual con trastorno depresivo* [Tesis de maestría, Universidad del Norte].
 Repositorio Institucional UN.
<https://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/7448#page=1>
- Riofrio, J. M., y Villegas, M. d. R. (2016). Distorsiones Cognitivas según Niveles de Dependencia Emocional en Universitarios– PIMENTEL. *Rev. Paian*, 7(1), 2313-3139.
<http://revistas.uss.edu.pe/index.php/PAIAN/article/view/311>
- Rodríguez, D. (2017). “Influencia de la aplicación del programa ‘Leíto. Preparémonos para la lectura’ sobre el nivel de conciencia fonológica en niños con nivel intelectual fronterizo y con dificultades en los procesos léxicos de segundo grado de primaria de colegios públicos de la UGEL Lima 01” [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú].
 Repositorio Institucional PUCP.
<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/11983>
- Rosique, M. y Sanz, T. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente: estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 39 (159-160),17-23. <http://dx.doi.org/10.33776/amc.v39i0.2540>
- Sales, A., Pardo Atiénzar, A., Mayordomo, T., Satorres-Pons, E., y Meléndez, J., C. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas/Effects of cognitive behavioral therapy on depression in institutionalized elderly. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 165-172.
 doi:<http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.20.num.2.2015.15170>

Secretaría General de la Universidad Nacional Federico Villareal (2019). Resolución R. No 6436-2019-CU-UNFV.

https://web2.unfv.edu.pe/sitio/transparencia_estandar/Datos_Generales/Normas_Emitidas/Resoluciones/Consejo_Universitario/2019/Resolucion_R_Nro_6436_2019_CU_UNFV.pdf

Simos, G. (ed.). (2002). *Cognitive Behaviour Therapy: A Guide for the Practising Clinician* [Terapia cognitiva conductual: guía para la práctica clínica]. Routledge.

Soto, E. (2017). *Dimensiones básicas de la personalidad y niveles de rendimiento académico en estudiantes de la escuela académica profesional de psicología de la facultad de ciencias de la salud de la universidad Norbert Wiener* [Tesis de maestría, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. Repositorio institucional UIGV. <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1247>

Vallejo, M. y Comeche, M. (2016). *Lecciones de Terapia de Conducta* (2.^a ed.). S.L. – Dykinson.

Wenzel, A., Dobson, K. y Hays, P. (2016). *Cognitive behavioral therapy techniques and strategies* [Técnicas y estrategias de terapia cognitiva conductual.]. American Psychological Association.

World Health Organization (2017) . *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>.

World Health Organization. (2000) . *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>

Zuluaga, D. (2018). *Aplicación de la terapia cognitiva en un paciente con trastorno mixto de ansiedad y depresión y trastorno de la personalidad dependiente*. [Tesis de maestría, Universidad del Norte]. Repositorio Institucional UN. <https://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/8288#page=1>