



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

CASO PSICOLÓGICO: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA EN  
UNA JOVEN CON DEPRESIÓN

**Línea de investigación:**

**Salud mental**

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

**Autora:**

Puelles Villafana, Nathalie Miriam

**Asesor:**

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

**Jurado:**

Del Rosario Pacherres, Orlando  
Venegas Dioses, Hugo  
Mendoza la Rosa, Ana

**Lima - Perú**

**2022**

**Referencia:**

Puelles, N. (2022). *Caso psicológico: terapia cognitivo conductual aplicada en una joven con depresión*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/6002>



**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**

**CASO PSICOLOGICO: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA EN  
UNA JOVEN CON DEPRESION**

Línea de investigación: Salud Mental

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

**Autora:**

Puelles Villafana, Nathalie Miriam.

**Asesor:**

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

**Jurado**

Del Rosario Pacherrres, Orlando

Venegas Dioses, Hugo

Mendoza la Rosa, Ana

**Lima – Perú**

**2022**

## Pensamientos

Si nuestro pensamiento queda empantanado por significados simbólicos distorsionados, razonamientos ilógicos e interpretaciones erróneas, nos volvemos, en verdad, ciegos y sordos.

Aaron Beck

## Pensamiento

Si nuestro pensamiento es sencillo y claro, estamos mejor equipados para alcanzar nuestras metas.

Aaron Beck

### **Dedicatoria**

A Dios por guiar mis pasos, por brindarme salud y cuidarme siempre, sin él esto no sería posible.

A mi madre por su apoyo incondicional, por el impulso que me brinda para ser mejor persona y seguir creciendo como profesional.

A mi padre que me cuida desde el cielo y haberme dejado como enseñanza que la mejor herencia es la educación.

## **Agradecimientos**

Mi agradecimiento más sincero para todas aquellas personas que con su afecto, comprensión, motivación, hicieron posible la realización de esta investigación.

Quiero agradecer a Dios por guiar mis pasos, darme la salud y las fortalezas necesarias para avanzar día a día a lo largo de mi vida. A mis padres: Pedro Puelles García que me protege desde el cielo y que me ha dejado una gran enseñanza de su vida, para poder cumplir mis metas. A mi madre Edith Villafana Morales, por ser el motor de vida, por brindarme sus lindos consejos, comprensión, paciencia, cariño y por su apoyo incondicional día a día la cual me impulsaban a seguir avanzando. A mis hermanos, Sarita, Denisse, Pedro, Arcely, Kisberg, a quienes agradezco por ser parte de mi vida, por brindarme su afecto, cariño y por enseñarme el lado positivo de la vida, los quiero mucho.

A mi amiga Magaly Torres Nieto quien me brindo motivación, paciencia, comprensión y me impulso a seguir avanzando en la realización de esta investigación. Al Magister Raul Injante Mendoza quien, con su asesoría, experiencia. y amplios conocimientos, siempre estuvo dispuesto a ayudarme para mejorar el nivel de mi investigación y obtener resultados favorables.

Muchas gracias.

## ÍNDICE

Pensamientos.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos.....	iv
Índice.....	v
Índice de tablas.....	vii
Índice de figuras.....	ix
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
I. Introducción.....	12
1.1. Descripción del Problema.....	14
1.2. Antecedentes.....	15
1.2.1. Antecedentes Nacionales.....	15
1.2.2. Antecedentes Internacionales.....	18
1.2.3. Fundamentación Teórica.....	20
1.3. Objetivos.....	31
1.4. Justificación.....	32
1.5. Impactos esperados del trabajo académico.....	33
II. Metodología.....	34
2.1. Tipo y diseño de Investigación.....	34
2.2. Ámbito temporal y espacial.....	34
2.3. Variables de Investigación.....	34
2.4. Participante / Sujeto.....	35
2.5. Técnicas e instrumentos.....	35
2.5.1. Técnicas.....	35

2.5.2. Instrumentos.....	35
2.5.3. Evaluación psicológica .....	41
2.5.4. Evaluación Psicométrica.....	47
2.5.5. Informe psicológico integrador.....	56
2.6. Intervención.....	65
2.6.1. Plan de intervención y calendarización.....	65
2.6.2. Programa de intervención .....	67
2.7. Procedimiento.....	82
2.8. Consideraciones éticas .....	83
III. Resultados.....	85
3.1. Análisis de Resultados .....	85
3.2. Discusión de Resultados .....	96
3.3. Seguimiento .....	99
IV. Conclusiones.....	100
V. Recomendaciones.....	101
VI. Referencias	
VII. Anexos	

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Datos Familiares de la Evaluada.....	46
Tabla 2 Resultados del Inventario de Depresión de Beck .....	48
Tabla 3 Resultados del Cuestionario de Personalidad Eysenck (CPE).....	49
Tabla 4 Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan.....	52
Tabla 5 Resultados del Test Raven Adultos .....	54
Tabla 6 Resultados de la lista de chequeo de Habilidades de Golsdtein .....	55
Tabla 7 .....	59
Tabla 8 Análisis funcional de la conducta depresiva.....	60
Tabla 9 Análisis cognitivo de la conducta depresiva.....	61
Tabla 10 Criterios según el CIE 10 para el Episodio Depresivo .....	63
Tabla 11 Fechas de sesiones .....	66
Tabla 12. Sesión 1: Entrevista psicológica y Observación de la conducta.....	67
Tabla 13. Sesión 2: Alianza terapéutica y recojo de información .....	68
Tabla 14. Sesión 3: Explicación del modelo a trabajar y recojo de información .....	69
Tabla 15. Sesión 4: Psicoeducación y técnica de dominio y agrado. ....	70
Tabla 16. Sesión 5: Psicoeducación y triple columna.....	71
Tabla 17. Sesión 6: Psicoeducación sobre distorsiones cognitivas.....	72
Tabla 18. Sesión 7: Modificación del pensamiento automático distorsionado “Mi vida es un fracaso”.....	73
Tabla 19. Sesión 8: Modificación del pensamiento automático distorsionado “Nunca ingresare a la universidad”.....	74
Tabla 20. Sesión 9: Modificación del pensamiento automático distorsionado “Para que voy a estudiar si no voy ingresar”.....	75

Tabla 21. Sesión 10: Modificación del pensamiento automático distorsionado “Soy una inútil porque no ingreso a la universidad” .....	76
Tabla 22 Sesión 11: Modificación del pensamiento automático distorsionado “Debería hacer las cosas bien” .....	77
Tabla 23 Sesión 12: Modificación del pensamiento automático distorsionado “Soy una fracasada” .....	78
Tabla 24. Sesión 13: Psicoeducación y Entrenamiento en Habilidades Sociales .....	79
Tabla 25. Sesión 14: Psicoeducación y Solución de Problemas .....	80
Tabla 26. Sesión 15: Autoregistros y aplicación de instrumentos de evaluación .....	81
Tabla 27. Registro de frecuencias de pensamientos de la usuaria, línea base semana dos.....	88
Tabla 28. Registro de frecuencias de conductas problemas de la usuaria, línea base semana 2 .....	89
Tabla 29. Registro de línea base -intensidad (1-10) de emociones de la usuaria, línea base semana 2.....	90
Tabla 30. Registro de frecuencias de pensamientos de la usuaria semana 2, semana 5, semana 9 y semana 14.....	92
Tabla 31. Registro de frecuencias de conductas de la usuaria semana 2, semana 5, semana 9 y semana 14.....	94
Tabla 32. Registro de intensidad de emociones de la usuaria semana 2, semana 5, semana 9 y semana 14.....	95

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Resultados del Inventario de Depresión de Beck pre test -post test.....	85
Figura 2. Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos pre test y post test .....	86
Figura 3. Resultados del Inventario de los Cinco Pensamientos Automáticos pre test y post test.....	87
Figura 4. Resultados de la lista de Chequeo de habilidades Sociales de A.P Goldstein pre tets y post test .....	87
Figura 5. Registro de frecuencias de pensamientos de la usuaria de la línea base semana dos. .....	88
Figura 6. Registro de frecuencias de conductas problemas de la usuaria, línea base semana dos.....	90
Figura 7. Registro de línea base -intensidad (1-10) de emociones de la usuaria, línea base semana 2.....	91
Figura 8. Registro de frecuencias de pensamientos de la usuaria semana 2, semana 5, semana 9 y semana 14.....	93
Figura 9. Registro de frecuencias de conductas de la usuaria semana 2, semana 5, semana 9 y semana 14.....	95
Figura 10. Registro de intensidad de emociones de la usuaria semana 2, semana 5, semana 9 y semana 14.....	96

## Resumen

Se presenta un estudio de caso clínico de intervención cognitivo conductual en una joven de 23 años, con depresión presentando sentimientos de tristeza, inutilidad, frustración, culpa, dolor de cabeza, irritabilidad, desgano para hacer sus actividades, falta de concentración y tensión muscular. El objetivo es disminuir la sintomatología depresiva mediante la terapia cognitivo conductual. La evaluación se realiza a través del Inventario de Depresión de Beck, entrevista clínica, observación conductual y aplicación de pruebas psicométricas entre las cuales son: Cuestionario de Personalidad de Eysenck, Inventario de pensamientos automáticos de Beck, Test de Inteligencia Raven, y la lista de Chequeo de habilidades Sociales de Golstein. El procedimiento dado fue obtener los datos para la historia clínica correspondientes para explicar la conducta depresiva, mediante el análisis funcional de la conducta se permitió determinar la conducta en términos de excesos conductuales. Esta investigación es experimental de tipo pre experimental con un diseño de preprueba y posprueba con un solo grupo. Para la intervención cognitivo conductual se utilizaron las técnicas como la psicoeducación, relajación diafragmática, reestructuración cognitiva de los pensamientos distorsionados, dominio y agrado, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas. Los resultados encontrados en la evaluación post test muestran la disminución de los síntomas depresivos, comprobando de esta manera la eficacia de la terapia cognitivo conductual.

*Palabra clave:* depresión, tratamiento cognitivo-conductual, análisis funcional.

## Abstract

A clinical case study of cognitive behavioral intervention is presented in a 23-year-old girl with depression presenting feelings of sadness, uselessness, frustration, guilt, headache, irritability, reluctance to do her activities, lack of concentration and muscle tension. The objective is to reduce depressive symptoms through cognitive behavioral therapy. The evaluation is carried out through the Beck Depression Inventory, clinical interview, behavioral observation and application of psychometric tests, among which are: Eysenck Personality Questionnaire, Beck Automatic Thought Inventory, Raven Intelligence Test, and the list of Golstein Social Skills Check. The procedure given was to obtain the data for the corresponding clinical history to explain the depressive behavior, through the functional analysis of the behavior it was possible to determine the behavior in terms of behavioral excesses. This research is experimental of a pre-experimental type with a pre-test and post-test design with a single group. For the cognitive behavioral intervention, techniques such as psychoeducation, diaphragmatic relaxation, cognitive restructuring of distorted thoughts, mastery and liking, training in social skills, training in problem solving were used. The results found in the post-test evaluation show the decrease in depressive symptoms, thus proving the efficacy of cognitive behavioral therapy.

*Keyword* : depression, cognitive-behavioral treatment, functional analysis.

## I. INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema de salud mental que afecta a muchas personas y está caracterizado por una tristeza persistente, por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfrutaba, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas o más, por ello las personas con depresión suelen presentar los síntomas como pérdida de energía, cambios de apetito, necesidad de dormir más o menos de lo normal, ansiedad, disminución de la concentración, indecisión, inquietud, sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanzas y pensamientos de autolesión o suicidio (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

El cual esté presente trabajo de investigación da a conocer sobre el proceso de intervención psicológica en una usuaria de 23 años con sintomatología depresiva, donde se aplica la terapia cognitivo conductual para identificar pensamientos automáticos distorsionados y disminuir la sintomatología depresiva. Esta investigación es un caso único con una investigación experimental de tipo preexperimental, con un diseño de preprueba y posprueba con un solo grupo, donde tiene resultados favorables y se llega a la conclusión que la terapia cognitivo conductual es eficaz para la Depresión.

Por ello Beck 2005 (como se citó Korman y Sarudiansky, 2011) refiere que la terapia cognitivo conductual es un tratamiento que propone, mediante la modificación de la cognición, desarrollar estrategias para tratar los distintos trastornos mentales, como la depresión y tiene el objetivo de cambiar la forma de pensar de las personas para modificar su comportamiento y mejorar cómo se sienten.

A continuación, se detalla los siguientes apartados de esta investigación, donde en el apartado I se presenta la descripción de la problemática que está ligada a la Depresión, se menciona antecedentes nacionales, antecedentes internacionales, se explica la fundamentación

teórica de las variables tanto dependiente e independiente como Depresión y la variable Terapia Cognitiva Conductual respectivamente. A su vez se presenta los objetivos generales y específicos, justificación y el impacto esperado del trabajo académico.

En el apartado II, se desarrolla la metodología, el tipo y diseño de investigación que emplee, así también se presenta el ámbito temporal y espacial donde se realizó la investigación, la descripción de la variable dependiente y variable independiente y se menciona a la participante que es la clave fundamental para que este trabajo se realizara. Además, se describe las técnicas e instrumentos usados en la investigación, las fichas técnicas de los instrumentos utilizados, la evaluación psicológica que implica la historia psicológica, problema actual, desarrollo cronológico del problema, historia personal y familiar; se detalla los informes de cada prueba aplicada más el informe integrador, análisis funcional y cognitivo y el diagnóstico tradicional en este caso utilizo el CIE 10. También se realiza el plan de intervención con fecha calendario y las técnicas que se aplicaron en cada sesión. Se detalla los objetivos, sesiones terapéuticas, técnicas y actividades, el procedimiento a realizar y las consideraciones éticas. Por otra parte, en el apartado III se detalla los resultados y discusión de dichos resultados comparados con otras investigaciones como antecedentes nacionales e internacionales y se termina con el seguimiento que se le realiza a la usuaria.

En el apartado IV, se presenta las conclusiones del trabajo académico. En el apartado V se menciona las recomendaciones que ayudarán a seguir con la mejora de la usuaria y finalmente en el apartado VI se plasma las referencias que se tiene para este trabajo académico y se termina incluyendo anexos.

## 1.1. Descripción del Problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS ,2017) refiere que se estima que cerca de 50 millones de personas en la Región de las Américas viven con Depresión con casi un 17% más que en 2005, donde manifiesta que la depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo y en el peor de los casos puede llevar al suicidio, el cual cada año se suicidan cerca de 800000 personas siendo el suicidio la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

Según las últimas estimaciones más de 300 millones de personas viven con depresión y hay un incremento de más de 18% entre el 2005 y 2015 , así también la falta de apoyo a las personas con trastornos mentales y junto con el miedo al estigma impiden que muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir saludables y productivas (OMS,2017).

Stucchi (s.f.) del Instituto Nacional de Salud “Honorio delgado”, refiere que se calcula que los trastornos depresivos afectan al 10-25%de las mujeres y al 5-12 % de los varones en algún momento y que los intentos suicidas son más frecuentes en mujeres, los suicidios consumados se presentan más entre varones.

A sí mismo el Ministerio de Salud (MINSA, 2018) describe los lineamientos de política en salud Mental donde precisa que en el Perú el problema de salud mental que mayor carga de enfermedad genera es la depresión unipolar, que causa la pérdida de 224 535 avisa el (3,9% del total), determinando 7,5 años perdidos por cada mil habitantes, especialmente en el componente de discapacidad y la población mayor de 12 años los trastornos más frecuentes son los episodios depresivos, con una prevalencia anual que varía del 4% en Lima rural y 8,8% en Iquitos; y, se estima un promedio nacional de 7,6%.

A si también Nizama (2021) miembro del Instituto Nacional de Salud Mental afirma que debido al confinamiento obligatorio que se decretó para hacer frente a la covid-19 la depresión y la ansiedad han aumentado en el Perú y estas afectan a 1 de cada 3 personas y más a las personas menores de 35 años, de sexo femenino y de status socioeconómico bajo.

## **1.2. Antecedentes**

### ***1.2.1. Antecedentes Nacionales***

Calderón (2020) realizó un estudio Intervención Cognitivo Conductual para una Mujer Adulta con Depresión ,en usuaria de 29 años con educación superior, con sintomatología depresiva llanto, tristeza e irritabilidad. El objetivo de la intervención es disminuir la sintomatología depresiva mediante un programa de intervención cognitivo conductual. En la evaluación realizada se utilizó técnicas e instrumentos que permitió confirmar el diagnóstico tales como: Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Personalidad de Eysenck, y el Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon; entrevista y observación psicológica. Para la intervención cognitivo conductual se utilizaron técnicas como psicoeducación, entrenamiento en técnicas de relajación, auto instrucciones, autorregistros, entrenamiento en solución de problemas y reestructuración cognitiva. La evaluación y abordaje realizado estaba diseñado bajo el modelo experimental de caso único multicondicional ABA. Los resultados encontrados en la evaluación post test muestran la disminución de los síntomas depresivos, comprobando de esta manera la eficacia de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión.

Flores (2019) realizó un estudio de caso clínico Programa de Intervención Cognitivo Conductual en un caso de Depresión en Adolescencia Temprana, donde usuaria de 14 años presentaba tristeza, decaimiento, irritabilidad, no tenía habilidades para interactuar con los demás, sentía que tenía baja autoestima por las constantes críticas a su cuerpo. El objetivo del

estudio fue disminuir la sintomatología depresiva. En el proceso de evaluación se utilizó técnicas de observación y entrevista psicológica; así como, también, se aplicó pruebas psicométricas con la finalidad de recabar información y conocer su situación actual. Seguido se realizó el diagnóstico presentando a criterio clínico y psicométrico un episodio depresivo leve. Así mismo se realizó el análisis funcional de las conductas presentadas con el objetivo de establecer la relación entre antecedentes y consecuentes, tanto internos como externos de la misma. Se identificó pensamientos automáticos, creencias intermedias y nucleares, los componentes emocionales y fisiológicos asociados a la sintomatología. Para poder elaborar un programa de intervención psicoterapéutico en base al modelo Cognitivo-Conductual, el cual tuvo una duración de 14 sesiones de intervención psicoterapéutica y 3 sesiones de seguimiento; programadas 1 a 2 veces por semana, por 45 minutos cada una donde se trabajó técnicas de relajación, como respiración abdominal, a su vez se realizó el entrenamiento en la comunicación asertiva y solución de problemas con prevención de recaídas. Se empleó el diseño univariable multicondicional ABA. Al término de las sesiones psicoterapéuticas, se revaluó a la usuaria, obteniendo como resultado una mejoría a nivel afectivo, cognitivo y conductual. Por último, se realizó tres sesiones de seguimiento, el primero a los 15 días, el segundo al mes, y el tercero a los tres meses. Por otro lado, se vio pertinente dar de alta a la usuaria puesto que se observó una disminución en la escala de depresión junto con una serie de modificaciones cognitivas, la información agradable y positiva es retenida, lográndose reestablecerse un balance más positivo en cuanto a sus pensamientos, es decir se logró restablecer una dialéctica entre un fondo de pensamientos positivos y una minoría de pensamientos negativos.

Huaynates (2019) realizó un estudio sobre la Terapia Cognitivo Conductual en una Mujer Adulta Depresiva con Sentimientos de Culpa. El objetivo del presente estudio de caso fue disminuir la sintomatología depresiva en una mujer de 40 años, quien presenta

pensamientos y sentimientos de culpa por la muerte de su hermana; a través, de la intervención cognitivo conductual. En la evaluación se utilizó los instrumentos para recolectar los datos como la entrevista, línea base, auto registros, análisis funcional y cognitivo, Inventario de Beck y la Escala de Personalidad de Eysenck. Asimismo, se empleó las técnicas cognitivas conductuales como relajación, auto instrucciones, activación conductual y reestructuración cognitiva. Se empleó el diseño univariable multicondicional ABA, con la finalidad de reestructurar los pensamientos desencadenantes de emociones y comportamientos perjudiciales. Los resultados manifiestan una disminución del nivel de depresión, reducción de pensamientos, emociones y comportamientos negativos para la usuaria según las evaluaciones de seguimiento, de esta manera, al finalizar la fase de tratamiento se ratifica la eficacia de las técnicas empleadas para el caso de depresión, pues estas se ejecutan a nivel cognitivo y conductual para reemplazar pensamientos inadecuados por pensamientos más flexibles y racionales.

López (2016) realizó una investigación titulada “Terapia Cognitivo Conductual para un Episodio Depresivo de un usuario adulto de 29 años”, su objetivo fue realizar una reducción de los niveles de los síntomas de depresión a través de aplicar técnicas conductuales y de cognición, usando para esto un diseño de caso único, como instrumento. Se empleó el Inventario de depresión de Beck BDI – II logrando puntaje de 28 que correspondió a un episodio de depresión moderado, asimismo, de fijar la línea base, diagnostico funcional los que se aplicaron luego de las sesiones de terapia las cuales tuvieron puntaje de 12. Las técnicas que se utilizó en la intervención de terapia fueron la psicoeducación, relajación, ejercicio asertivo, localización de pensamientos automáticos negativos, demostración de los supuestos propios, resolución de problemas, reestructuración de cognición, debate socrático. Los resultados fueron la conmutación de los síntomas de la depresión logrando en la aplicación de la herramienta del Inventario de Beck puntaje de 9 que corresponde a una calificación normal

para la depresión, bajando los síntomas físicos, pensamientos y respuestas negativas, 19 conductas proporcionadas de la depresión como el llorar, dedicar tiempo en exceso a ver televisión e internet , por ello se concluye que la terapia ha logrado un éxito en la aplicación del tratamiento cognitivo conductual en el caso único al aprobar su efectividad conforme con varias investigaciones.

### ***1.2.2. Antecedentes Internacionales***

En Colombia, Navarro (2018) realizó un estudio de Intervención Cognitivo Conductual de una usuaria adolescente de 17 años con depresión mayor. El presente estudio fue disminuir las manifestaciones de sintomatología depresiva de la usuaria mediante la terapia Modelo Cognitivo-Conductual. En la evaluación realizada se utilizaron instrumentos y técnicas como: Evaluación del Inventario de Beck y la escala de desesperanza, para identificar el grado y los síntomas de este trastorno. El proceso efectuado para determinar la efectividad de las diferentes técnicas cognitivo conductuales fue entrenamiento en relajación, la reestructuración cognoscitiva, terapia de autocontrol de Rehm, entrenamiento en solución de problemas. La evaluación y abordaje realizado estaba diseñado bajo el modelo experimental de caso único multicondicional ABA. En los resultados la intervención efectuada fue satisfactoria, pues en la primera evaluación con el inventario de Beck se obtuvo un puntaje de 35 (depresión grave), mientras que en la segunda evaluación del inventario expresó 6 puntos (ausencia de manifestaciones). Tras analizar los resultados, hubo una diferencia de 26 puntos entre la primera vez que se administró el Inventario de Beck para la depresión y la segunda vez. Se disminuyó la gravedad de los síntomas de insatisfacción, odio a sí misma, sentimiento de culpa, aislamiento social, pérdida del apetito, cansancio y trastornos del sueño de un rango a otro, de depresión grave a ninguna perturbación del estado de ánimo. Bajo esta intervención, se considera que el MCC es un modelo adecuado para intervenir en la disminución de las manifestaciones de depresión en casos particulares como éste.

En Bolivia, Pinzón (2018) realizó un estudio de Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual en un caso de trastorno depresivo especificado. Presentó como objetivo diseñar un plan terapéutico de intervención acorde a las necesidades de la consultante por medio de la terapia cognitivo para una adecuada disminución o extinción de la sintomatología detectada. El presente estudio fue diseñado bajo el modelo experimental de caso único y se presentó la comprensión y la formulación de un plan de intervención para un diagnóstico de “Otro trastorno depresivo especificado: Episodio depresivo con síntomas insuficientes. La evaluación del caso se realizó mediante entrevista clínica, observación y cuestionario de Beck II. Para la intervención cognitivo conductual se basó en la Terapia Cognitivo de Beck, realizado en 14 sesiones y se utilizó técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de información, orientación, técnicas de autoinstrucciones, autosugestión, solución de problemas, ensayo conductual y modelamiento. Con los resultados de la evaluación inicial, se formuló un plan de intervención con objetivos encaminados en la disminución de la sintomatología depresiva y en el entrenamiento de habilidades sociales, así como fortalecimiento de las redes de apoyo. Al finalizar el proceso se observó una disminución de los síntomas depresivos y una mejora en las habilidades sociales, así como un fortalecimiento de las redes de apoyo. La mayoría de los aspectos programados del tratamiento se ejecutaron como también el seguimiento terapéutico después de tres meses.

En España, Antón et al. (2016) presentó una Intervención Cognitivo Conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. La intervención en el caso de una adolescente tardía de 18 años de edad con trastorno depresivo mayor, tuvo como objetivo analizar los efectos de la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual dirigido a reducir la sintomatología depresiva. La evaluación se realizó mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Autoestima de Rosenberg, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Se aplicó un tratamiento

cognitivo-conductual que incluyó psicoeducación, activación conductual, entrenamiento en respiración diafragmática, autoinstrucciones de afrontamiento, técnicas de asertividad y reestructuración cognitiva. Con la intervención, como se evidencio en la evaluación pretest-postest, se consiguió el objetivo principal propuesto, que era la reducción de la sintomatología depresiva. Se discuten las implicaciones de los resultados del estudio, que apoyan la eficacia de la terapia cognitiva-conductual para el tratamiento de la depresión adolescente.

En Colombia, Rubio (2016) realizó un estudio mediante la Terapia Cognitivo Conductual en una usuaria con depresión doble y rasgos obsesivos de personalidad. El presente estudio de caso tuvo como principal objetivo describir de manera rigurosa y sistemática la aplicación del modelo de intervención cognitivo conductual para la depresión, desde la teoría expuesta por Aaron Beck. En la evaluación realizada se utilizaron instrumentos y técnicas como: entrevista clínica y el fortalecimiento del vínculo terapéutico y técnicas tales como la psicoeducación, autorregistros, tareas conductuales, entre otras, lo cual facilitó la remisión varios de los síntomas que presentaba la usuaria y además generó en la misma una actitud activa ante su problemática. La evaluación y abordaje realizado fue diseñado bajo el modelo experimental de caso único multicondicional ABA. En los resultados se logró evidenciar la eficacia de dicho modelo, ya que, gracias a su estructura flexible, pero directiva se pudo lograr un avance y reducción de diversos síntomas tanto a nivel cognitivo, como afectivo y conductual, lo que a su vez facilitó abordar la sintomatología de la usuaria de una manera integral y entregándole un papel activo en su proceso de recuperación.

### ***1.2.3. Fundamentación Teórica***

Según la OMS (2020) define a la depresión como una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas, por ello la mayoría de personas con depresión

suelen presentar varios de los siguientes síntomas como la pérdida de energía; cambios en el apetito; necesidad de dormir más o menos de lo normal; ansiedad; disminución de la concentración; indecisión; inquietud; sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza; y pensamientos de autolesión o suicidio.

Beck (1983) sostiene que la depresión es como aquel trastorno que altera el estado de ánimo, permitiendo que la persona genere respecto de sí, un sin número de pensamientos que ponen en riesgo su salud psíquica. Pues todo lo que el individuo genera como cogniciones repercute a nivel emocional, conductual y en la salud, induciendo a la persona a un estado en el que le es imposible resolver los problemas de la vida diaria.

Según Beck 1976 (como se citó en Wicks, 2008) manifiesta que el principal elemento en que se centran otros teóricos presupone que la depresión es el resultado de opiniones negativos sobre el yo, el mundo y el futuro. El individuo deprimido sostiene Beck, ha desarrollado ciertos errores de pensamiento que tienen como consecuencia la distorsión de cualquier acontecimiento, incluso aquellos que son mínimamente molestos, para convertirlos en una oportunidad de autoculpa y de fracaso. Por consiguiente, según lo manifestado por Beck se entiende que una persona depresiva tiene pensamientos negativos con respecto a si mismo y estos dañan a la salud, emocionalmente y conductualmente y esto afecta en el ámbito personal, académico y familiar

Dentro de los Modelos teóricos de Adquisición de la Depresión tenemos:

**1.2.3.1. Modelo cognitivo de la depresión de Beck.** Según Caro (2011) afirma que Beck es el autor que podríamos considerar que más ha influido en el desarrollo y asentamiento del modelo cognitivo en el cual refiere que Beck se centra en el concepto de esquema, modo, distorsión cognitiva principalmente y desarrolla una serie de técnicas de tratamiento que son coherentes con el papel que se le da a esta serie de estructuras y procesos cognitivos.

Según Beck 1976 (como se citó en Beck et al., 2010) manifiesta que el modelo cognitivo es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas como, por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc. Por ende se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo.

El modelo cognitivo de la depresión es propuesto por Beck et al. (2010) en la cual sostiene tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: (1) la tríada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos que son errores en el procesamiento de la información. Por ello manifiesta que la tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al usuario a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de una visión general modo idiosincrático.

**A. Componentes cognitiva de la tríada.** Se centra en la visión negativa del usuario acerca de sí mismo, donde el usuario se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía y tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el usuario cree que, a causa de estos defectos, es un inútil, carece de valor y tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad.

El segundo componente de la tríada cognitiva como manifiesta Beck se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa, donde el individuo percibe que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos, dando por interpretación sus interacciones con el entorno animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el usuario las

situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles, aquí la persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas, así mismo puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se había formado de antemano (Beck et al., 2010).

El tercer componente de la tríada cognitiva como manifiesta Beck se centra en la visión negativa acerca del futuro, el cual la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente, donde espera penas, frustraciones y privaciones interminables y cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso (Beck et al., 2010).

El modelo cognitivo como manifiesta Beck et al. (2010) considera que el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos, dando como ejemplo, si el usuario piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo emocional tristeza, enfado, que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo. En el los síntomas motivacionales, por ejemplo, poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación, también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas.

En el cual la poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del usuario. Si esperamos un resultado negativo, no puede comprometerse a realizar una determinada tarea. Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable. El depresivo puede verse a sí mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar que sería mejor para todos, incluido él mismo, si estuviese muerto (Beck et al., 2010).

El modelo cognitivo también puede explicar los síntomas físicos de la depresión. La apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la creencia del usuario de que está predestinado a fracasar en todo cuanto se proponga. La visión negativa del futuro (sensación de futilidad) puede producir una “inhibición psicomotriz” (Beck et al., 2010).

**B. Organización estructural del pensamiento depresivo.** Kovács y Beck 1978 (como se citó en Caro, 2011) refieren que el esquema sería una estructura cognitiva relativamente estable que nos dicta cursos de acción y cómo debemos interpretar las situaciones lo cual un esquema permite a una persona investigar, codificar y evaluar el rango total de estímulos internos o externos y decidir un curso subsecuente de acción. A su vez se manifiesta que los diferentes esquemas de la organización cognitiva pueden variar en su especificidad y detalle y en el rango de los estímulos o patrones a los cuales se aplica.

Según James et al. 2004 (como se citó en Caro, 2011) manifiestan que los esquemas se pueden activar de forma consciente, por ejemplo, cuando recordamos algún suceso pasado o de forma inconsciente, por ejemplo, al hacer una tarea procedimental, como montar en bicicleta. Por ende, los esquemas representan el centro del trastorno cognitivo y por tanto se los puede llamar, también, creencias centrales.

Clark et al. 1999 (como se citó en Caro, 2011) definen a los esquemas como: “un cluster específico de esquemas interrelacionados, de tipo cognitivo, conceptual, afectivo, fisiológico, conductual y motivacional para manejar exigencias concretas que se hacen sobre el organismo”.

Según Beck et al. (2010) refiere que el segundo componente del modelo cognitivo es el esquema y este concepto se utiliza para explicar por qué mantiene el usuario depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida, cualquier situación está compuesta por un amplio

conjunto de estímulos, donde el individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación.

Ante ello el término “esquema” designa estos patrones cognitivos estables. Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico. Así un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas. Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias, a su vez un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos, por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad (Beck et al., 2010).

Así mismo los esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona y en los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los usuarios acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes, por ende, el emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto se ve alterado por la intrusión de los esquemas idiosincráticos activos (Beck et al., 2010).

***C. Errores en el procesamiento de la información.*** Beck 1963 (como se citó en Caro,2011) define que la meta para que el usuario mejore es cambiar el procesamiento distorsionado de la información. Además de identificar esquemas el usuario debe aprender a identificar distorsiones cognitivas, las cuales están serían una forma particular de procesar la información que distorsiona la realidad y que lleva a pensamientos automáticos distorsionados, estos sesgos se realizan de forma sistemática y tienen como consecuencia un sesgo hacia nosotros mismos, por ello se entiende que la persona depresiva tiene errores de pensamiento que influyen negativamente en su vida y por ende es necesario modificarlos.

Unas de las primeras distorsiones cognitivas identificadas y propuestas según Beck et al. (2010) son:

Inferencia arbitraria es relativo a la respuesta : se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión. 2. Abstracción selectiva es relativo al estímulo: En la cual consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento. 3. Generalización excesiva es relativo a la respuesta: Donde se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas. 4. Maximización y minimización es relativo a la respuesta: quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión. 5. Personalización es relativo a la respuesta: se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión. 6. Pensamiento absolutista, dicotómico es relativo a la respuesta: se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el usuario selecciona las categorías del extremo negativo (pp. 22 -23).

**1.2.3.2. Terapia cognitiva-conductual.** Yapko 2006 (como se citó en Hernandez ,2010) refiere que la terapia cognitiva-conductual es una de las teorías que plantea su propio modelo terapéutico y tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos, en el cual en este modelo terapéutico se consideran dos elementos

primordiales de intervención, el primero hace referencia a las cogniciones o pensamientos y el segundo a las conductas que se originan a partir de creencias irracionales.

Según Beck (1983) refiere que la terapia cognitiva-conductual es un modelo terapéutico que manifiesta como supuesto teórico que “los efectos y la conducta que tiene un individuo, están en gran medida determinados por el modo en que estructura el mundo”, esto quiere decir el que Modelo Cognitivo-Conductual se centra en la atención de las cogniciones, identificadas como elementos básicos de intervención, debido a que los pensamientos son fortalecidos por aquellas actitudes que se han aprendido a lo largo de las experiencias previas que ha tenido el usuario, y que han sido elaboradas correcta e incorrectamente; llegando así a formar y reforzar los comportamientos que realiza la persona en su entorno. Ruiz et al. 2012

Ruiz et al. (2012) manifiestan que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) “es la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente”. Esta terapia aparece en el contexto de los tratamientos psicológicos, como alternativa al tratamiento psicoanalítico.

**1.2.3.3. Técnicas Cognitivos Conductuales.** Las técnicas conductuales como las cognitivas tienen sus propias ventajas y aplicaciones dentro de la terapia cognitiva y en los métodos conductuales tienen un poder relativamente mayor para contrarrestar su inercia y movilizarle hacia una actividad constructiva (Beck et al., 2010).

A continuación, presentamos las técnicas cognitivas conductuales donde se dará una breve explicación de cada una de ellas las cuales son:

**A. Evaluación Cognitivo Conductual para la Depresión.** Según Caballo (1997) define que la evaluación de la depresión se basa en las características y sintomatología del trastorno, como la conducta psicomotora y la verbal, por ello evalúa los aspectos del ambiente del paciente que puede relacionarse con el inicio o mantenimiento de la depresión.

**B. Entrevistas Conductuales para la Depresión.** Caballo (1997) refiere que se recomienda realizar una entrevista clínica en la que se representen situaciones problemáticas identificadas por el paciente, donde el trabajo del entrevistador será observar cuidadosamente la actuación del paciente, el volumen, el tono, el contenido de su lenguaje, la mirada, la postura, y gestos de su evaluado.

**C. Psicoeducación.** Camacho (2003) refiere que la psicoeducación es la explicación en forma breve del modelo teórico a trabajar, dándole a la usuario información sobre su diagnóstico, problemas y posibilidades de tratamiento. Esto resulta útil en muchas ocasiones, busca el aumento de la adherencia al tratamiento, lo que es fundamental para el éxito terapéutico.

**D. Técnicas de dominio y agrado.** Según Beck (1983) afirma que la técnica dominio y agrado permiten que el usuario incremente aquellas actividades que le promueven forjar sentimientos de placer, diversión o alegría; pues de lo contrario, si realiza actividades que no le aportan satisfacción promoverá la presencia de los pensamientos distorsionados que le afectarán su área emocional.

**E. Programación de actividades.** Beck (1983) manifiesta que la necesidad de formular actividades planeadas con la finalidad de contrarrestar la escasa motivación del usuario, esto permite que la planificación del tiempo, lo mantengan ocupado e impidan que retroceda a un estado de inmovilidad, que propicie el reforzamiento de los pensamientos distorsionados y los comportamientos inapropiados hacia su persona. Por lo que las actividades que se contemplen en el programa, deberán de ser graduales y del agrado del usuario.

**F. Asignación de tareas graduales.** Beck (1983) denota que, en cuanto a la asignación de tareas graduales, es necesario que el terapeuta formule un plan de acción, en el cual deberá estar contemplado por un proceso que radica desde la definición del problema, planteando con

esto la formulación de un proyecto en el que se establecerán las tareas tanto simples como complejas que se deberán realizar. Así pues, durante la intervención se observará al usuario en el logro de cada tarea llevada a cabo con éxito; esto se promueve la estimulación hacia la persona, para que evalúe de forma realista todo aquel componente que le impida realizar las actividades; y con esto es conveniente que el terapeuta enfatice en las capacidades y esfuerzos para llevar a cabo exitosamente cada actividad planeada y, por último, se procede a reasignar nuevas tareas más complejas.

**G. Tareas para casa.** Es la técnica empleada por Beck, para el tratamiento de trastornos como la depresión, el cual refiere la importancia de asignar tareas conductuales para casa, éstas permiten que el usuario pueda identificar y hacer frente a los problemas que le suceden día con día, la finalidad de ésta, es obtener una visión de cómo reacciona la persona y qué estrategias puede emplear para resolver determinadas situaciones (Beck ,1983).

**H. La técnica de la triple columna.** La técnica de la triple columna es una continuación “lógica” de los registros de pensamientos, donde el usuario dispone de varias columnas en una hoja de registro. Estas columnas son fecha, situación, emoción, pensamientos automáticos, respuesta racional y resultado, no obstante, se pueden modificar las columnas a voluntad, siempre y cuando esté clara la meta, el desarrollo de un pensamiento alternativo, racional, que modifique las distorsiones cognitivas que el paciente haga y facilite el cambio de esquemas. De manera que las columnas pueden ser dos, tres o cuatro, etc. en función de decisiones clínicas Beck y Cols 1979 (como se citó en Caro ,2011).

**I. Descubrimiento guiado.** Según Beck 1979 (como se citó en Caro ,2011) acuñaron el término de descubrimiento guiado como una forma de utilizar el método socrático para ayudar a los pacientes a reconocer los problemas derivados de su pensamiento distorsionado, el cual el término ‘descubrimiento guiado’ se refiere al proceso, a través de preguntas guía, para

ayudar a los pacientes a alcanzar nuevas perspectivas que desafían sus conclusiones equivocadas”.

**J. Registros.** Según Beck et al. (2020) refiere que es fundamental que el usuario registre sus cogniciones con el fin de identificar los pensamientos negativos y la relación de estos con sus emociones , conducta y su relación con el entorno, el cual manifiesta que se deben seguir cinco pasos: precisar el significado de un pensamiento automático, argumentar la relación entre el pensamiento, la emoción y la conducta , así mismo probar la presencia de cogniciones negativas antes de la conducta y las emociones ,señalar tareas de autoregistro en casa, reexaminar los registros realizados por la usuaria otorgándole reforzadores sociales.

**K. Entrenamiento en Asertividad y Habilidades Sociales.** Caballo (1997) define que el entrenamiento en asertividad y habilidades sociales se centra en aprender a expresar y comunicar sus sentimientos positivos llamado aserción positiva, a defender sus derechos e intereses llamado aserción negativa y la última es aprender habilidades en conversación que le permite iniciar, mantener y terminar una conversación apropiada.

**L. El entrenamiento en solución de problemas.** Nezu et al. 1997 (cómo se citó en Caro 2011) refiere que la solución de problemas consiste en un proceso de aprendizaje que nos facilita generar alternativas y tomar decisiones, este proceso tiene lugar bajo condiciones de transfer de entrenamiento ya que el usuario tiene que aprender un proceso general que le facilite conseguir comprender los problemas que surgen en la vida y lograr una de las dos cosas: o bien alterar la situación problemática o bien alterar su reacción y ambas a veces por lo cual la solución de problemas se define como un proceso metacognitivo mediante las personas comprenden los problemas de la vida y se esfuerzan por alterar lo siguiente: a)la naturaleza problemática de la situación; b) sus reacciones hacia éstas; o c) ambas cosas a la vez .

Nezu elaboró esta estrategia en 1991 y señala que debe dividirse en cinco etapas: la orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de

alternativas, toma de decisiones y la puesta en práctica; el objetivo es que se pueda afrontar los problemas planteados de manera racional y no en forma emocional (Vallejo, 2012).

**M. Respiración diafragmática.** Rivera y Alcázar (2019) manifiestan que la respiración diafragmática también llamada respiración profunda consiste en aprovechar la máxima capacidad de los pulmones, llenándolos lentamente de aire hasta lograr que el pecho y el abdomen se muevan; dicho movimiento se debe a que el diafragma, capa que divide al tórax del abdomen, empuja de arriba hacia abajo al abdomen, así también refieren que la respiración profunda, por sí sola, no basta para relajarse. También se debe relajar la mente, por medio de “apagarla” o disminuir su actividad, donde una manera de lograrlo es observar con la mente el aire que entra y sale por la nariz, mientras respiramos profundamente y a su vez poner atención a las fosas nasales y notar el transcurrir de la respiración. Por consiguiente, se entiende que la respiración diafragmática es una técnica útil y fácil de usar el cual nos ayuda a mantenernos calmados y relajados regulando así nuestras emociones y brindándonos satisfacción.

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Disminuir los niveles de depresión de una usuaria de un establecimiento de salud mediante la terapia cognitivo conductual.

#### **1.3.2. Objetivo Específicos**

Incrementar conductas de autocuidado, ocio y apoyo en casa a través de la técnica de dominio y agrado.

Fortalecer conductas de afrontamiento a través de la técnica solución de problemas

Reducir los pensamientos automáticos distorsionados mediante reestructuración cognitivas como descubrimiento guiado.

Regular las emociones desde la técnica respiración diafragmática

Fortalecer conductas de interacción social a través de la técnica de entrenamiento de habilidades sociales.

#### **1.4. Justificación**

Este trabajo académico es una investigación que busca disminuir la sintomatología depresiva mediante la intervención cognitivo conductual, así mismo busca ser un modelo de intervención para futuros casos de depresión, ya que la problemática en adultos puede causar sufrimiento, daño emocional y dificultades en la vida cotidiana si no se trata a tiempo. Por ello, el terapeuta al tener conocimiento de la Terapia Cognitivo conductual en trastornos de depresión la intervención será eficaz y oportuna. Asu vez con este trabajo académico se pretende aportar con evidencias acerca de la utilidad de las técnicas psicoterapéuticas de intervención cognitivo conductual. Rubio (2016) logró evidenciar la eficacia de dicho modelo y gracias a su estructura flexible, pero directiva consiguió tener un avance y reducción de los diversos síntomas tanto a nivel cognitivo, como afectivo y conductual, lo que facilitó abordar la intervención de manera integral, así mismo, un papel activo al usuario en su proceso de recuperación.

Así mismo se busca implementar en el servicio de psicología del Centro de Salud “Santa de Fé de Totorita” de la Dirección de Redes Integradas (DIRIS) Lima Centro, considerando que existen 33 psicólogos que laboran en el primer nivel de atención del distrito de San Juan de Lurigancho, que pertenece a la DIRIS en mención, siendo importante que todos empleen la intervención en Terapia Cognitivo Conductual.

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

La finalidad de este trabajo de investigación es demostrar la eficacia de las técnicas cognitivas y conductuales bajo del Modelo Cognitivo de Beck, en una usuaria con depresión, donde agrego un proceso de intervención como referencia, considerando que esta intervención permite que usuaria se desenvuelva de manera saludable y funcional en su contexto social.

## II. METODOLOGÍA

### 2.1. Tipo y diseño de Investigación

El presente trabajo es una investigación experimental de tipo preexperimental, se llaman así porque su grado de control es mínimo. Presenta un diseño de preprueba/posprueba con un solo grupo. La cual consiste en aplicar una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al estímulo (Hernández et al., 2014).

Por consiguiente, el diagrama de este diseño es el siguiente: G 01 X 02

Donde G: Primero, se asigna a los participantes al azar al grupo 1.

01: Segundo, se aplica una medición previa.

X: Tercero, se administra el estímulo

02: Cuarto, se aplica una medición posterior

### 2.2. Ámbito temporal y espacial

La presente investigación se realizó a finales del mes de Febrero del año 2021 y finalizó con tres sesiones de seguimiento en el mes de Agosto, esto se realizó en el Centro de Salud Santa Fe de Torita en el distrito de San Juan de Lurigancho.

### 2.3. Variables de Investigación

#### 2.3.1. Variable independiente

Según Hernández et al. (2014) define que la variable independiente es la que se considera como supuesta causa en una relación entre variables, es la condición antecedente, y al efecto provocado por dicha causa se le denomina variable dependiente -consecuente.

Programa Terapia Cognitiva Conductual es el modelo psicológico que más aplicaciones tiene, numerosos trastornos se están tratando actualmente con esta terapia y el campo de aplicación se ha ido ampliando progresivamente (Lega et al., 2002)

### **2.3.2. Variable Dependiente**

La variable dependiente no se manipula, sino que se mide para ver el efecto que la manipulación de la variable independiente tiene en ella (Hernández et al., 2014).

La Depresión se caracteriza por una tristeza persistente, por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfrutaba, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas o más (OMS, 2020).

### **2.4. Participante / Sujeto**

M.P.C es una joven de 23 años de edad nacida en la ciudad de Lima, soltera estudiante preuniversitaria de la academia San Marcos, vive con sus padres y hermano.

### **2.5. Técnicas e instrumentos**

#### **2.5.1. Técnicas**

Dentro de las técnicas utilizadas tenemos: La entrevista psicológica, la observación psicológica, la técnica de dominio y agrado, la técnica solución de problemas, descubrimiento guiado, técnicas respiración diafragmática y la técnica de entrenamiento de habilidades sociales la cuales me sirvieron de ayuda para la intervención cognitivo conductual.

#### **2.5.2. Instrumentos**

A continuación, se presentan las fichas técnicas de cada prueba, donde para medir los niveles de Depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (ver anexo B).

**2.5.2.1 Ficha técnica del Inventario de Depresión de Beck.** La información de la ficha técnica se encontró en Bonilla (2019) donde manifiesta: Objetivo: El Inventario de

Depresión fue creado por Beck en el año de 1967, con el objetivo de medir la depresión, ya que ofrecería según el autor algunas ventajas: Evitaría la variabilidad del diagnóstico clínico, proveería una medida estándar no afectada por la orientación teórica o la inconsistencia del que lo administra, además, por ser administrado reduciría los costos del entrenamiento y tiempo del profesional, y por último facilitaría las comparaciones con otros datos .

Así mismo menciona sobre la Descripción: Donde el inventario está conformado por 21 categorías de síntomas o actitudes, cada una de ellas es una manifestación, en algunas categorías existen dos alternativas de respuestas y se les divide en a y b para indicar que se encuentra en el mismo nivel, cada ítems presenta una puntuación que va desde cero (0) a tres (3) ,así también se define la aplicación y corrección , el cual el Inventario de Depresión de Beck, fue elaborado para ser administrado de manera individual o grupal. Para ser administrado en forma individual se utiliza una doble copia de protocolo de respuestas, una se le entrega al usuario y la otra es leída en voz alta por el entrevistador. Luego de anunciar sus declaraciones que corresponden a cada reactivo, se pide al entrevistado que indique “Cual de las declaraciones define mejor su estado de ánimo, de cómo se siente en ese instante”. En ningún momento debe sugerirse la respuesta, y si el entrevistado indica que hay dos afirmaciones que corresponde a la manera como se siente, entonces se debe registrar el número más alto. El puntaje de la depresión es la suma de las respuestas (Bonilla ,2019).

Tiempo de aplicación: No tiene límite de tiempo y por lo general no se requiere más de quince minutos en contestar. El sistema de codificación, toma en cuenta el número de síntomas reportados por el usuario ya que cada uno de ellos tiene un puntaje numérico, la intensidad de cada síntoma ha sido registrada asignándole valores numéricos graduados a cada uno de los veintiún categorías, o un cero indica que el síntoma no estuvo presente, mientras que la severidad en aumento es graduada por uno, dos y tres, de tal suerte que el puntaje total del usuario representa una combinación del número de categorías sintomáticos y la severidad de

los síntomas particulares. Sin embargo, un puntaje total desde cero a diez indica que no hay depresión. De once a veinte indica que hay que depresión leve; la puntuación que va desde los veintiuno a treinta; significa que hay una depresión moderada; pero si pasa de los treinta y uno a más, demuestra que hay depresión severa (Bonilla ,2019).

Validación: El Inventario de Depresión -II (BDI-II) de Aaron T. Beck, fue validado en el año 2012 por Carranza Esteban Renzo Felipe, en su investigación Propiedades Psicométricas Del Inventario De Depresión De Beck II en Universitarios de Lima (Carranza, 2013).

**2.5.2.2. Ficha Técnica Cuestionario de personalidad Eysenck –(CPE).** Para evaluar la personalidad de usuaria se utilizó el Cuestionario de personalidad de Eysenck (ver anexo C).

Araujo (2000) menciona que el cuestionario de Personalidad Eysenck fue creado por Eysenck con el objetivo de evaluar de manera directa las dimensiones de la personalidad: Neuroticismo, Extraversión y Psicoticismo. Asu vez presenta la descripción de la prueba donde consta de tres escalas principales y posee una cuarta escala de mentira. Como ya se ha explicado, las tres principales miden dimensiones básicas de la personalidad y la cuarta se emplea como un procedimiento de control a fin de detectar si el individuo intenta falsear sus respuestas. Contiene en total 78 Ítems.

Aplicación y Corrección: **Ámbito de Aplicación:** Jóvenes y adultos y su forma de administración es individual y colectiva. No cuenta con tiempo determinado aun cuando el tiempo promedio es de 20 minutos. Se inicia la calificación por la escala de mentiras. Si la sumatoria es mayor de 4 se invalida la prueba. Luego se califica por escala (columna), si la clave coincide con la respuesta se califica con un punto, de lo contrario es cero y después se hace la sumatoria por escala columna (Araujo,2000).

Validación y Adaptación: Validación en el Perú por Dany Araujo Robles, psicóloga (2000) psicóloga peruana de la UNFV.

**2.5.2.3. Ficha técnica: Inventario de Pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan** (ver anexo D). La información de la ficha técnica se encontró en Ruiz y Lujan (1991) donde presenta: el objetivo y donde refiere que el test de pensamientos automáticos fue creado por Aaron Beck con el objetivo de hacer una evaluación para identificar los principales tipos de pensamientos automáticos de las personas y sobre esta base ayudar a las mismas a interpretar de otra forma sus pensamientos y su vida. Asu vez presenta la descripción: donde manifiesta que el test está compuesto por un total de 45 ítems, los cuales se presentan en una escala de 0 a 3, de la siguiente manera:(0) Nunca pienso en eso. (1) Algunas veces lo pienso. (2) Bastantes veces lo pienso. (3) Con mucha frecuencia lo pienso.

Ruiz y Lujan (1991) presenta la aplicación y corrección donde se refiere que el tiempo de aplicación es aproximadamente de 15 minutos y su forma de aplicación es individual y colectiva y se aplica el test a partir de los 15 años. La calificación es sumar las puntuaciones obtenidas en cada una de las siguientes preguntas, de acuerdo al siguiente orden: 1-16-31 (Filtraje),2-17-32(pensamiento polarizado),3-18-33(sobre generalización),4-19-34(Interpretación de pensamiento),5-20-35 (Visión catastrófica) , 6-21-36 (personalización),7-22-37(Falacia de control externo), 8-23-38(Falacia de justicia),9-24-39(Razonamiento emocional),10-25-40(falacia de cambio),11-26-41(etiqueta global),12-27-42(culpabilidad),13-28-43(debería),14-29-44(falacia de razón),15-30-45(falacia de recompensa divina)..Al sumar cada ítems de cada pensamiento automático y de acuerdo a la puntuación alcanzada obtenemos un indicador de cuanto efecto emocional produce un pensamiento automático sobre nuestras experiencias de vida. Donde 0-2 da un puntaje bajo, no produce emociones negativas en mi vida,2-5 regular, produce emociones negativas en mi vida,6-9 severo, produce sufrimiento emocional.

Validación y Adaptación por : Ruiz y Lujan en el año1991.

**2.5.2.4. Ficha Técnica Test de Raven Adultos (ver anexo E).** La información de la ficha técnica se encontró en Raven (1989) donde refiere que el objetivo es evaluar la capacidad de los individuos para organizar y dar lógica a las situaciones planteadas, al igual mide también la capacidad y claridad de pensamiento del examinado con respecto a una actividad intelectual y evalúa la eficiencia intelectual de sujetos con una capacidad intelectual inferior, superior, o termino.

Descripción: El test está constituido por sesenta problemas representados en sesenta laminas en blanco y negro y divididos en 5 series de 12 matrices cada una. Cada problema, planteado gráficamente y en el que hay que completar algo, implica un patrón de pensamiento, una matriz. Dentro de cada serie, los ítems se hallan dispuestos en orden de dificultad creciente y también cada una de las series, consideradas en su conjunto, son progresivamente más difíciles. No obstante, la primera matriz de cada serie es algo más fácil que la última de la serie anterior. Las dos primeras series plantean problemas de educación de relaciones perceptivas y las tres últimas, educación de correlaciones. La solución de cada problema se encuentra entre los seis u ocho dibujos más pequeños, dispuestos en la parte inferior de las láminas (Raven, 1989).

Aplicación y Corrección: El test se aplica a partir de los 12 años hasta los 65. Se le pide a la usuaria que analice la serie que se le presenta y que siguiendo la secuencia horizontal y vertical escoja uno de los ocho trazos, el que encaje perfectamente en ambos sentidos, tanto en el horizontal como en el vertical. El test se califica con la plantilla de corrección, donde se comparas las respuestas de la usuaria con la de la plantilla de corrección. (Raven, 1989)

Validación y Adaptación: Se aplicaron estandarizaciones en Inglaterra, Irlanda, Alemania, Estados Unidos y Nueva Zelanda, se trabajó en obtener datos normativos para la población de la ciudad de Aguascalientes, México.

### **2.5.2.5. Ficha técnica: Lista de chequeo de habilidades de Goldstein (ver anexo**

**F).**La información de la ficha técnica se encontró en Rivas (2002) donde refiere que la escala fue diseñada por Arnold Goldstein y su equipo de colaboradores todos ellos especialistas en ciencias de la conducta y tienen como objetivo evaluar el grado en el que el sujeto presenta una destreza específica en las primeras habilidades sociales ,habilidades sociales avanzadas, habilidades sociales relacionadas a los sentimientos, habilidades alternativas a la agresión , habilidades para hacer frente al estrés y habilidades de planificación , donde los sujetos identificados mediante este cuestionario carente de una determinada destreza pueden ser entrenados adecuadamente hasta que conozcan la habilidad y la empleen de modo habituales .

Descripción: Está conformada por 50 frases que están asociadas a la valoración que se tiene de cada habilidad basándose en la conducta personal frente a distintas situaciones, los cuales comprende una relación de habilidades básicas que comprendía la descripción de seis tipos de habilidades:Habilidades Sociales primeras, Habilidades sociales avanzadas, Habilidades relacionadas con los sentimientos, Habilidades alternativas a la agresión, Habilidades para hacer frente al estrés y Habilidades de planificación (Rivas,2002)

Aplicación y Corrección: La escala de habilidades sociales de Goldstein, es una prueba optativa, que se aplica partir de los 12 años en adelante y que puede ser aplicado tanto en forma individual como grupal, pudiendo incluso en algunos casos ser autoadministrada. La calificación es un procedimiento simple y directo que se facilitado por la estimación que hace el sujeto competente o deficiente en 50 habilidades sociales que se usa dentro de esta lista de chequeo, el cual tiene valor cuantitativo. La puntuación máxima a obtener en un ítem es 5 y el valor mínimo es 1. Es posible obtener los siguientes puntajes de medidas del uso competente o deficiente de las habilidades sociales al usar la escala: El puntaje obtenido en el ítem, el cual va de 1 a 5 nos permite identificar en qué medida el sujeto es competente o deficiente en el

empleo de una habilidad social, así como el tipo de situación en la que lo es. Las puntuaciones 1 y 2 indican, en general, un déficit en la habilidad (Rivas,2002)

El puntaje por áreas, el cual indica las deficiencias o logros del sujeto en un área específica se obtiene sumando los puntajes obtenidos en los ítems comprendidos en cada área del instrumento y comparándolo con los baremos correspondientes. El puntaje total, que varía en función al número de ítems que responde el sujeto en cada valor de 1 a 5, es como mínimo 50 y como máximo de 250 puntos. Este tipo de puntaje nos sirve como indicador objetivo del éxito o progreso del programa de tratamiento conductual, al aplicarse la prueba a manera de re-test luego del tratamiento. Excelente Nivel: 205 a+, Buen Nivel :157 a 204, Normal Nivel 78 a 156, Bajo Nivel 26 a 77 y Deficiente Nivel 0 a 25 (Rivas,2002).

Validación y Adaptación: Traducida por Rosa Vásquez en 1983 y adaptada por Ambrosio Tomás en 1994-1995.

### 2.5.3. Evaluación psicológica

Datos de Filiación	
Nombres y Apellidos	: M.P.C
Edad	: 23 años
Lugar y fecha de Nacimiento	: Lima, 10/09/1997
Estado Civil	: Soltera
Grado de Instrucción	: Secundaria completa
Ocupación	: Estudiante preuniversitaria
Lugar de Residencia	: San Juan de Lurigancho
Fecha de Entrevista	: Febrero 2021
Lugar de las entrevistas	: Centro de Salud Santa Fe de Totorita S.J.L.

## Observación psicológica

Evaluada de tez trigueña, cabello negro, contextura gruesa y estatura mediana. Se presenta a las evaluaciones con adecuado aseo y aliño personal. Ingresa a consulta con marcha lenta. Durante la evaluación psicológica se observa a la examinada orientada en lugar, tiempo y persona. Se evidencia adecuado estado de lucidez y comprensión tomándose un tiempo para elegir las palabras con las que respondía. Presenta un lenguaje fluido, con tono de voz bajo. Se observa con ánimo decaído, triste y solloza. Exhibe una actitud colaboradora en la sesión psicológica

## Motivo de consulta

Mujer de 23 años con estudios preuniversitarios viene a consulta por voluntad propia, donde refiere : “ Que hace seis meses se siente mal porque no ha podido ingresar a la universidad nacional” , manifestando “Me siento triste, desganada, culpable, fracasada ,no puedo conciliar el sueño, me duele la cabeza, tengo dificultad para concentrarme, me irrito con facilidad, he bajado mi apetito ,me he vuelto una persona insegura , amargada , aburrida, lloro por cualquier cosa, tengo pensamientos negativos y he perdido la diversión de muchas cosas ya no salgo de mi casa ,ya no converso con mis amistades , solo quiero estar en mi cuarto.”

## Presentación del Problema Actual

Usuaría de 23 años de edad, cuando recuerda el no haber ingresado a la universidad comienza a experimentar tristeza (8/10), frustración (7/10), culpa (8/10), dolor de cabeza, irritabilidad, desgano para hacer sus actividades y tensión muscular. En ese momento piensa “Mi vida es un fracaso”, “Nunca ingresare a la universidad, frente a ello usuaria prefiere encerrarse en su cuarto y comenzar a llorar ante esto le escribe a su amiga, en ese momento su amiga la llama para consolarla.

A su vez refiere : “Ya no le encuentro agradable estudiar y prepararme para la universidad, pero lo hago por exigencias de mis padres, donde refiere que cuando intenta

estudiar y no se puede concentrar piensa “Para que voy a estudiar si no voy ingresar”, “Soy una inútil porque no ingreso a la universidad” y siente frustración 8/10, cólera (7/10), desgano, frente a ello cierra su libro, comienza a revisar el Facebook y postea su estado de ánimo con un emoticón de tristeza y su mejor amiga le responde el estado y le manda un mensaje preguntándole como se encuentra .

A si también usuaria se levanta tarde ya que por las noches no puede conciliar el sueño y en las mañanas :Cuando su madre va a la habitación a despertarla y le dice: “Tu no piensas levantarse cambiarte, tomar tu desayuno, “Siempre es lo mismo contigo”, “A si no vas a ingresar a la universidad”, frente a ello siente tristeza (8/10), cólera (7/10) y le grita a su madre diciéndole: “Nadie me comprende en esta casa”, comienza a llorar y piensa: “Debería hacer las cosas bien” frente a esto su madre regresa trayéndole el desayuno a su habitación y la consuela.

Por otro lado, cuando sus amigos de promoción le mandan mensajes invitándola a salir ella piensa: “Seguro me van a preguntaran si ya ingresé a la universidad”, donde siente tristeza 8/10, frustración 7/10, manifiesta “Soy una fracasada”, frente ello no contesta los mensajes dejándoles en visto, sintiendo alivio al no contestarles.

#### Desarrollo cronológico del problema

Usuaría de 23 años de edad vive con sus padres y hermano de 18 años, donde recuerda que a la edad de 12 años sus padres discutían mucho por temas económicos y por la falta de atención que no les brindaba; refiere que al escuchar los gritos de sus padres se escondía en cuarto y comenzaba a llorar. Así mismo menciona que a la edad de 14 años comenzó a sentirse triste ya que las Matemáticas se le hacían muy pesadas y su padre la criticaba y la compara con su prima. Refiere que no tenía ganas de ir al colegio, se sentía desmotivada y que en ocasiones se hacia la enferma para no ir al colegio quedando en su habitación todo el día.

A los que a los 16 años se enteró que su padre mantenía otra relación, refiere: “Me decepcioné de mi padre, desde ese momento comencé a sentir cólera y rechazo hacia mi padre,

ya que veía a mi madre como sufría por él”, pese a todo sus padres continuaron con la relación, pero siempre madre le reclamaba la infidelidad. Manifiesta que no tenía ganas de estudiar y no se concentraba en clase. Además, menciona que a los 20 años también sufrió una infidelidad por parte de su pareja con una compañera de la academia donde se preparaba, manifiesta que a raíz de eso se retiró de la academia y ese año ya no estudio.

Actualmente decide ir al psicólogo por voluntad propia manifestando sentimientos de inutilidad, tristeza, desgano y desmotivación.

### Historia Personal

La examinada refiere que madre tuvo un parto normal, sin complicaciones a su vez manifiesta que fue una niña no planificada, pero desea por parte de padres. En el desarrollo psicomotor comenta que su madre le menciona que a los 8 meses comenzó a gatear y al año dio sus primeros pasos y logro controlar sus esfínteres a los dos años de edad aproximadamente. A los tres años de edad inicio su etapa escolar Inicial en un colegio Particular, recuerda que tenía una amiga con la cual compartía en el recreo y le gustaba subirse a los columpios. Sus estudios primarios los realizo en un colegio Estatal ya que sus padres no estaban bien económicamente, manifiesta que era una alumna promedio y que se esforzaba por ser buena alumna.

A los 12 años entro a la secundaria y refiere que sus profesores eran más exigentes, ella se esforzaba por tener buenas notas, pero manifiesta que en ocasiones no se podía concentrar ya que escuchaba a sus padres discutir por problemas económicas, refiere: “Mis padres gritaban y yo me encerraba en mi cuarto y comenzaba a llorar, pensaba en irme a vivir con mi abuela paterna ya que no soportaba ver a mis padres discutir.” Manifiesta que lo que pasaba en casa le comentaba a su mejor amiga de colegio, ella la consolaba y le decía todo va a pasar.

En tercero de secundaria a la edad de 14 años comenzó a tener dificultades en las matemáticas refiere: “Comencé a sentirme triste y desmotivada cuando no me salía un ejercicio

o cuando mi padre me criticaba o compara con mis primas.” Manifiesta que muchas veces no tenía ganas de ir al colegio, pero iba al colegio por exigencias de su padre. En la adolescencia era selectiva con sus amistades y solo a una amiga le comentaba lo que pasaba en casa.

A los 16 años se enteró que su padre engañaba a su madre, usuaria comenzó a sentir rechazo hacia su padre, ya que venía a su madre llorar por las noches, se decepcionó más de su padre, ya que padre era exigente con ella y más prefería a la familia del cómo tíos y abuelos. Pese a la infidelidad madre decidió continuar con la relación, pero las discusiones en casa continuaban aún más. Usuaria manifiesta que no se podía concentrar en clase, no tenía ganas de ir al colegio, lloraba a solas en su cuarto y los problemas que pasaba le comentaba a su mejor amiga, pese a lo que le pasaba logró terminar la secundaria con notas aprobatorias.

A los 18 años sus padres la matricularon en una academia de preparación Aduni donde conoció a su ex enamorado, usuaria manifiesta que él la apoyaba en las matemáticas, era comprensivo con ella y se llevaban bien. A los 19 manifiesta que tuvo su primera relación sexual con su enamorado refiere que se sintió extraña y con temor a que sus padres se enteren, además menciona que a los 20 años terminó con su enamorado ya que se enteró que le había hecho infiel con una compañera de la academia, se retiró de la academia y ese año no estudió, ya que no tenía ganas de hacer nada, se sentía triste y desmotivada. En las relaciones interpersonales actualmente mantiene comunicación con una amiga del colegio, pero ya no la frecuenta como antes.

Información sobre el sexo: Manifiesta que sus padres no le brindaron información sobre el sexo, ya que era un tabú para sus padres hablar de sexo.

A la edad de 12 años adquirió información sobre el sexo, ya que en su salón de clase su tutora le brindó la información sobre ese tema, que para sus padres eran un tabú. Manifiesta que en esa misma edad de 12 años comenzó a menstruar, refiere: “Estaba en clases de danza y cuando de pronto comencé a menstruar, yo me asusté”.

## Historia Familiar

La usuaria vive con padres y hermano de 18 años. Tiene una relación cercana con madre y hermano y una relación distante con su padre. Refiere que con padre discute mucho ya que él prefiere a su familia que a ella, la relación con padre no están buena donde usuaria refiere: “Siento que es el que más me juzga y critica, pero el piensa que con sus palabras que me dice me motiva y lo hace por mi bien.”, “Discuto mucho con mi padre ya que muchas veces prefiere más a su familia que a nosotros, pero poco a poco ya me fui acostumbrando.” A su vez con respecto a su madre usuaria refiere “Con ella me llevo mejor, hablamos mucho, siento que le tengo más confianza a ella, pero tenemos nuestras discusiones ya que no siempre pensamos lo mismo”. Finalmente, respecto a la relación con hermano usuaria refiere: “Siento que con esta pandemia la relación con mi hermano ha mejorado muchísimo, tenemos más comunicación que antes.”

### Tabla 1

#### *Datos Familiares de la Evaluada*

Parentesco	Nombre	Edad	Grado de Instrucción	Ocupación	Características
Padre	Carlos	51	5to de Secundaria	Albañil	Relación no cercana con padre ya que solo lo ve por las noches y los fines de semana.
Madre	Bertha	49	5to de Secundaria	Ama de casa	Con madre se lleva mejor, su relación es mas cercana.
Hermano	Jorge	18	Secundaria	Estudiante preuniversitario	La relación con su hermano ha mejorado.

*Nota:* En la tabla 1 se observa la relación que presenta usuaria con sus familiares.

#### 2.5.4. Evaluación Psicométrica

A continuación, se presenta el informe de cada uno de los instrumentos aplicados.

#### Informe psicológico

##### Datos de filiación

Nombres y Apellidos	:	M.P.C
Edad	:	23 años
Lugar y fecha de Nacimiento	:	Lima, 10/09/1997
Estado Civil	:	Soltera
Grado de Instrucción	:	Secundaria completa
Ocupación	:	Estudiante preuniversitaria
Lugar de Residencia	:	San Juan de Lurigancho
Fecha de Entrevista	:	Febrero 2021
Lugar de las entrevistas	:	Centro de Salud Santa Fe de Totorita S.J.L.
Psicóloga	:	Nathalie Miriam Puelles Villafana

##### Motivo de evaluación

Evaluar los niveles de depresión de la usuaria

##### Instrumentos aplicados

Entrevista psicológica

Inventario de depresión de Beck

## Resultados

**Tabla 2**

Resultados del Inventario de Depresión de Beck

Puntaje directo	Nivel	Diagnóstico
26	Moderado	Depresión Moderada

*Nota:* Se muestra un puntaje directo de 26 ubicándolo en una Depresión Moderada

## Interpretación

Usuaría ha obtenido un puntaje total de 26 ubicándola en la categoría Nivel Moderado, donde presenta tristeza, desgano para hacer sus actividades, dificultad para conciliar el sueño, problemas para concentrarse, irritabilidad, sentimientos de culpa y de fracaso, pérdida de apetito, desinterés para relacionarse con sus amistades y pensamientos negativos el cual influye en su repertorio conductual y emocional.

## Conclusiones

-Usuaría presenta un nivel de Depresión Moderada

## Recomendaciones

-Reducir la sintomatología depresiva mediante la terapia cognitivo conductual.

## Informe psicológico

## Datos de filiación

Nombres y Apellidos	:	M.P.C
Edad	:	23 años
Lugar y fecha de Nacimiento	:	Lima, 10/09/1997
Estado Civil	:	Soltera
Grado de Instrucción	:	Secundaria completa

Ocupación	:	Estudiante preuniversitaria
Lugar de Residencia	:	San Juan de Lurigancho
Fecha de Entrevista	:	Febrero 2021
Lugar de las entrevistas	:	Centro de Salud Santa Fe de Totorita S.J.L.
Psicóloga	:	Nathalie Miriam Puelles Villafana

#### Motivo de evaluación

-Evaluar la personalidad de la usuaria

#### Instrumentos aplicados:

-Cuestionario de Personalidad Eysenck (CPE)

#### Resultados

### Tabla 3

#### *Resultados del Cuestionario de Personalidad Eysenck (CPE)*

Dimensión	Puntaje directo	Puntaje percentil	Diagnostico
Extraversión	9	20	Introversión
Neuroticismo	11	70	Tendencia al Neuroticismo
Psicoticismo	2	20	Ajuste conductual
Mentiras	3	15	La prueba se valida

*Nota: Se muestran los puntajes de cada dimensión extraversión, neuroticismo, psicoticismo.*

#### Interpretación

Usuaría obtiene un puntaje directo de 9 ubicándolo en un percentil de 20 donde se ubica en una Introversión, así mismo obtiene un puntaje directo de 11 con un percentil de 70 ubicándolo en una Tendencia al Neuroticismo y finalmente obtuvo un puntaje 2 directo con un percentil de 20 ubicándolo en un Ajuste conductual. En el cual usuaria presenta características

de personalidad Introversa es decir es reservada, cautelosa con personas de autoridad o mayores, sin embargo, con sus pares o personas de confianza se relaciona brindarle soporte, ayuda, escucha y buen trato.

Por otro lado, presenta Tendencia al Neuroticismo es decir suele ser insegura, tiende a dudar de ella misma, es ansiosa, sensible frente al dolor de otras personas y vulnerable a los acontecimientos que se le presentan frente a los cuales se condiciona con facilidad, por ejemplo, al no ingresar a la universidad tiende a estallar en llanto y culparse, viéndolo como un fracaso en su vida. A su vez cuando no logra alcanzar sus objetivos en actividades académicas tiende a bloquearse, abandonando la tarea propuesta y estallando en llanto o entrando en las redes sociales y escribiendo sus estados de ánimo, esto se da cuando no puede realizar un ejercicio en el área de matemáticas o cuando recuerda el no haber ingresado a la universidad.

Y por último tiende a presentar rasgos de ansiedad, presentando un sistema nervioso central lábil es decir biológicamente presenta un umbral bajo que la hace sensible al estrés, tensión, indecisión y se muestra aprensiva de algunos problemas pasados y futuros.

## Conclusiones

Características de personalidad introversa con tendencia al Neuroticismo con sistema nervioso central lábil y adecuado ajuste a las reglas sociales y familiares.

## Recomendaciones

Regular las emociones disfuncionales de usuaria.

## Informe psicológico

### Datos de filiación

Nombres y Apellidos	:	M.P.C
Edad	:	23 años

Lugar y fecha de Nacimiento	:	Lima, 10/09/1997
Estado Civil	:	Soltera
Grado de Instrucción	:	Secundaria completa
Ocupación	:	Estudiante preuniversitaria
Lugar de Residencia	:	San Juan de Lurigancho
Fecha de Entrevista	:	Marzo 2021
Lugar de las entrevistas	:	Centro de Salud Santa Fe de Totorita S.J.L.
Psicóloga	:	Nathalie Miriam Puelles Villafana

#### Motivo de evaluación

Identificar pensamientos automáticos de usuaria

#### Instrumentos aplicados

La entrevista psicológica

Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan

#### Resultados

A continuación, se detallan los puntajes obtenidos del Inventario de Pensamientos Automáticos, de Ruiz y Lujan, que se le evaluó a usuaria. Contando con la evaluación de quince pensamientos automáticos.

**Tabla 4***Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan*

Pensamiento automático	Puntaje	Efecto emocional
1) Filtraje	6	Severo
2) Pensamiento Polarizado	2	Bajo
3) Sobre generalización	5	Regular
4) Interpretación del pensamiento	1	Bajo
5) Visión Catastrófica	5	Regular
6) Personalización	2	Bajo
7) Falacia de control externo	2	Bajo
8) Falacia de justicia	2	Bajo
9) Razonamiento emocional	2	Bajo
10) Falacia de cambio	2	Bajo
11) Etiqueta global	6	Severo
12) Culpabilidad	2	Bajo
13) Debería	6	Severo
14) Falacia de razón	2	Bajo
15) Falacia de recompensa divina.	2	Bajo

*Nota:* Se evidencia los puntajes de cada pensamiento automático

#### Interpretación

Según los resultados obtenidos de pensamientos automáticos la usuaria presenta pensamientos automáticos que le generan tristeza, frustración y angustia, el cual cuando usuaria recuerda el no haber ingresado a la universidad, siente tristeza y se encierra a su cuarto a llorar, donde piensa: “Mi vida es un fracaso”, respondiendo a un pensamiento automático de Filtro Mental. A su vez refiere sentir tristeza, frustración, culpa por no haber ingresado a la universidad en el cual piensa: “Nunca ingresare a la universidad”, respondiendo a un pensamiento automático de Sobre generalización.

Y cuando intenta estudiar y no se puede concentrar piensa “Para que voy a estudiar si no voy ingresar” respondiendo a un pensamiento automático de Visión Catastrófica. A si también cuando intenta estudiar piensa: Soy una inútil porque no ingreso a la universidad”, “Soy una fracasada”, respondiendo a un pensamiento automático de Etiqueta global. Y por último cuando se levanta tarde y por las noches no puede conciliar el sueño piensa: Debería hacer las cosas bien”, respondiendo a un pensamiento automático de Debería.

### Conclusiones

La usuaria se desenvuelve en su vida cotidiana con los pensamientos automáticos como: Filtro Mental, Sobre generalización, Visión Catastrófica, Etiqueta global y Debería.

### Recomendaciones

Modificar los pensamientos automáticos de Filtro Mental, Sobre generalización, Visión Catastrófica, Etiqueta global y Debería.

### Informe psicológico

#### Datos de filiación

Nombres y Apellidos	:	M.P.C
Edad	:	23 años
Lugar y fecha de Nacimiento	:	Lima, 10/09/1997
Estado Civil	:	Soltera
Grado de Instrucción	:	Secundaria completa
Ocupación	:	Estudiante preuniversitaria
Lugar de Residencia	:	San Juan de Lurigancho
Fecha de Entrevista	:	Marzo 2021
Lugar de las entrevistas	:	Centro de Salud Santa Fe de Totorita S.J.L.

Psicóloga : Nathalie Miriam Puelles Villafana

Motivo de evaluación

Evaluar el grado de inteligencia de usuaria

Instrumentos aplicados

Test Raven Adultos

Resultados

### Tabla 5

*Resultados del Test Raven Adultos*

Categoría	Puntaje directo	Percentil
Normal	48	50

*Nota:* Se muestra un puntaje directo de 48 con una categoría normal de Inteligencia

Interpretación

Usuaria ha obtenido un puntaje directo de 48 ubicándola en el percentil 50 correspondiente al rango categoría Nivel Normal o Término Medio, teniendo la capacidad para asimilar, retener y evocar información ya sea a corto, mediano y largo plazo.

Conclusiones

Presenta un coeficiente intelectual promedio.

Recomendaciones

Se recomienda reforzar su capacidad intelectual.

## Informe psicológico

## Datos de filiación

Nombres y Apellidos	:	M.P.C
Edad	:	23 años
Lugar y fecha de Nacimiento	:	Lima, 10/09/1997
Estado Civil	:	Soltera
Grado de Instrucción	:	Secundaria completa
Ocupación	:	Estudiante preuniversitaria
Lugar de Residencia	:	San Juan de Lurigancho
Fecha de Entrevista	:	Febrero 2021
Lugar de las entrevistas	:	Centro de Salud Santa Fe de Totorita S.J.L.
Psicóloga	:	Nathalie Miriam Puelles Villafana

## Motivo de evaluación

- Evaluar las Habilidades Sociales de la usuaria

## Instrumentos aplicados

- La entrevista psicológica
- Lista de chequeo de habilidades sociales de Golsdtein

## Resultados

**Tabla 6**

*Resultados de la lista de chequeo de Habilidades de Golsdtein*

Categoría	Puntaje directo
Normal	148

*Nota:* Se muestra un puntaje de 148 con una categoría normal en sus Habilidades Sociales.

### Interpretación

Usuaría ha obtenido un puntaje total de 148 ubicándola en la categoría Nivel Normal en el perfil de sus habilidades sociales, donde suele relacionarse con las personas de su contexto social, pero en ocasiones suele ser reservada.

### Conclusiones

Presenta una categoría Nivel Normal en el perfil de sus habilidades sociales.

### Recomendaciones

Se recomienda reforzar sus habilidades sociales para un mejor desenvolvimiento de usuaria.

#### **2.5.5. Informe psicológico integrador**

Se presentan el análisis e interpretación de resultados de la evaluación psicológica que incluye la presunción diagnóstica, el diagnóstico funcional como la lista de conductas, análisis funcional y cognitivo diagnóstico tradicional, recomendaciones para el usuario o paciente y familia.

#### Informe psicológico integrador

##### Datos de Filiación

Nombres y Apellidos	:	M.P.C
Edad	:	23 años
Lugar y fecha de Nacimiento	:	Lima, 10/09/1997
Estado Civil	:	Soltera
Grado de Instrucción	:	Secundaria completa
Ocupación	:	Estudiante preuniversitaria
Lugar de Residencia	:	San Juan de Lurigancho

Fecha de Entrevista : Marzo 2021  
Lugar de las entrevistas : Centro de Salud Santa Fe de Totorita S.J.L.  
Psicóloga : Nathalie Miriam Puelles Villafana

#### Motivo de evaluación

Evaluar las diferentes áreas de evaluada.

#### Instrumentos aplicados:

- La entrevista psicológica
- Inventario de Depresión de Beck.
- Cuestionario de Personalidad de Eysenck
- Inventario de pensamientos automáticos de Beck
- Test de Inteligencia Raven
- Lista de Chequeo de habilidades Sociales de Golstein.

#### Resultados

Usuaría presenta un Nivel de Depresión Moderada donde presenta tristeza, desgano para hacer sus actividades, dificultad para conciliar el sueño, problemas para concentrarse, irritabilidad, sentimientos de culpa y de fracaso, pérdida de apetito, desinterés para relacionarse con sus amistades y pensamientos negativos el cual influye en su repertorio conductual y emocional.

A su vez presenta una personalidad Introversa con Tendencia al Neuroticismo y Ajuste conductual a las reglas sociales y familiares, en el cual es reservada, cautelosa con personas de autoridad o mayores, sin embargo, con sus pares o personas de confianza se relaciona brindarle soporte, ayuda, escucha y buen trato. Así mismo suele ser insegura, ansiosa sensible frente al dolor de otras personas y vulnerable a los acontecimientos que se le presentan

frente a los cuales se condiciona con facilidad, por ejemplo, al no ingresar a la universidad tiende a estallar en llanto y culparse, viéndolo como un fracaso en su vida.

Cuando no logra alcanzar sus objetivos en actividades académicas tiende a bloquearse, abandonando la tarea propuesta y estallando en llanto o entrando en las redes sociales y escribiendo sus estados de ánimo. Por otro lado, presenta rasgos de ansiedad, presentando un sistema nervioso central lábil es decir biológicamente presenta un umbral bajo que la hace sensible al estrés, tensión, indecisión y se muestra aprensiva de algunos problemas pasados y futuros.

A su vez presenta pensamientos automáticos que le generan tristeza, frustración, angustia, llanto y evitación encerrándose en su cuarto, donde piensa: “Mi vida es un fracaso”, respondiendo a un pensamiento automático de Filtro Mental. Así también presenta el pensamiento automático “Nunca ingresare a la universidad”, respondiendo a un pensamiento automático de Sobre generalización, también piensa y si tengo una enfermedad grave”, “Para que voy a estudiar si no voy ingresar” respondiendo a un pensamiento automático de Visión Catastrófica.

Por otro lado, cuando intenta estudiar el área de Matemáticas y no se puede concentrar piensa: Soy una inútil porque no ingreso a la universidad”, “Soy una incapaz”, respondiendo a un pensamiento automático de Etiqueta global. También cuando se levanta tarde y por las noches no puede conciliar el sueño piensa: Debería hacer las cosas bien”, respondiendo a un pensamiento automático de Debería.

Presenta un Nivel de Inteligencia Normal promedio teniendo la capacidad para asimilar, retener y evocar información ya sea a corto, mediano y largo plazo. Y por último en el área de sus habilidades sociales se encuentra en una categoría Normal, donde suele relacionarse con las personas de su contexto social, pero en ocasiones suele ser reservada.

Presunción diagnóstica

## Episodio Depresivo Moderado

### Diagnostico Funcional

A continuación, se detalla la lista de conductas mediante una tabla para mayor especificación, así como el análisis funcional, análisis cognitivo, diagnóstico tradicional del CIE 10.

### Lista de conductas

#### **Tabla 7**

*Conductas en exceso, debilitamiento y déficit relacionados con la depresión.*

Exceso	Debilitamiento	Déficit
Dolor de cabeza	Desgano para hacer sus	Control de los impulsos
Tensión muscular	actividades.	Actividad física
Irritabilidad		Actividades de relajación.
Llorar	Disminución en sus	
Encerrarse en su cuarto	relaciones sociales.	
Gritar a su madre		
Frustración	Disminución en su	
Tristeza	concentración	
Cólera	Disminución del sueño	
Culpa		
“Mi vida es un fracaso”		
“Nunca ingresare a la universidad”.		
“Para que voy a estudiar si no voy ingresar”.		
“Soy una inútil porque no ingreso a la universidad”		
“Debería hacer las cosas bien”		
“Soy una Fracasada”		

*Nota:* Se muestran las conductas en exceso, debilitamiento y déficit de la usuaria.

**Tabla 8***Análisis funcional de la conducta depresiva*

Estimulo Discriminativo	Conducta de la usuaria	Estimulo Reforzador
Cuando recuerda el no haber ingresado a la universidad.	Fisiológico: Dolor de cabeza, Desgano para hacer sus actividades. Tensión muscular Motor Se encierra en su cuarto. Llora y le escribe a su amiga. Emocional: Tristeza (8/10) Frustración (7/10), Culpa (8/10)	Reforzamiento positivo Su amiga la llama para consolarla.
Cuando intenta estudiar y no se puede concentrar.	Fisiológico: Desgano Motor: Cierra su libro, revisa el Facebook y postea su estado de ánimo con un emoticón de tristeza. Emocional: Frustración 8/10 Cólera (7/10).	Reforzamiento positivo Su mejor amiga le responde el estado.
Cuando su madre va a la habitación a despertarla y le dice: “Tu no piensas levantarse cambiarte, tomar tu desayuno, “Siempre es lo mismo contigo”, “A si no vas a ingresar a la universidad”	Motor: Le grita a su madre diciéndole: “Nadie me comprende en esta casa” Emocional: Tristeza (8/10) Cólera (7/10)	Reforzamiento positivo Su madre le trae el desayuno a su habitación y la consuela.
Cuando sus amigos de promoción le mandan mensajes invitándola a salir	Motor No contesta los mensajes que le mandan sus compañeros. Emocional: Tristeza (8/10) Tristeza (8/10) Frustración 7/10	Reforzador Negativo Sensación de alivio (R-)

*Nota:* Se muestra el estímulo discriminativo, la conducta de la usuaria, estímulo reforzador

**Tabla 9***Análisis cognitivo de la conducta depresiva*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y conducta (c)
Cuando recuerda el no haber ingresado a la universidad.	“Mi vida es un fracaso” “Nunca ingresare a la universidad”	Tristeza (8/10) frustración (7/10) culpa (8/10) Se encierra en su cuarto. Llora y le escribe a su amiga.
Cuando intenta estudiar y no se puede concentrar.	“Para que voy a estudiar si no voy ingresar, “Soy una inútil porque no ingreso a la universidad”	Frustración 8/10. Cólera (7/10). Cierra su libro, revisa el Facebook y postea su estado de ánimo con un emoticón de tristeza.
Cuando su madre va a la habitación a despertarla y le dice: “Tu no piensas levantarse cambiarte, tomar tu desayuno, “Siempre es lo mismo contigo”, “A si no vas a ingresar a la universidad”.	“Debería hacer las cosas bien”	Tristeza (7/10) Cólera (8/10) Le grita a su madre diciéndole: “Nadie me comprende en esta casa”.
Cuando sus amigos de promoción le mandan mensajes invitándola a salir.	“Soy una fracasada”	Tristeza 8/10 Frustración 7/10

*Nota:* Se muestra la relación de situación, pensamiento, emoción y conducta.

## Diagnostico

Según la Organización mundial de la salud OMS (1992) el CIE 10 refiere que en los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas leve (F32.0) , moderada (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3 ) , por lo general el enfermo que la padece sufre de un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas , una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado , que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta a cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión (OMS,1992).

La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas tales como la irritabilidad, consumo de excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas,

Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco (OMS,1992).

**Tabla 10***Criterios según el CIE 10 para el Episodio Depresivo*

Episodio Depresivo	Presentes en la usuaria
Perdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas.	Presenta falta de interés para realizar actividades. Ya no sale de la casa, no conversa con sus amistades solo quiere estar en su cuarto.
La disminución de la atención y concentración.	Presenta dificultad para concentrarme.
La pérdida de la confianza en si mismo y sentimientos de inferioridad.	Presenta inseguridad y llora por cualquier cosa.
Las ideas de culpa y de ser útil (incluso en Episodios leves)	Se siente culpable, fracasada.
Una perspectiva sombría del futuro.	Presenta pensamientos negativos hacia el futuro.
Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.	No presenta
Los trastornos de sueño.	Presenta dificultad para conciliar el sueño.
La pérdida del apetito.	Ha bajado su apetito
En este caso la usuaria presenta Episodio Moderado.	Están presentes más de cuatro síntomas.
Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para el episodio leve (F32.0), así como al menos tres y preferiblemente cuatro de los demás síntomas. Es probable que varios síntomas se presentan en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.	

*Nota:* Se presenta los criterios diagnósticos del Cie 10 comparado con los síntomas que presenta usuaria.

## Diagnóstico diferencial

### Episodio Depresivo Leve (F32.0)

OMS (1992) refiere que las pautas para este diagnóstico son: el ánimo depresivo, la pérdida de interés y la capacidad de disfrutar y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos del resto de síntomas enumerados en la tabla anterior. Ninguno de los síntomas debe estar presente en grado intenso. El episodio debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo leve suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su vida laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos

#### F32.00 Sin síntomas somáticos

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síntomas somáticos o ninguno.

#### F32.01 Con síntomas somáticos

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síntomas somáticos (si están presentes solo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional puede estar justificado utilizar esta categoría).

## Conclusiones

Usaria presenta un nivel de Depresión Moderada .

Presenta características de personalidad introvertida y tendencia al Neuroticismo con

sistema nervioso central lábil y adecuado ajuste a las reglas sociales y familiares.

Se desenvuelve en su vida cotidiana con los pensamientos automáticos como: Filtro Mental, Sobre generalización, Visión Catastrófica, Etiqueta global y Debería.

Presenta un coeficiente intelectual promedio.

Presenta una categoría Nivel Normal en el perfil de sus habilidades sociales.

## Recomendaciones

Establecer una programación de actividades como autocuidado, ocio y actividades de casa que le promuevan a usuaria sentimientos de placer, diversión y alegría.

Regular las emociones disfuncionales de usuaria.

Modificar los pensamientos automáticos tales como filtraje, sobre generalización, visión catastrófica, etiqueta global y debería.

Reforzar sus habilidades sociales en sus diferentes contextos:

Reforzar conductas de afrontamiento.

## **2.6. Intervención**

La intervención que se realiza es mediante la terapia cognitivo conductual a una usuaria de 23 años con Episodio Depresivo.

### **2.6.1. Plan de intervención y calendarización**

Continuando con el desarrollo del presente trabajo académico comenzaremos a describir el Plan de intervención y calendarización que comprende el numero de la sesión, fecha, duración, periodicidad, participantes y técnicas de tratamiento. Se detalla en la tabla once lo siguiente:

**Tabla 11**  
*Fechas de sesiones*

Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Participante	Técnica de tratamiento
01	22/02/2021	1 hora	Una vez a la semana	Joven Mujer de 23 años	Entrevista psicológica Observación de la conducta.
02	01/03/2021	1 hora	Una vez a la semana	Joven Mujer de 23 años	Evaluación psicométrica (pre test Contrato terapéutico y el compromiso de la usuaria y terapeuta Autoregistro.
03	08/03/2021	1 hora y 15 mntos	Una vez a la semana	Joven Mujer de 23 años	Psicoeducación
04	15/03/2021	45mntos	Una vez a la semana	Joven mujer de 23 años.	Psicoeducación y Técnica dominio y agrado
05	22/03/2021	45mntos	Una vez a la semana	Joven mujer de 23 años.	Psicoeducación, Triple columna
06	29/03/2021	45mntos	Una vez a la semana	Joven mujer de 23 años.	Psicoeducación
07	05/04/2021	45mntos	Una vez a la semana	Joven mujer de 23 años.	Descubrimiento guiado
08	12/04/2021	45mntos	Una vez a la semana	Joven de 23 años	Descubrimiento guiado y Respiración diafragmática
09	19/04/2021	45mntos	Una vez a la semana	Joven de 23 años	Descubrimiento guiado
10	26/04/2021	45mntos	Una vez a la semana	Joven de 23 años	Descubrimiento guiado
11	03/05/2021	45mntos	Una vez a la semana	Joven de 23 años	Descubrimiento guiado
12	10/05/2021	45mntos	Una vez a la semana	Joven de 23 años	Descubrimiento guiado
13	17/05/2021	45mntos	Una vez a la semana	Joven de 23 años	Entrenamiento en habilidades Sociales.
14	24/05/2021	45mntos	Una vez a la semana	Joven de 23 años	Solución de Problemas
15	07/06/2021	45mntos	Una vez a la semana	Joven de 23 años	Autoregistros e Instrumentos de Evaluación. (post test)

*Nota:* Se muestra las fechas y técnicas de cada sesión realizada.

### 2.6.2. Programa de intervención

A continuación, se presentan las sesiones psicológicas con objetivos, sesiones terapéuticas, técnicas y actividades para un caso de depresión de una joven adulta de 23 años, El plan de intervención consto de una duración de 15 sesiones de intervención psicoterapéutica, programadas una vez por semana, por 45 a mas minutos cada una donde la sesión se realiza una vez a la semana y se examinaron los síntomas iniciando por un pre test y finalmente terminando con un post test.

**Tabla 12**

*Sesión 1: Entrevista psicológica y Observación de la conducta.*

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Establecer la alianza terapéutica. Identificar las conductas problemáticas de la usuaria.	Entrevista psicológica. Observación de la conducta. Aplicación de instrumentos de evaluación.	Paso 1: Se da la bienvenida a la usuaria y se inicia con la entrevista inicial y observación conductual con la finalidad de recaudar información del motivo de consulta. Paso 2: Se identifica el problema actual mediante la descripción de los síntomas en la entrevista psicológica. Paso 3: Se realiza el consentimiento informado. Paso 4: Se aplica el cuestionario de la Escala de Depresión de Beck. Paso 5: Se aplica el Cuestionario de Personalidad de Eysenck. Paso 6: Se le dejan pautas para la casa.	Se le deja tarea para casa que identifique que situaciones le generan malestar emocional.

*Nota:* Esta tabla muestra los objetivos, técnicas e Instrumentos, las actividades y las tareas presentadas durante la sesión uno.

**Tabla 13***Sesión 2: Alianza terapéutica y recojo de información*

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Establecer alianza terapéutica con la usuaria	Contrato terapéutico y el compromiso de la usuaria y terapeuta	Paso 1: Se revisa la tarea dejada en la sesión anterior. Paso 2: Se le explica a usuaria que se seguirá con la evaluación psicológica y se le manifiesta que es importante que asista a las sesiones acordadas.	Se le deja el registro de línea base.
Recoger información empleando la historia clínica, elaboración de la línea base y pruebas psicológicas y registro conductual.	Aplicación de instrumentos de evaluación. Autoregistro	Paso 3: Se aplica el Inventario de Pensamientos automáticos. Paso 4: Se le Aplica el test de Inteligencia Raven. Paso 5: Se le orienta sobre la autoobservación, autorregistro. Se comienza por la elaboración del listado de conductas problemas, pensamiento y emoción. Paso 6: Se brindan pautas para la tarea en casa.	

*Nota: Esta tabla muestra los objetivos, técnicas e Instrumentos, las actividades y las tareas presentadas durante la sesión dos.*

**Tabla 14***Sesión 3: Explicación del modelo a trabajar y recojo de información*

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Dar a conocer la problemática de la usuaria, desde la perspectiva del modelo Cognitivo Conductual. Recoger información sobre el área de sus habilidades sociales.	Psicoeducación  Aplicación de instrumentos de evaluación  Aplicación de instrumentos de evaluación.	<p>Paso 1: Se inicia la sesión dando la bienvenida a la usuaria.</p> <p>Paso 2: Se le explica a usuaria sobre el programa de intervención cognitivo -conductual y el tratamiento a realizar.</p> <p>Paso 3: Luego se le manifiesta que dentro de las evaluaciones que se ha realizado hemos notado que presentas Depresión.</p> <p>Paso 4: Se le brinda el concepto de Depresión y se explica a usuaria que la Depresión presenta un factor psicológico que está conformado por la Triada cognitiva donde postula que la persona tiene una visión negativa sobre una mismo, sobre el mundo y sobre el de su futuro y tiende a interpretar las experiencias del día a día de un modo negativo (ver anexo G) .</p> <p>Paso 5: Se le explica, causas, consecuencias, niveles de la depresión. Y donde se hará entrega de fichas ilustrativas sobre la Depresión.</p> <p>Paso 6: Aplicación del cuestionario Lista de Chequeo de habilidades Sociales de Golstein.</p> <p>Paso 7: Se brindan pautas para la tarea en casa.</p>	Se continua con el registro de la línea base.

Nota: Esta tabla muestra los objetivos, técnicas e Instrumentos, las actividades y las tareas presentadas durante la sesión tres.

**Tabla 15**

*Sesión 4: Psicoeducación y técnica de dominio y agrado.*

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Brindar a la usuaria los resultados de la evaluación. Brindar psicoeducación sobre la técnica dominio y agrado. Promover actividades saludables y positivas.	Psicoeducación Técnica dominio y agrado	<p>Paso 1: Dar a conocer los resultados de la evaluación y resolver dudas de usuaria.</p> <p>Paso 2: Psicoeducar a la usuaria sobre la técnica dominio y agrado, el cual se le explica a la usuaria que esta técnica se centra en el incremento de actividades positivas con la cual se busca que se mantenga ocupada.</p> <p>Paso 3: Junto con usuaria se realizará un listado de actividades de autocuidado, ocio y tareas en casa a realizar.</p> <p>Paso 4: Se le pide a la usuaria realizar las actividades agradables, con el fin de conseguir resultados positivos y lograr romper el ciclo rumiante de pensamientos negativos y conductas depresivas.</p> <p>Paso 5: Se brindan pautas para la tarea en casa.</p>	<p>Registro de actividades diarias que realice durante la semana.</p> <p>Se continua con el registro de la línea base.</p>

*Nota:* Esta tabla muestra los objetivos, técnicas e Instrumentos, las actividades y las tareas presentadas durante la sesión cuatro.

**Tabla 16***Sesión 5: Psicoeducación y triple columna*

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Promover actividades agradables para la usuaria.	Psicoeducación, Triple columna	Paso 1: Se revisa la tarea asignada la sesión anterior, (registro de actividades y línea base.	Registrar actividades agradables que realiza.
Psicoeducar sobre la relación que existe, pensamiento, emoción y conducta		Paso 2: Se refuerza el uso de actividades agradables para afrontar conductas depresivas. Paso 3: Explicar a la usuaria sobre la relación que existe entre Pensamiento emoción, conducta para lograr que identifique la importancia de los pensamientos frente a distintas situaciones que estén generando emociones perturbadoras con la finalidad de reestructúralos. Paso 4: Se le presenta a usuaria un ejemplo de pensamiento, emoción y conducta. Paso 5: Se brindan pautas para la tarea en casa.	Elaborar un Autorregistro de la triple columna por espacio de una semana. Se continua con el registro de la línea base

*Nota:* Esta tabla muestra los objetivos, técnicas e Instrumentos, las actividades y las tareas presentadas durante la sesión cinco.

**Tabla 17***Sesión 6: Psicoeducación sobre distorsiones cognitivas.*

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Fomentar actividades agradables de la usuaria.	Psicoeducación	Paso 1: Se procede a revisar las tareas asignadas en la sesión anterior. Paso 2: Revisar el incremento de actividades y su estado de ánimo actual.	Registrar las actividades gratificantes que realiza.
Psicoeducar sobre las distorsiones cognitivas.		Paso 3: Se psicoeduca a la usuaria sobre pensamientos automáticos y su relación en el mantenimiento de conductas depresivas Paso 4: Se psicoeduca a la usuaria en distorsiones cognitivas, sobre tipos de distorsiones. Paso 5: Se le presentan ejemplos a usuaria sobre distorsiones cognitivas. Paso 6: Se brindan pautas para la tarea en casa.	Se continua con el registro de la línea base y triple columna.

*Nota:* Esta tabla muestra los objetivos, técnicas e Instrumentos, las actividades y las tareas presentadas durante la sesión seis.

**Tabla 18**

*Sesión 7: Modificación del pensamiento automático distorsionado “Mi vida es un fracaso”.*

Objetivo	Técnica e Instrumentos	Actividades	Tareas
Modificar el pensamiento automático distorsionado. “Mi vida es un fracaso”.	Descubrimiento guiado	<p>Paso 1: Se procede a revisar la sesión anterior.</p> <p>Paso 2: Mediante el descubrimiento guiado se trabaja la distorsión cognitiva de la usuaria “Mi vida es un fracaso”.</p> <p>Paso 3: Se le realiza las siguientes preguntas ¿A qué te refieres con que tu vida es un fracaso?, ¿Cómo consideras a una persona que su vida es un fracaso?, ¿Pensar así te ayuda en tu vida cotidiana? ¿Entonces porque generalizas que tu vida es fracaso? ¿Y ahora qué piensas?, ¿Y ahora que como te sientes?</p> <p>Paso 4: Se le ayuda a debatir ese pensamiento para que usuaria lo sustituya por:” A veces podemos fracasar o tener éxito en la vida”.</p> <p>Paso 5: Se brindan pautas para la tarea en casa.</p>	Se continúa dando el registro de la línea base y la triple column.

*Nota:* Esta tabla muestra los objetivos, técnicas e Instrumentos, las actividades y las tareas presentadas durante la sesión siete.

**Tabla 19**

*Sesión 8: Modificación del pensamiento automático distorsionado “Nunca ingresare a la universidad”*

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
<p>Modificar el pensamiento automático distorsionado: “Nunca ingresare a la universidad”</p> <p>Disminuir los niveles de depresión mediante la respiración diafragmática</p>	<p>Descubrimiento guiado</p> <p>Respiración diafragmática</p>	<p>Paso 1: Revisar las tareas asignadas en la sesión anterior.</p> <p>Paso 2: Se cuestiona el pensamiento distorsionado, donde se realiza las siguientes preguntas: ¿Qué evidencias tienes que no vas a ingresar a la universidad? ¿Y Tú ya das por hecho que no vas a ingresar a la universidad?, ¿Dame evidencias y te creo?, ¿Dónde está escrito que no vas a ingresar a la universidad?, ¿Es lógico pensar así que no vas a ingresar?, ¿Puedes predecir y saber que no vas a ingresar?</p> <p>Paso 3: Se le ayuda a debatir el pensamiento para que usuaria lo sustituya por: “Podría pasar que ingrese o que también no ingrese.”</p> <p>Paso 4: Luego se le enseña a la usuaria a utilizar la técnica de respiración diafragmática donde se le pide que inhale por la nariz si puede, por 3 a 5 segundos o tanto como se sienta cómoda. Permita que el estómago suba conforme el aire entra a sus pulmones y luego que exhale por la boca si puede por 3-5 segundos o tanto como se sienta cómoda. Permita que su estómago baje conforme el aire sale de sus pulmones (ver anexo I).</p> <p>Paso 5: Se brindan pautas para la tarea en casa.</p>	<p>Traer un listado de actividades nuevas y las que está realizando.</p> <p>Practicar la técnica de respiración diafragmática.</p> <p>Por las mañanas y cada vez que sienta tensión muscular o irritabilidad.</p> <p>Continuar con la Línea base</p>

*Nota:* Esta tabla muestra los objetivos, técnicas e Instrumentos, las actividades y las tareas presentadas durante la sesión ocho.

**Tabla 20**

*Sesión 9: Modificación del pensamiento automático distorsionado “Para que voy a estudiar si no voy ingresar”*

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Modificar el pensamiento automático distorsionado: “Para que voy a estudiar si no voy ingresar”	Descubrimiento guiado.	<p>Paso 1: Se procede a revisar la sesión anterior.</p> <p>Paso 2: Se cuestiona el pensamiento distorsionado, donde se realiza las siguientes preguntas: ¿Qué evidencias tienes que no vas a ingresar a la universidad?, ¿Tú ya das por hecho que no vas a ingresar a la universidad?, ¿Dame pruebas que no vas a ingresar a la universidad?, ¿Entonces no vale la pena estudiar?, ¿Te es útil pensar así?</p> <p>Paso 3: Se le ayuda a debatir ese pensamiento para que usuaria lo sustituya por: “Si estudio tengo la posibilidad de ingresar.”</p> <p>Paso 4: Se trabaja la respiración diafragmática.</p> <p>Paso 5: Se brindan pautas para la tarea en casa.</p>	<p>Se indica a la usuaria que continúe con el registro de línea base y de sus actividades diarias.</p> <p>Practicar la respiración diafragmática.</p>

*Nota:* Esta tabla muestra los objetivos, técnicas e Instrumentos, las actividades y las tareas presentadas durante la sesión nueve.

**Tabla 21**

*Sesión 10: Modificación del pensamiento automático distorsionado “Soy una inútil porque no ingreso a la universidad”.*

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Modificar el pensamiento automático distorsionado: “Soy una inútil porque no ingreso a la universidad”	Descubrimiento guiado	<p>Paso 1: Se procede a revisar la sesión anterior.</p> <p>Paso 2: Se cuestiona el pensamiento distorsionado, donde se realiza las siguientes preguntas: ¿A qué te lleva creer que eres una inútil?, ¿Por qué piensas que eres una inútil?, ¿Acaso no tienes otras habilidades? ¿De qué sirve pensar de esa manera de que eres una inútil por no ingresar a la universidad?, ¿Es lógico pensar así?, ¿Entonces como sería nuevo tu pensamiento?, ¿Ahora cómo te hace sentir ese nuevo pensamiento?</p> <p>Paso 3: Se le ayuda a debatir ese pensamiento para que usaria lo sustituya por: “Porque no ingresar a la universidad no quiere decir que sea inútil.”</p> <p>Paso 4: Se brindan pautas para la tarea en casa.</p>	Se continua con el registro de línea base y la triple columna.

*Nota:* Esta tabla muestra los objetivos, técnicas e Instrumentos, las actividades y las tareas presentadas durante la sesión diez.

**Tabla 22**

*Sesión 11: Modificación del pensamiento automático distorsionado “Debería hacer las cosas bien”*

Objetivo	Técnicas	Actividades	Tareas
Modificar el pensamiento automático distorsionado: “Debería hacer las cosas bien”	Descubrimiento guiado	<p>Paso 1: Se procede a revisar la sesión anterior.</p> <p>Paso 2: Se cuestiona el pensamiento distorsionado, donde se realiza las siguientes preguntas: ¿A qué te refieres con que debes hacer las cosas bien? ¿Dónde está escrito que debes hacer las cosas bien?</p> <p>Paso 3: Se le ayuda a debatir ese pensamiento para que usaria lo sustituya por: “No siempre las cosas me saldrán bien ya que puedo equivocarme”</p> <p>Paso 4: Se brindan pautas para la tarea en casa.</p>	Se continua con el registro de línea base y triple columna.

*Nota:* Esta tabla muestra los objetivos, técnicas e Instrumentos, las actividades y las tareas presentadas durante la sesión once.

**Tabla 23**

*Sesión 12: Modificación del pensamiento automático distorsionado “Soy una fracasada”.*

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Modificar el pensamiento automático distorsionado: “Soy una fracasada” por otro más funcional.	Descubrimiento guiado	<p>Paso 1: Se procede a revisar la sesión anterior.</p> <p>Paso 2: Se cuestiona el pensamiento distorsionado, donde se realiza las siguientes preguntas: ¿A qué te refieres cuando dices que eres una fracasada ?, ¿Y tú tienes otras habilidades que puedes desarrollar? ¿Tú crees que el pensar que eres una fracasada te ayuda?, ¿Tiene lógica pensar así?.</p> <p>Paso 3: Se le ayuda a debatir ese pensamiento para que usuaria lo sustituya por:”El no haber ingresado a la universidad no me hace ser fracasada.”</p> <p>Paso 4: Se brindan pautas para la tarea en casa.</p>	Se continua con el registro de línea base y la triple columna.

*Nota:* Esta tabla muestra los objetivos, técnicas e Instrumentos, las actividades y las tareas presentadas durante la sesión doce.

**Tabla 24***Sesión 13: Psicoeducación y Entrenamiento en Habilidades Sociales.*

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Reforzar sus pensamientos funcionales.	Psicoeducación	Paso 1: Revisar las tareas asignadas en la sesión anterior.	Se dejará como tarea emplear el estilo de comunicación asertivo.
Fomentar pensamientos asertivos y conductas adaptativas mediante el entrenamiento de habilidades sociales.	Entrenamiento de Habilidades Sociales.	Paso 2: Se psicoeduca a la usuaria en el entrenamiento de sus habilidades sociales, mediante los estilos de comunicación. Paso 3: Se le brinda el concepto de los tipos de comunicación agresiva, pasiva y asertiva (ver anexo J). Paso 4: Se le presenta a usuaria una situación con los tres estilos de comunicación (ver anexo K). Paso 5: Luego se le pregunta cuál es la manera adecuada de responder frente a esa situación. Paso 6: Se brindan pautas para la tarea en casa.	Se continua con el registro de línea base

*Nota:* Esta tabla muestra los objetivos, técnicas e Instrumentos, las actividades y las tareas presentadas durante la sesión trece.

**Tabla 25***Sesión 14: Psicoeducación y Solución de Problemas.*

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Incrementar conductas de afrontamiento mediante la técnica solución de problemas.	Psicoeducación Solución de problemas	<p>Paso 1: Se revisa la tarea dejada en la sesión anterior.</p> <p>Paso 2: Se le explica que significa solución de problemas.</p> <p>Paso 3: Se entrena a la usuaria en la técnica solución de problemas para afrontar las situaciones que se le presentan en su vida cotidiana.</p> <p>Paso 4: Luego se le comenta que hay que tener en cuenta lo que es un problema y lo que es una solución.</p> <p>Paso 5: Se le explica a la usuaria que tenemos control personal en lo que hacemos y que todo lo que hacemos tiene determinadas consecuencias.</p> <p>Paso 6: Se le comenta a usuaria que asumir los problemas forman parte de la vida.</p> <p>Paso 7: Se brindan pautas para la tarea en casa.</p>	<p>Registrar en su cuaderno conductas de afrontamiento.</p> <p>Se continua con el registro de línea base</p>

*Nota:* Esta tabla muestra los objetivos, técnicas e Instrumentos, las actividades y las tareas presentadas durante la sesión catorce.

**Tabla 26***Sesión 15: Autoregistros y aplicación de instrumentos de evaluación.*

Objetivo	Técnicas e Instrumentos	Actividades	Tareas
Corroborar el cumplimiento de los objetivos.	Autoregistros Aplicación de instrumentos de evaluación	<p>Paso :1 Se revisan los registros asignados la sesión anterior.</p> <p>Paso 2: Se aplica el Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Pensamientos automáticos y de Lista de Chequeo de habilidades Sociales para contrastar el resultado actual con la evaluación pre tratamiento.</p> <p>Paso 3: Se puntúa el grado de logro de los objetivos planteados al inicio de la intervención.</p> <p>Paso 4: Reforzar la aplicación y manejo de estrategias de afrontamiento en situaciones conflictivas y resolución de problemas.</p> <p>Paso 5: Se enseñan estrategias de prevención de recaídas.</p> <p>Paso 6: Se entregan resultados finales a la fecha de evaluación.</p>	

Nota: Esta tabla muestra los objetivos, técnicas e Instrumentos, las actividades y las tareas presentadas durante la sesión quince.

## 2.7. Procedimiento

Para la elaboración de este trabajo académico primero se coordinó con la usuaria sobre la investigación que se iba a realizar, teniendo el sujeto de estudio se procedió a aplicar los instrumentos correspondientes para dicho trabajo académico los cuales fueron , el Inventario de Depresión de Beck ,Cuestionario de Personalidad de Eysenck, Inventario de pensamientos automáticos de Beck, Test de Inteligencia Raven y la Lista de Chequeo de habilidades Sociales de Golstein, aplicándose así un pretest de inicio antes de la intervención Cognitivo-conductual , cada una en determinada fechas donde se comunicó a usuaria venir a cada cita psicológica cada lunes una vez a la semana, llegando a si acordar el contrato terapéutico y firmando el consentimiento informado.

Luego se estableció un modelo de intervención cognitivo conductual para la depresión que presentaba usuaria según los lineamientos de investigación, así mismo se identificó intervenciones e investigaciones relacionadas con la depresión el cual se buscó otras investigaciones tanta nacionales como internacionales los cuales me sirvieron de gran ayuda y guía para mi trabajo académico.

A su vez se procedió a buscar información sobre el marco teórico sobre las variables independientes y dependientes, donde se recurrió a investigar en libros, artículos, revistas para tener un panorama diferente en cuantos a mis variables. Así mismo se buscó información acerca del tipo y diseño de investigación que se utilizó para este trabajo académico.

Durante la investigación se tuvo como referencia a la Terapia Cognitiva Conductual del Modelo de Beck, siendo una guía para mi investigación. Luego se planteó el objetivo general y los objetivos específicos, planteándose así la propuesta de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión.

Durante la intervención psicológica se aplicó técnicas cognitivas conductuales como: la técnicas dominio y agrado, programación de actividades, descubrimiento guiado, respiración

diafragmática, entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas. Para tener mayor información sobre las técnicas cognitivos conductuales se recurrió a buscar información en libros, revista, lo cual me permitió plasmar la información en mi trabajo académico.

Las sesiones psicológicas se dieron una vez a la semana y se le dejaba tareas a usuaria con el fin de ver su avance y motivarla para el cambio. La intervención psicológica consto de 15 sesiones y tres sesiones de seguimiento. En la sesión 15 se procedió a evaluar a usuaria mediante el post test para poder evidenciar la eficacia de la terapia cognitivo conductual.

Luego se procedió a plasmar los resultados mediante tablas y figuras cada una con su determinada explicación, después se realizó la discusión de los resultados los cuales se comparó con otras investigaciones, antecedentes nacionales e internacionales donde se evidencia la eficacia de la terapia Cognitivo Conductual. Después se concluyó con las conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación.

## **2.8. Consideraciones éticas**

Para solicitar el consentimiento informado a la usuaria, se tomará la siguiente consideración según la de la ley N° 20733, ley de protección de datos personales y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS se resguardan en todo momento la identidad, información de enfermedades, creencias, orientación sexual, lo relacionado a la intimidad sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las leyes en mención.

A su vez se tomará en cuenta según el Código de Ética y Deontología (2017) del Colegio de Psicólogos donde se menciona que en el Capítulo III de la Investigación del artículo 24° el psicólogo debe tener presente que toda investigación en seres humanos debe necesariamente contar con el consentimiento informado de los sujetos comprendidos. A si mismo en el artículo 25° denota que en todo proceso de investigación el psicólogo debe cautelar

la primacía del beneficio sobre los riesgos para los participantes y tener en consideración que la salud psicológica de una persona prevalece sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.

Por consiguiente el Código de Ética y Deontología (2017) manifiesta que se debe compartir la información a la usuaria que según el capítulo VIII , de los instrumentos de investigación en el artículo 49° y 50°, el psicólogo tiene la obligación de explicar la naturaleza de las pruebas, así como su propósito y resultados, evitando cualquier situación que ponga en peligro su estabilidad emocional .Se toma en cuenta el capítulo X de la confidencialidad , los artículos 57°, 58°,59°que mencionan la divulgación de la información deba hacerse de modo que no sea posible la identificación de la persona, con excepción de mandato judicial y de autoridad competente, el resultado de la evaluación e intervención psicológica ,no podrá ser revelado a terceras personas , salvo expresa autorización del interesado y dentro del límite de esta autorización .

A si también se hace mención que la Universidad Nacional Federico Villarreal (2019) refiere que cuenta con Resolución R.N. 6436-2019-CU-UNFV, mediante el cual remite para su aprobación el Código de Ética para la investigación de dicha Casa de Estudios Superiores y presenta principios éticos como la búsqueda de la verdad, respeto a la dignidad de la persona, responsabilidad, cuidado del medio ambiente y la biodiversidad y compromiso con el desarrollo de la institución

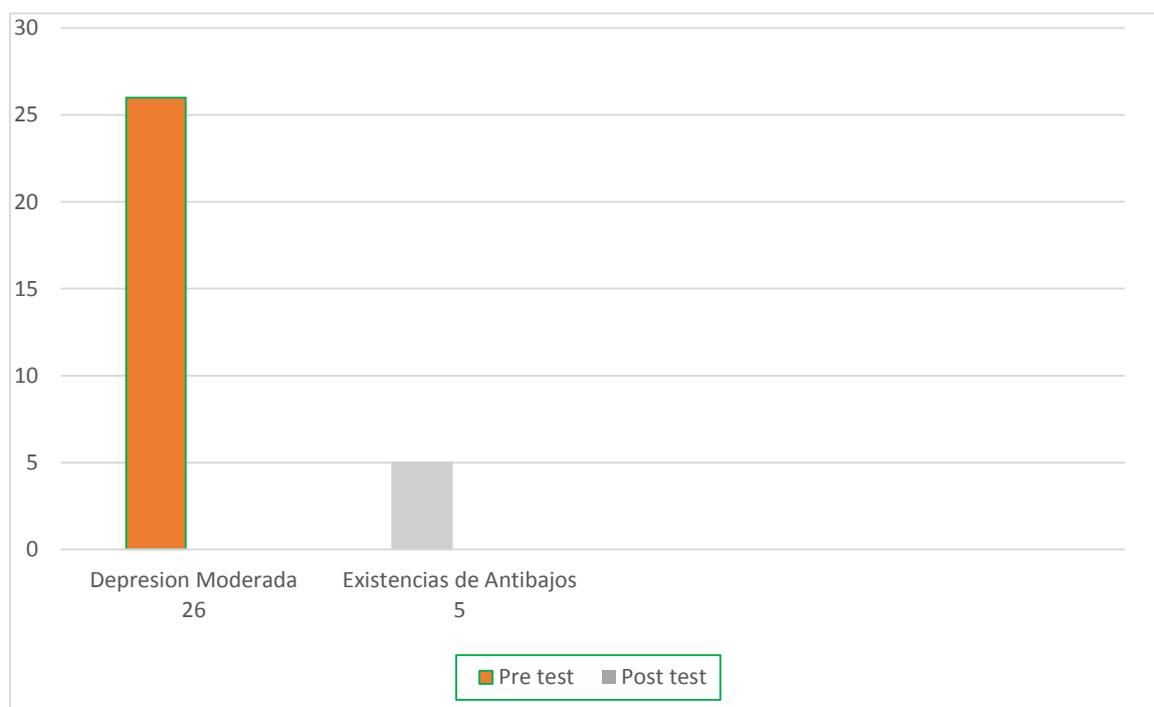
### III. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la Intervención Cognitivo Conductual iniciando desde la línea base de pensamientos, conductas y emociones para posteriormente contrastar dicha información con los efectos del programa cognitivo conductual que se evidencian de los testimonios de la fase pre -post -test.

#### 3.1. Análisis de Resultados

##### Figura 1

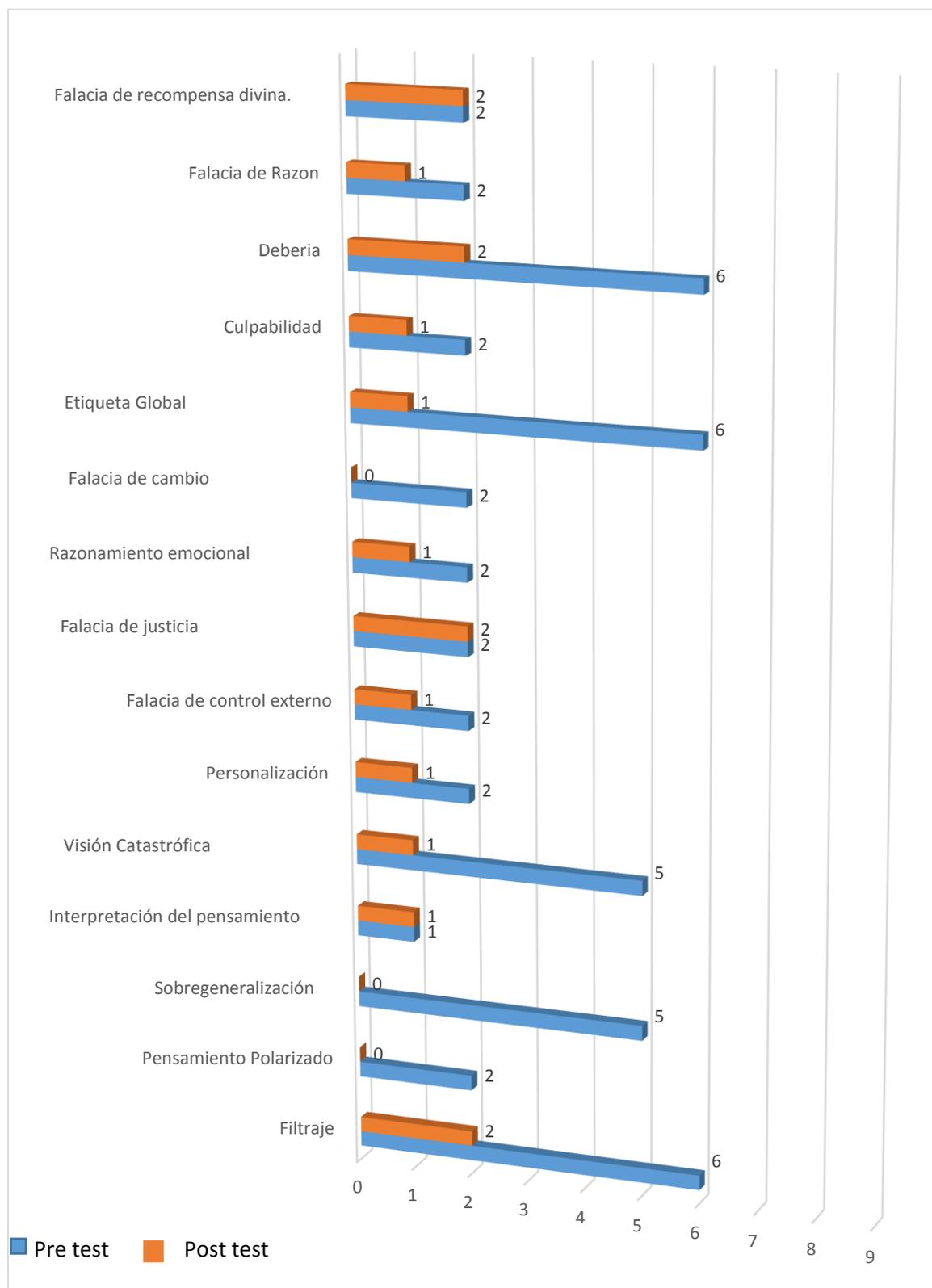
*Resultados del Inventario de Depresión de Beck pre test -post test*



*Nota:* Se evidencia una reducción significativa de la sintomatología depresión en la fase pre test con 26 puntos que se ubica en una depresión Moderada y a niveles considerados normales con 5 puntos en la fase de post test, lo cual indica la considerable mejoría de la usuaria al término del tratamiento.

**Figura 2**

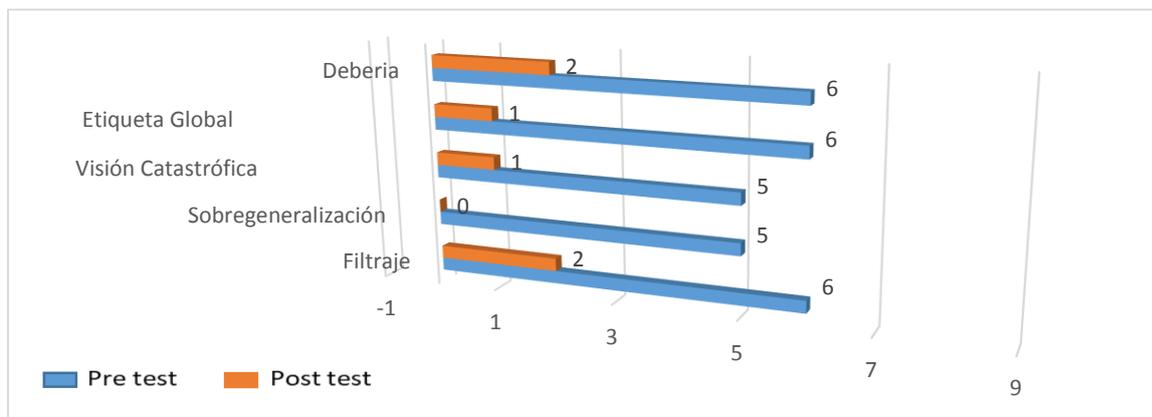
*Resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos pre test y post test*



*Nota:* Se evidencia una reducción significativa de los pensamientos automáticos

### Figura 3

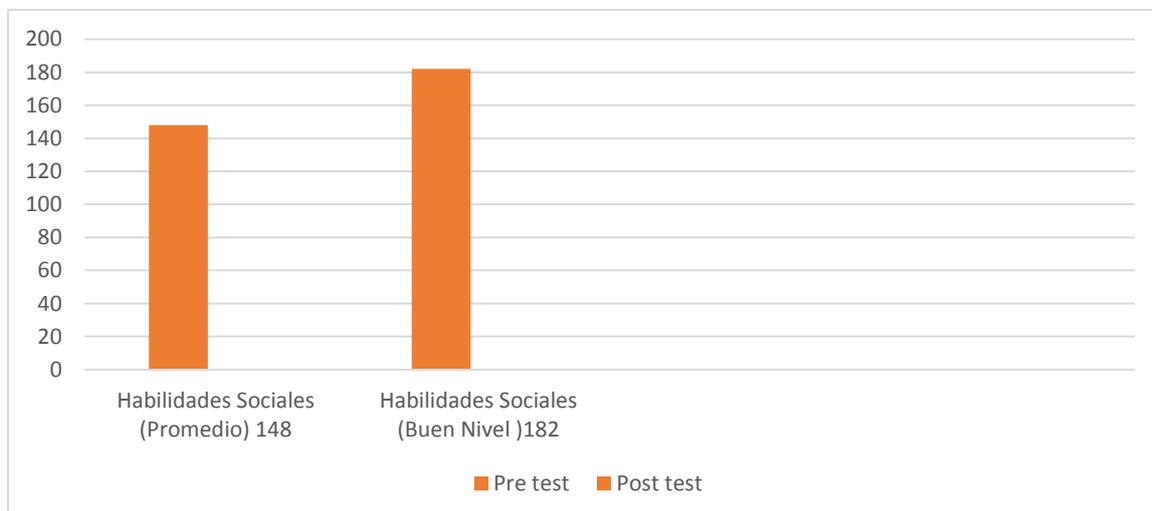
*Resultados del Inventario de los Cinco Pensamientos Automáticos pre test y post test*



*Nota:* Se evidencia una reducción significativa de los cinco pensamientos automáticos distorsionados en la fase post test.

### Figura 4

*Resultados de la lista de Chequeo de habilidades Sociales de A.P Goldstein pre test y post test*



*Nota:* Se evidencia una mejora de sus habilidades sociales en la fase de post test, donde en la fase de pre test usuaria obtuvo un puntaje de 148 ubicándolo en una categoría promedio y en la fase post test se evidencia un puntaje de 182 ubicándolo en una categoría de Buen Nivel.

**Tabla 27**

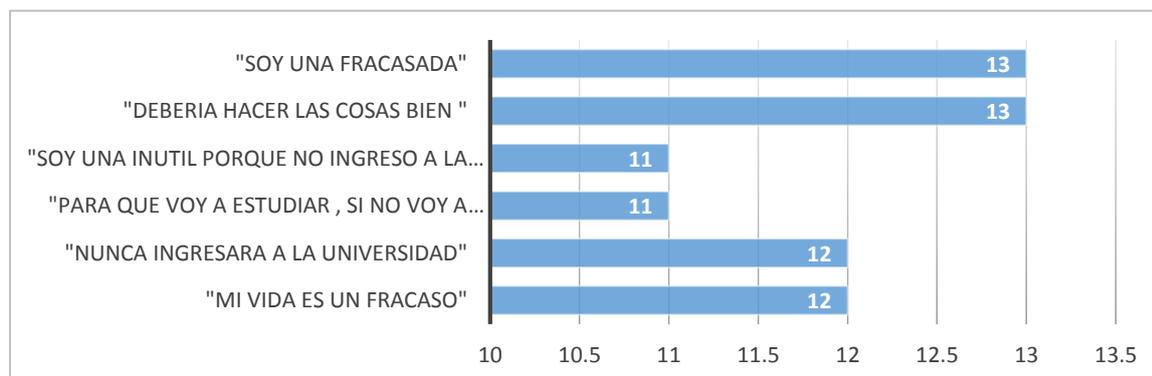
*Registro de frecuencias de pensamientos de la usuaria, línea base semana dos*

Pensamientos	L	M	M	J	V	S	L	Total
“Mi vida es un fracaso”	2	2	1	3	1	1	1	12
“Nunca ingresare a la universidad”	2	1	3	1	2	1	1	12
“Para que voy a estudiar si no voy ingresar”.	1	1	2	1	2	1	1	11
“Soy una inútil porque no ingreso a la universidad”	2	2	1	1	1	1	2	11
“Debería hacer las cosas bien”	2	2	2	2	1	2	1	13
“Soy una Fracasada”	2	3	1	1	3	1	2	13

*Nota* :Se observa en la tabla 27, la existencia de un total de 12 veces a la semana del pensamiento :“Mi vida es un fracaso” seguido del pensamiento “Nunca ingresare a la universidad” con un total de 12 veces a la semana , así mismo el “Para que voy a estudiar si no voy ingresar” (11) ,“Soy una inútil porque no ingreso a la universidad” (11), “Debería hacer las cosas bien” (13) ,“Soy una Fracasada”(13), indicadores de la frecuencia de pensamientos automáticos que la usuaria repite durante la semana a la fecha de evaluación.

**Figura 5**

*Registro de frecuencias de pensamientos de la usuaria de la línea base semana dos.*



*Nota*: Se observa en la figura 5 la frecuencia de pensamientos que presenta usuaria en la línea base.

**Tabla 28**

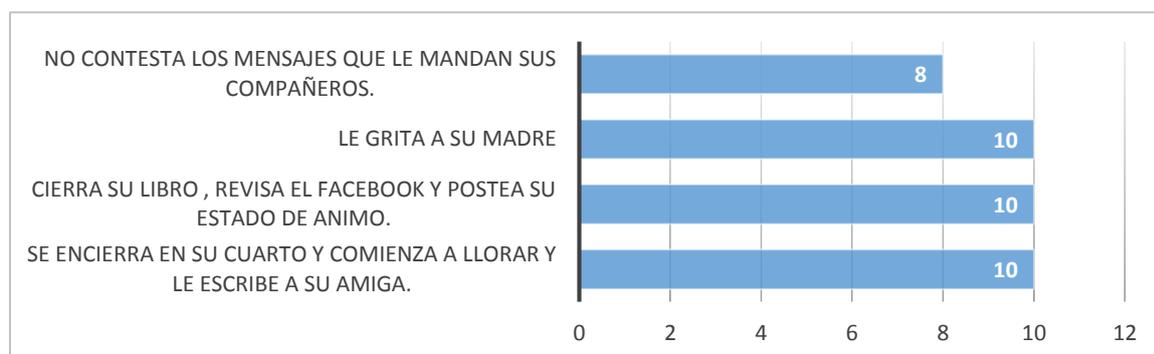
Registro de frecuencias de conductas problemas de la usuaria, línea base semana 2

Conductas	L	M	M	J	V	S	D	L	Total
Se encierra en su cuarto y comienza a llorar y le escribe a su amiga.	2	2	1	1	1	1	1	1	10
Cierra su libro, revisa el Facebook y postea su estado de ánimo con un emotion de tristeza.	2	1	2	1	1	1	1	1	10
Le grita a su madre diciéndole: “Nadie me comprende en esta casa”.	1	1	2	1	1	1	2	1	10
No contesta los mensajes que le mandan sus compañeros.	2	2	1	1		1		1	8

*Nota* :Podemos observar que en la tabla 28, la existencia de un total de 10 veces a la semana usuaria presenta la conducta de encerrarse en su cuarto, llorar y escribirle a su amiga, a su vez cierra su libro , revisa el Facebook y postea su estado de ánimo con un emotion de tristeza eso se da 10 veces a la semana , le grita a su madre diciéndole: “Nadie me comprende en esta casa”, esto se da 10 veces a la semana y no contesta los mensajes que le mandan sus compañeros 8 veces a la semana , en las cuales usuaria repite durante la semana a la fecha de evaluación

### Figura 6

Registro de frecuencias de conductas problemas de la usuaria, línea base semana dos



Nota: Podemos observar que en la figura 6 la frecuencia de las conductas problemas.

### Tabla 29

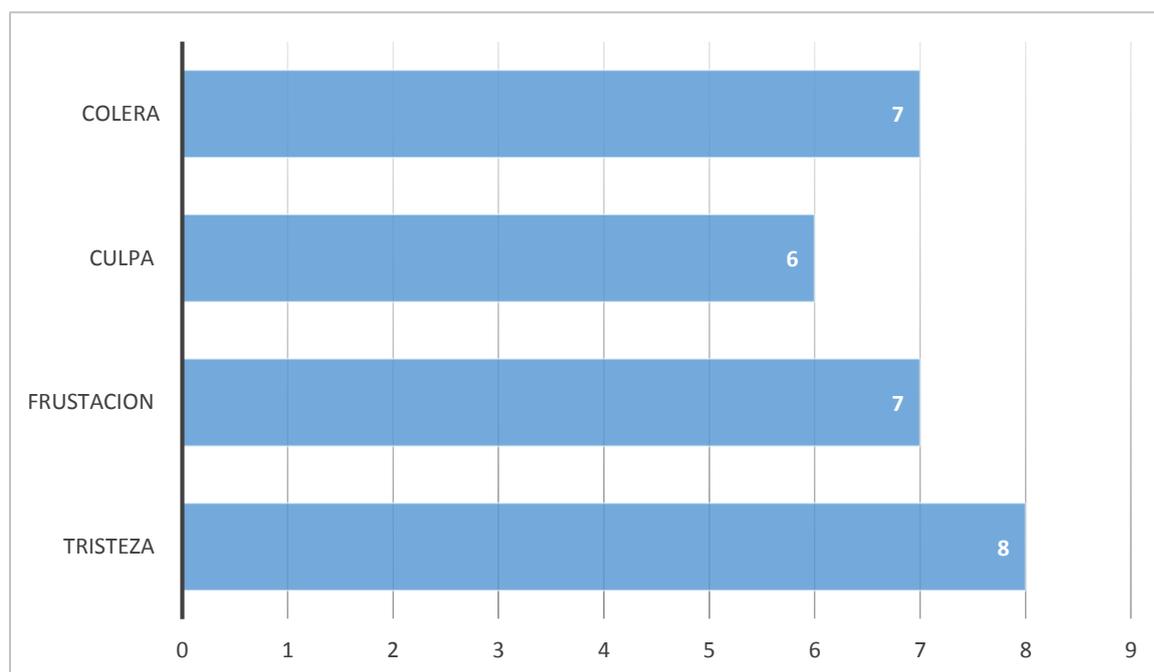
Registro de línea base -intensidad (1-10) de emociones de la usuaria, línea base semana 2

Emociones/Intensidad	L	M	M	J	V	S	D	L	Total
Tristeza (0/10)	8	8	8	8	8	8	8	7	8
Frustración (0/10)	6	7	7	7	7	6	6	7	7
Culpa (0/10)	6	5	6	6	6	6	6	6	6
Cólera (0/10)	6	7	7	6	7	7	7	7	7

Nota: Se evidencia en la tabla 29 que la emoción tristeza tiene una intensidad de 8 como promedio, seguido de frustración en promedio de intensidad 7, así también culpa con una intensidad de 6 y por ultima cólera con una intensidad de 7.

**Figura 7.**

*Registro de línea base -intensidad (1-10) de emociones de la usuaria, línea base semana 2*



*Nota:* Se evidencia que la emoción tristeza en la figura 7 tiene una intensidad de 8 como promedio, seguido de frustración en promedio de intensidad 7, así también culpa con una intensidad de 6 y por ultima cólera con una intensidad de 7.

**Línea de Tratamiento y línea base**

Se evidencia con el registro de línea base después de la intervención terapéutica la disminución de los síntomas depresivos de la usuaria en lo cognitivo con la modificación de pensamientos negativos los cuales determinaron la reducción de emociones perturbadoras.

**Tabla 30**

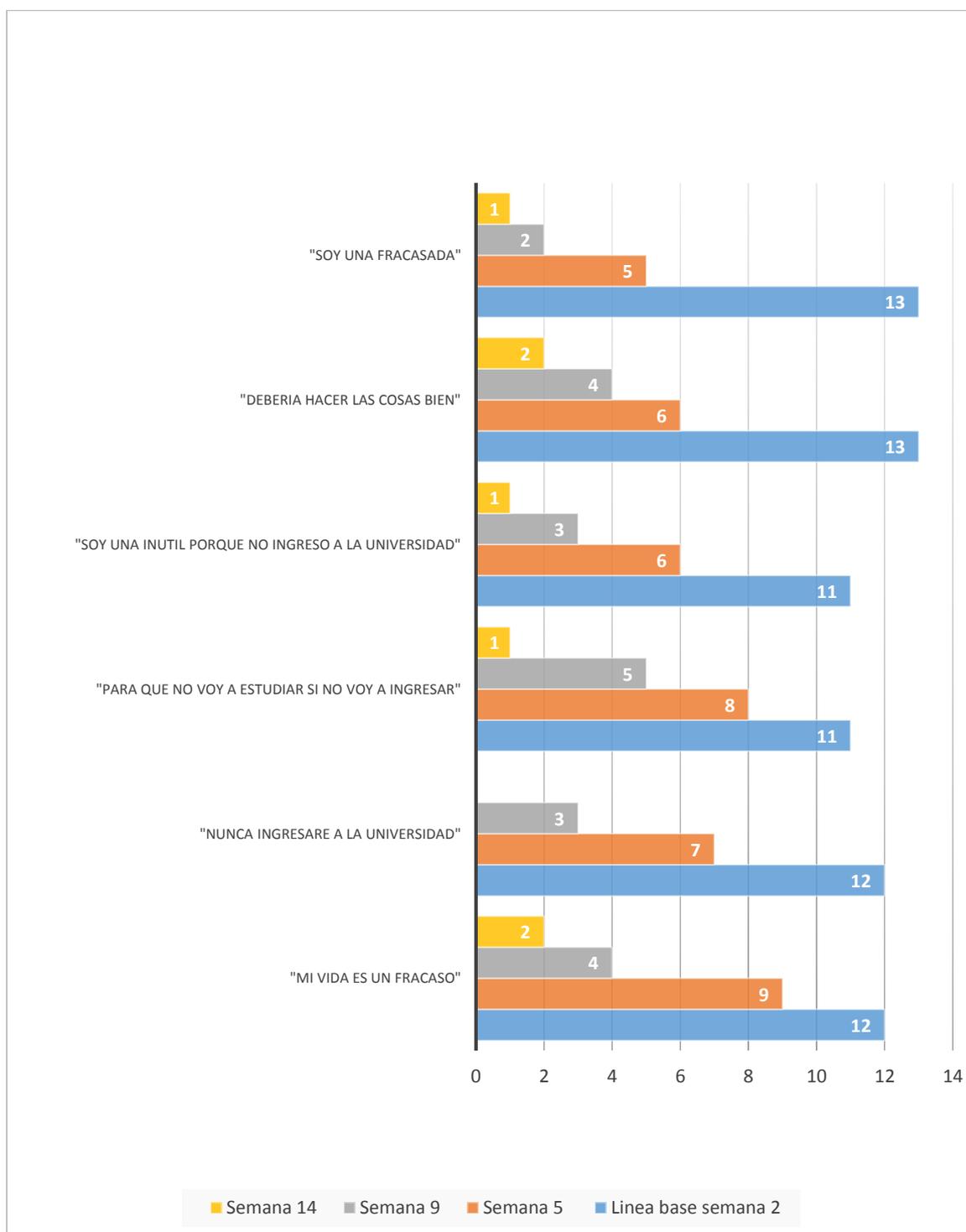
Registro de frecuencias de pensamientos de la usuaria semana 2, semana 5, semana 9 y semana 14

Pensamientos	Semana 2-línea base	Semana 5	Semana 9	Semana 14
“Mi vida es un fracaso”	12	9	4	2
“Nunca ingresare a la universidad”	12	7	3	0
“Para que voy a estudiar si no voy ingresar”.	11	8	5	1
“Soy una inútil porque no ingreso a la universidad”	11	6	3	1
“Debería hacer las cosas bien”	13	6	4	2
“Soy una Fracasada”	13	5	2	1

*Nota:* En la tabla 30 se observa la disminución de pensamientos automáticos de la semana dos a la semana catorce.

### Figura 8

Registro de frecuencias de pensamientos de la usuaria semana 2, semana 5, semana 9 y semana 14



*Nota:* Se observa la disminución de pensamientos automáticos de la semana dos a la semana catorce.

**Tabla 31**

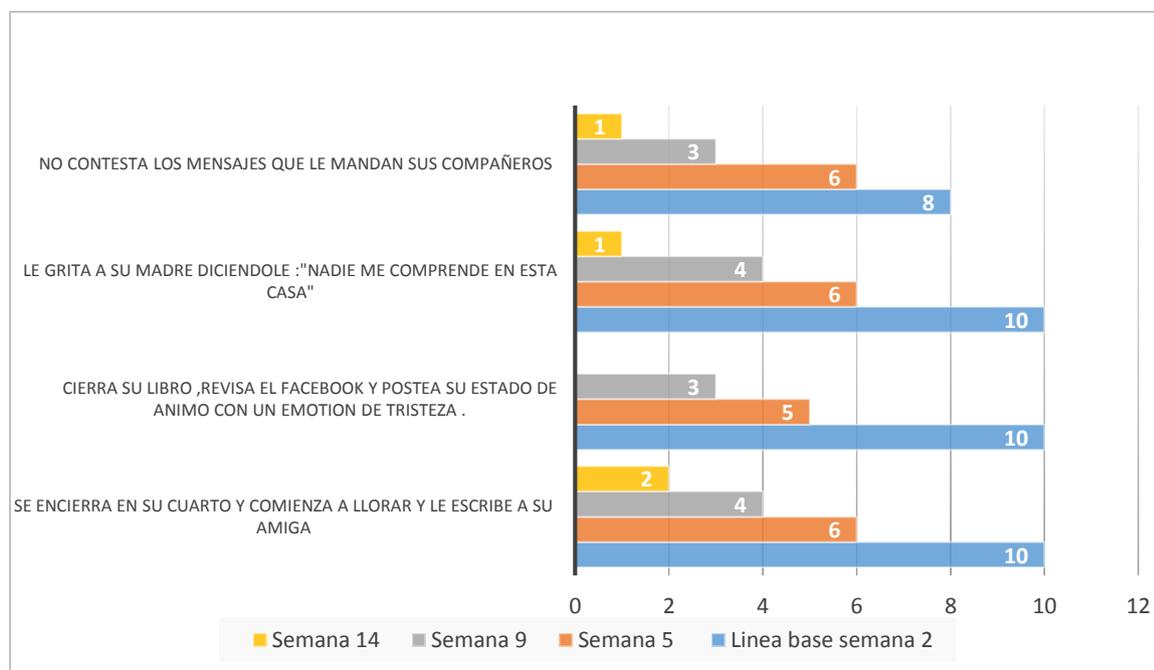
*Registro de frecuencias de conductas de la usuaria semana 2, semana 5, semana 9 y semana 14*

Conductas	Semana 2-línea base	Semana 5	Semana 9	Semana 14
Se encierra en su cuarto y comienza a llorar y le escribe a su amiga.	10	6	4	2
Cierra su libro, revisa el Facebook y postea su estado de ánimo con un emotion de tristeza.	10	5	3	0
Le grita a su madre diciéndole: "Nadie me comprende en esta casa".	10	6	4	1
No contesta los mensajes que le mandan sus compañeros.	8	6	3	1

Nota: En la tabla 31 se observa la disminución de conductas de la semana dos a la semana catorce.

### Figura 9

Registro de frecuencias de conductas de la usuaria semana 2, semana 5, semana 9 y semana 14



Nota: Se observa la disminución de conductas de la semana dos a la semana catorce.

### Tabla 32

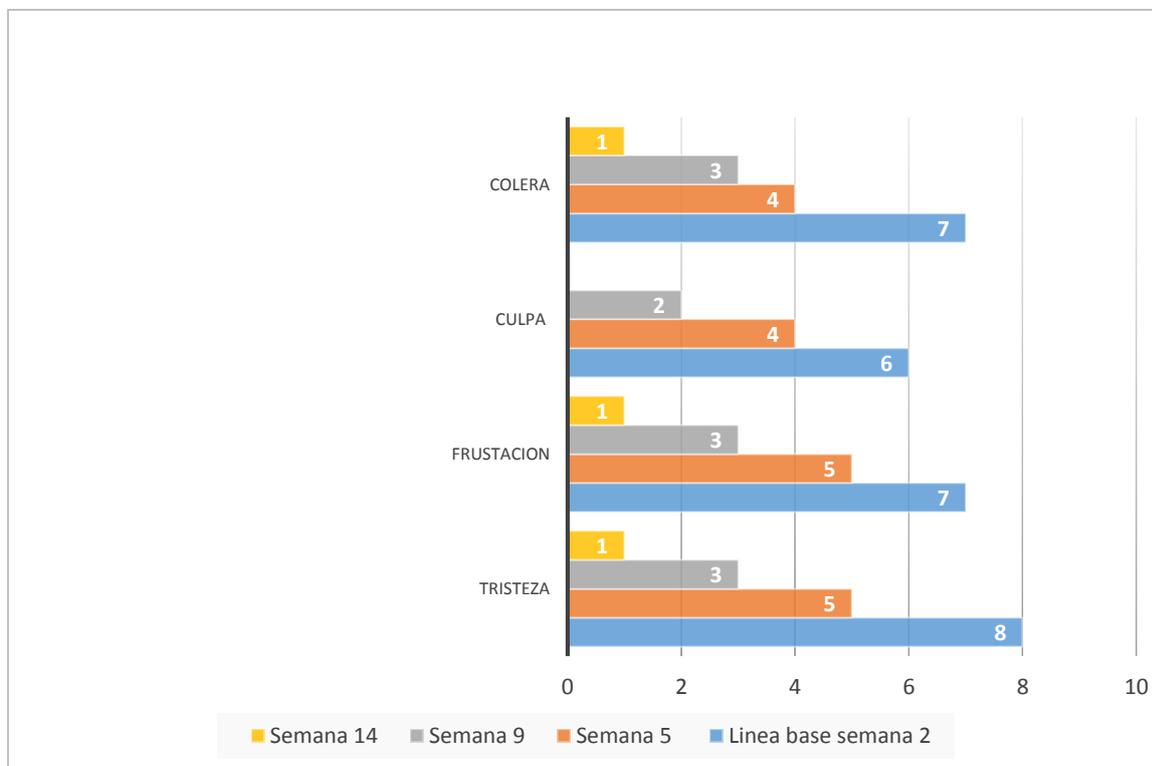
Registro de intensidad de emociones de la usuaria semana 2, semana 5, semana 9 y semana 14

Emociones	Semana 2 -línea base	Semana 5	Semana 9	Semana 14
Tristeza (0/10)	8	5	3	1
Frustración (0/10)	7	5	3	1
Culpa (0/10)	6	4	2	0
Cólera (0/10)	7	4	3	1

Nota: Se observa en la tabla 32 la disminución del promedio de la intensidad en las emociones de la semana dos a la semana catorce.

**Figura 10.**

*Registro de intensidad de emociones de la usuaria semana 2, semana 5, semana 9 y semana 14*



*Nota:* Se la observa la disminución del promedio de la intensidad en las emociones de la semana dos a la semana catorce.

**3.2. Discusión de Resultados**

A continuación, se presenta la discusión del trabajo académico.

Esta investigación tuvo como objetivo general disminuir los niveles de depresión de una usuaria de un establecimiento de salud mediante la aplicación de la terapia cognitivo conductual en una joven con depresión. Los resultados de la investigación muestran una disminución de la sintomatología depresiva llegando a la conclusión de la eficacia de la terapia cognitivo conductual, lo cual esto se corrobora con el antecedente nacional donde Calderón (2020) realizó un estudio con intervención mediante la Terapia cognitivo conductual en usuaria

de 29 años con sintomatología depresiva llanto, tristeza e irritabilidad ,teniendo como resultados la disminución de los síntomas depresivos, comprobando de esta manera la eficacia de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión , en tal sentido como lo menciona Yapko 2006 (como se citó en Hernández ,2010) que la terapia cognitiva-conductual tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos, por ello este modelo terapéutico se consideran dos elementos primordiales de intervención, el primero hace referencia a las cogniciones o pensamientos y el segundo a las conductas que se originan

Asu vez con respecto a los resultados específicos de la investigación se usaron las técnicas cognitivos conductuales las cuales permitieron una disminución de los pensamientos automáticos distorsionados , disminución de las conductas negativas e intensidad de respuestas emocionales altamente negativas asociadas a pensamientos automáticos distorsionados , la efectividad de las técnicas cognitivo conductuales en el tratamiento de la depresión se corrobora con el antecedente nacional de Huaynates (2019) quien realizó un estudio sobre la Terapia Cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa donde empleo técnicas cognitivas conductuales donde se evidencia una disminución del nivel de depresión, reducción de pensamientos, emociones y comportamientos negativos para la usuaria de esta manera se ratifica la eficacia de las técnicas cognitivos conductuales empleadas para el caso de depresión, pues estas se ejecutan a nivel cognitivo y conductual para reemplazar pensamientos inadecuados por pensamientos más flexibles y racionales.

Asi también guarda similitud con el antecedente nacional de López (2016) quien realizó una investigación titulada “Terapia cognitivo conductual para un episodio depresivo de un usuario adulto de 29 años”, su objetivo fue realizar una reducción de los niveles de los síntomas de depresión a través de técnicas conductuales y de cognición, en los cuales tuvo

como resultados la reducción de los síntomas físicos, pensamientos y respuestas negativas, y conductas proporcionadas de la depresión como el llorar, dedicar tiempo en exceso a ver televisión e internet, logrando con éxito la aplicación del tratamiento cognitivo conductual en tal sentido Beck (1983) menciona que la depresión es como aquel trastorno que altera el estado de ánimo, permitiendo que la persona genere respecto de sí, un sin número de pensamientos que ponen en riesgo su salud psíquica, pues todo lo que el individuo genera como cogniciones repercute a nivel emocional, conductual y en la salud, induciendo a la persona a un estado en el que le es imposible resolver los problemas de la vida diaria por ellos es importante trabajar las cogniciones de usuario.

Así también en la investigación realizada según los objetivos específicos se redujo los pensamientos automáticos distorsionados, se incrementó conductas de habilidades sociales y de afrontamiento, bajo las técnicas cognitivas conductuales y bajo el modelo de Beck, el cual guarda similitud y se corrobora con el antecedente internacional de Pinzón (2018) quien aplica la Terapia cognitivo conductual en un caso de trastorno depresivo en la cual se basó en la Terapia Cognitivo de Beck donde utilizó técnicas de reestructuración cognitiva teniendo como resultados una disminución de los síntomas depresivos y una mejora en las habilidades sociales, así como un fortalecimiento de las redes de apoyo esto se fundamenta con Beck (2010) donde refiere que el modelo cognitivo es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar la depresión y otros trastornos donde menciona que como consecuencia de los patrones cognitivos negativos de sí mismo el usuario piensa erróneamente reaccionando con tristeza, enfado, es por ello que es importante trabajar las cogniciones y pensamientos automáticos distorsionados de usuaria el cual ayuda a disminuir la sintomatología depresiva.

Asu vez el trabajo académico se corrobora con el antecedente nacional de Flores (2019) donde realizó un estudio de caso clínico de un Programa de Intervención Cognitivo conductual

en un caso de Depresión en adolescencia temprana. El objetivo del estudio fue disminuir la sintomatología depresiva e identificar pensamientos automáticos, obteniendo como resultado una mejoría a nivel afectivo, cognitivo y conducta, donde se observó una disminución en la escala de depresión junto con una serie de modificaciones cognitivas, la información agradable y positiva es retenida, lográndose reestablecerse un balance más positivo en cuanto a sus pensamientos, esto se fundamenta con Beck 1963 (como se citó en Caro, 2011) donde define que la meta para que el usuario mejore es cambiar el procesamiento distorsionado de la información por ello el usuario debe aprender a identificar distorsiones cognitivas, éstas serían una forma particular de procesar la información que distorsiona la realidad y que lleva a pensamientos automáticos distorsionados.

Y por último se confirma la importancia de llevar a cabo las sesiones semanales y sobre todo el compromiso, responsabilidad mostrado por la usuaria durante el tratamiento, además se hace mención que, en los casos de pensamientos automáticos distorsionados, conductas de evitación, malestar emocional, se redujeron con la aplicación de técnicas cognitivas conductuales como en otras investigaciones internacionales y nacionales.

### **3.3. Seguimiento**

La fase de seguimiento se dio después de la aplicación del pre test y post test, constó de 3 sesiones de seguimiento en las fechas 21 de Junio del 2021, 5 de Julio y 2 de Agosto del 2021. La primera fase de seguimiento se dio a después de quince días de haber aplicado el post test, la siguiente sesión de seguimiento se dio después de quince días y la última sesión de seguimiento se dio al mes. En la fase del seguimiento se entrenó a usuaria en prevención de recaídas y manejo de situaciones difíciles, se corroboró el cumplimiento de los objetivos y reforzó la aplicación y manejo de estrategias de afrontamiento en situaciones conflictivas y resolución de problemas.

#### IV. CONCLUSIONES

- ✓ Se logró la reducción de los niveles de Depresión moderada, ya que se disminuyó significativamente la sintomatología depresiva a partir de la aplicación del programa cognitivo conductual.
- ✓ Se disminuyeron las conductas negativas de usuaria incrementándose actividades gratificantes como conductas de autocuidado, ocio y apoyo en casa.
- ✓ Se redujeron significativamente las conductas relacionadas a la depresión como llorar, encerrarse en su cuarto, gritarle a su madre, escribir en facebook sobre su estado de ánimo y no contestar los mensajes de sus compañeros.
- ✓ Se fortaleció conductas de afrontamiento
- ✓ Se modificó y se redujo los pensamientos automáticos de usuaria
- ✓ Se disminuyó de manera significativa la intensidad de respuestas emocionales altamente negativas, asociadas a pensamientos automáticos distorsionados.
- ✓ Se fortaleció conductas de interacción social.

## V. RECOMENDACIONES

- ✓ Establecer un programa de auto reforzamiento que incremente su valía personal, identificando sus logros y metas.
- ✓ Seguir practicando la terapia cognitivo conductual relacionadas con las técnicas cognitivos conductuales.
- ✓ Realizar ejercicios físicos como mínimo 3 veces por semana.
- ✓ Asistir a eventos familiares, sociales y académicos.
- ✓ Aplicar investigaciones que beneficien a la comunidad científica.

## VI. REFERENCIAS

- Antón, V., García, P. y García, J. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3 (1), 45-52. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5288640>
- Araujo, D. (2000). *Cuestionario de Personalidad Eysenck(CPE)*. Universidad Nacional Federico Villareal.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia de la Depresión*. (19.<sup>a</sup> ed.). Editorial desclée de Brouwer.
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. (1.<sup>a</sup> ed.). Desclee de Brouwer.
- Bonilla, R.X. (2019). *Manual Inventario de Beck para Evaluar Depresión*. <https://es.scribd.com/document/402331018/Manual-Inventario-de-Beck-Para-Evaluar-Depre>
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo veintiuno.
- Calderón, E. (2020). *Intervención Cognitivo Conductual para una Mujer adulta con Depresión* [Tesis de Segunda Especialidad Profesional, Universidad Federico Villareal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4654>.
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Caro, G.I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. Modelos y técnicas principales*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Carranza, R. F. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck. Universitarios de Lima. *Revista de Psicología (Trujillo)*, 15 (2), 170-182.

<https://docplayer.es/15977501-Propiedades-psicometricas-del-inventario-de-depresion-de-beck-universitarios-de-lima.html>

Colegio de Psicólogos del Perú. (2017). *Código de ética. y Deontología.*

[http://api.cpsp.io/public/documents/codigo\\_de\\_etica\\_y\\_deontologia.pdf](http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf)

Flores, V. (2019). *Estudio de caso Clínico: Programa de Intervención Cognitivo -Conductual en un Caso de Depresión en Adolescencia Temprana* [Tesis de licenciatura,

Universidad San Martín de Porres]. Repositorio Académico USMP.

<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5567>.

Hernández, C. R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación.* Graw Hill Interamericana Editores, S.A. de CV.

Hernández, S.M. (2010). *Tratamiento Cognitivo conductual de la Depresión, un análisis de caso.* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de México].

<https://amapsi.org/Imagenes/TratamientoCognitivoDepresion.pdf>

Huaynates, B. M. (2019). *Terapia Cognitivo Conductual en una Mujer Adulta depresiva con sentimientos de culpa.* [Tesis de Segunda Especialidad Profesional, Universidad

Federico Villareal]. Repositorio Institucional UNFV.

<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3489>

Korman, G.P. & Sarudiansky, M. (2011). Modelos Teóricos y clínicos para la Conceptualización y Tratamiento de la Depresión. *Subjetividad y Procesos cognitivos,*

15 (1), 119-145. <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630257005.pdf>

López, J. A. (2016). *Terapia cognitivo conductual para un episodio depresivo de un usuario adulto.* [Tesis de Segunda Especialidad Profesional]. Universidad Federico Villareal.

Ministerio de Salud Diris Lima Centro. (2019). *Directorio de Establecimientos de salud*

<https://dirislimacentro.gob.pe/directorio-establecimientos/>

Ministerio de Salud [MINSA]. (2018). *Lineamientos de Política sectorial en Salud mental. Perú 2018*. MINSA. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>

Navarro, M. (2018). *Intervención cognitivo conductual de un usuario adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso único*. [Tesis de maestría, Universidad del Norte] [https://www.lareferencia.info/vufind/Record/CO\\_586b886097ad21530033bcc800cda7ca](https://www.lareferencia.info/vufind/Record/CO_586b886097ad21530033bcc800cda7ca)

Nizama, A. (5 de marzo de 2021). Covid 19 en el Perú: aumentan casos de ansiedad y depresión. *Universidad San Ignacio de Loyola*. <https://www.usil.edu.pe/noticias/covid-19-en-el-peru-aumentan-casos-de-ansiedad-y-depresion#:~:text=En%20el%20Per%C3%BA%2C%20la%20ansiedad,Instituto%20Nacional%20de%20Salud%20Mental.>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Depresión*. <https://www.paho.org/es/temas/depression>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión. Centro de prensa de la OMS*. <https://www.who.int/topics/depression/es/>

Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920\\_spa.pdf;jsessionid=2A0E876C1047892EC15476834B78DE88?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf;jsessionid=2A0E876C1047892EC15476834B78DE88?sequence=1)

Pinzón, E. (2018). *Aplicación de la Terapia cognitivo conductual en un caso de Trastorno Depresivo especificado*. [Tesis de pregrado, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio Institucional de la Universidad Pontificia Bolivariana. [https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5582/digital\\_37479.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5582/digital_37479.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Raven, J. (1989). *Ficha Técnica test de matrices progresivas.*

<https://www.monografias.com/docs/Ficha-Tecnica-Test-De-Matrices-Progresivas-De-PKZSEEQZMY>

Rivas, R.N. (2002). *Escala de evaluación de habilidades sociales.* Biblioteca de Psicometría.

[https://www.academia.edu/36913711/MANUAL\\_DE\\_CALIFICACION\\_Y\\_DIAGNOSTICO\\_DE\\_LA\\_LISTA\\_DE\\_LISTA\\_DE\\_CHEQUEO\\_DE\\_HABILIDADES\\_SOCIALES](https://www.academia.edu/36913711/MANUAL_DE_CALIFICACION_Y_DIAGNOSTICO_DE_LA_LISTA_DE_LISTA_DE_CHEQUEO_DE_HABILIDADES_SOCIALES)

Rivera, M.P., y Alcázar, O.J. (2019). *La respiración profunda, sus beneficios y cuándo usarla.*

Universidad Iberoamericana Puebla.  
<https://repositorio.iberopuebla.mx/bitstream/handle/20.500.11777/4321/La%20Respiracion%20Profunda%20sus%20Beneficios%20y%20Cu%20A%20Como%20Usarla.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rubio, J. (2016). *Aplicación de la terapia Cognitivo Conductual en una usuaria con depresión doble y rasgos obsesivos de personalidad.* [Tesis de Maestría, Universidad del Norte].

[https://www.lareferencia.info/vufind/Record/CO\\_0726e0aa9b28aa059b8ced8ea91af72d](https://www.lareferencia.info/vufind/Record/CO_0726e0aa9b28aa059b8ced8ea91af72d)

Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales.* Desclée De Brouwer, S.A.

Ruiz y Lujan (1991). *Inventario de Pensamientos Automáticos.* Universidad Nacional Federico Villareal.

Stucchi, S. (s. f.). *La Depresión.* <https://www.insm.gob.pe/investigacion/articulos/1.html>

Vallejo, M. (2012). *Manual de Terapia de Conducta.* Dykinson

Universidad Nacional Federico Villarreal (2019). *Resolución que aprueba el Código de Ética para la Investigación.*

[https://web2.unfv.edu.pe/sitio/transparencia\\_estandar/Datos\\_Generales/Normas\\_Emitidas/Resoluciones/Consejo\\_Universitario/2019/Resolucion\\_R\\_Nro\\_6436\\_2019\\_CU\\_UNFV.pdf](https://web2.unfv.edu.pe/sitio/transparencia_estandar/Datos_Generales/Normas_Emitidas/Resoluciones/Consejo_Universitario/2019/Resolucion_R_Nro_6436_2019_CU_UNFV.pdf)

Wicks, N.R. y Israel, A.C. (2008). *Psicopatología del Niños y del Adolescente*. (3.<sup>a</sup> edición).

[https://www.academia.edu/35971374/Psicopatolog%C3%ADa\\_del\\_ni%C3%B1o\\_y\\_del\\_adolescente\\_3ra\\_ed\\_Rita\\_Wicks\\_Nelson\\_and\\_Allen\\_C\\_Israel](https://www.academia.edu/35971374/Psicopatolog%C3%ADa_del_ni%C3%B1o_y_del_adolescente_3ra_ed_Rita_Wicks_Nelson_and_Allen_C_Israel)

## VII. ANEXOS

### ANEXO A

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD.

Tengo la plena seguridad que el amparo de la ley N° 20733, ley de protección de datos personales y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS se resguardan en todo momento mi identidad, información de enfermedades, creencias, orientación sexual, lo relacionado a la intimidad sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las leyes en mención.

Expresión del consentimiento informado

Fecha:            de            del 2021            Hora:

Por lo expuesto quiero dejar constancia que he tomado conocimiento del proyecto de su trabajo académico para optar el título de la Segunda Especialidad en Terapia Cognitivo Conductual, mismo que es realizado por la psicóloga Nathalie Miriam Puelles Villafana en condición de Investigador de la Terapia Cognitivo Conductual Aplicada en una mujer adulta con depresión

Yo declaro haber sido informada de los procedimientos de la intervención del trabajo académico y manifiesto que se han resuelto todas mis inquietudes al respecto, consiente de mis derechos y de forma voluntaria, doy mi consentimiento para el uso de información y/o aplicación de instrumentos de recolección de datos que permitirá ratificar la eficacia de la terapia cognitivo conductual mediante una evaluación pre y post tratamiento.

Firma o huella del paciente.

Firma o huella de la psicóloga.

DNI:.....

DNI:.....

## ANEXO B

### Inventario de Depresión de Beck

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

\_\_\_\_\_ Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Grado de instrucción: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha aplicación: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ H.C.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

1. Tristeza.

0. No me siento triste.

1. Me siento triste.

2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.

1. Me siento desanimado de cara al futuro.

2. Siento que no hay nada por lo que luchar.

3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

0. No me siento fracasado.

1. He fracasado más que la mayoría de las personas.

2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.

3. Soy un fracaso total como persona.

#### 4. Insatisfacción

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

#### 5. Culpa

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

#### 6. Expectativas de castigo

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

#### 7. Autodesprecio

- 0. No estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.

#### 8. Autoacusación

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.

2. Continuamente me culpo por mis faltas.

3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Ideas suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.

1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.

2. Desearía poner fin a mi vida.

3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.

1. Ahora lloro más que antes.

2. Lloro continuamente.

3. No puedo dejar de llorar, aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.

1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

2. Me siento irritado continuamente.

3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.

1. Estoy menos interesado en los demás que antes.

2. He perdido gran parte del interés por los demás.

3. He perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.

1. Evito tomar decisiones más que antes.

2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal

0. No creo tener peor aspecto que antes.

1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.

2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.

3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

0. Trabajo igual que antes.

1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.

2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.

3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.

1. No duermo tan bien como antes.

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

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

17. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal.

1. Me canso más que antes.

2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.

1. No tengo tan buen apetito como antes.

2. Ahora tengo mucho menos apetito.

3. He perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.

1. He perdido más de 2 kilos.

2. He perdido más de 4 kilos.

3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud

1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.

2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.

3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.

1. La relación sexual me atrae menos que antes.

2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.

3. He perdido totalmente el interés sexual.

Resultados: A cada frase le corresponde una puntuación (el número anotado al principio de cada frase). Anota en un papel la puntuación correspondiente a la frase que has elegido y luego suma la puntuación total.

5 - 9 Existencia de altibajos que se consideran normales.

10 - 18 Depresión entre leve y moderada.

19 - 29 Depresión entre moderada y severa.

30 - 63 Depresión severa.

Si se obtienen puntuaciones inferiores a 4 existe la posibilidad de que se esté negando la existencia de una depresión o fingiendo estar bien. Se trata de una puntuación que está por debajo de la obtenida por personas normales, no deprimidas. Las puntuaciones por encima de 40 son más altas que las que suelen obtener incluso las personas con depresión severa. Indica una posible exageración de la depresión o la posibilidad de que exista algún trastorno de personalidad, como trastorno histriónico o límite. No obstante, aún es posible que existan niveles significativos de depresión.

## ANEXO C

<b>Cuestionario de Personalidad Pen de Eysenck (CPE) Traducido, adaptado y estandarizado por E.Dany Araujo (2000)</b>		Si	No
<b>Instrucciones: Marque con un (x) el casillero que corresponda según su respuesta</b>			
1	¿Es ud más distante y reservado que la mayoría de la gente?		
2	¿Encuentra difícil iniciar actividades algunas mañanas?		
3	¿La mayoría de las cosas le da lo mismo a ud?		
4	¿Si ud dice que hará algo, mantendrá su promesa de hacerlo, sin importar los inconvenientes que se le presenten?		
5	¿Le divierte ir a fiestas?		
6	¿Puede usualmente ordenar sus ideas?		
7	¿Es divertido hacer daño a la gente?		
8	¿A veces ud pierde la calma y se molesta?		
9	¿Haría ud. casi cualquier cosa por un desafío?		
10	¿Alguna vez ha tenido miedo de perder la razón?		
11	¿Goza ud generalmente de buena salud?		
12	¿Ocasionalmente ud tiene pensamiento que prefería que otras personas no lo conozcan?		
13	¿Le es divertido cazar, pescar o practicar tiro?		
14	¿Muchas veces sueña despierto?		
15	¿Fue o es su madre una buena mujer?		
16	¿Todos sus hábitos son buenos y deseables?		
17	¿Casi siempre tiene una respuesta rápida cuando la gente le habla?		
18	¿Le es difícil mantener la atención en lo que está haciendo?		
19	¿Considera ud que tiene más problemas que la mayoría de la gente?		
20	¿Algunas veces chismosea?		
21	¿Es ud mosca?		
22	¿A veces esta ud sin ganas de comer?		
23	¿Le preocupa mucho adquirir alguna enfermedad?		
24	¿Declararía siempre todos sus impuestos, aun si supiera que no sería descubierto		
25	¿Le gusta mucho el bullicio y excitación a su alrededor?		
26	¿A menudo se siente saciado?		
27	¿le gusta mezclarse con la gente?		
28	¿Ha tenido mucha mala suerte?		
29	¿Alguna vez ha llegado tarde a una cita o trabajo?		
30	¿Se siente deprimido por las mañanas?		
31	¿Hay mucha gente que trata de evitarlo?		
32	¿De toda gente que conoces hay alguien que definitivamente a ud no le gusta?		
33	¿Se considera una persona de buena suerte?		
34	¿Cambia su estado de ánimo frecuentemente?		
35	¿Permite que sus sueños le adviertan o guíen?		
36	¿A veces habla de cosas que desconoce?		
37	¿Puede ud usualmente ir y disfrutar de una fiesta gay?		
38	¿A veces siente que no le importa lo que suceda?		
39	¿Piensa que hay alguien que es responsable de la mayoría de sus problemas?		

40	¿De niño hacia siempre lo que le decían?		
41	¿Le gusta tener personas a su alrededor?		
42	¿Se siente miserable sin ninguna buena razón?		
43	¿Considera que la gente se ofende con facilidad?		
44	¿A veces se enoja?		
45	¿Le gusta salir mucho?		
46	¿A menudo se preocupa por sentimientos de culpa?		
47	¿Usaria drogas que le causan algunos efectos extraños y peligrosos?		
48	¿A veces se ríe de chismes groseros?		
49	¿Le gusta hacer bromas?		
		SI	NO
50	¿Siente compasión por si mismo?		
51	¿Ama ud a su madre?		
52	¿Esta ud libre de prejuicios de toda clase?		
53	¿Normalmente prefiere estar solo?		
54	¿Le reocupa mucho su apariencia?		
55	¿Tiene enemigos que desean hacerle daño?		
56	¿A veces alardea?		
57	¿Le es difícil mostrar sus sentimientos?		
58	¿A menudo se siente débil para todo?		
59	¿Sus amistades se rompen sin que esto sea por culpa suya?		
60	¿Contesta una carta personal tan pronto como pueda, después de haberla leído?		
61	¿Es ud comunicativo?		
62	¿A veces se siente fastidiado por dentro?		
63	¿Cree que la gente dice y hace cosas para fastidiarlo?		
64	¿A veces deja para mañana lo que debe hacer hoy?		
65	¿De niño le gustaban los juegos bruscos?		
66	¿Se considera diferente a los demás?		
67	¿Fue p es su padre un buen hombre?		
68	¿A veces ha dicho mentiras?		
69	¿Le gusta contar chistes o historias graciosas a sus amigos?		
70	¿A veces ha deseado estar muerto?		
71	¿Habría ud tenido más éxito si la gente no hubiera puesto dificultades en su camino?		
72	¿Prefería ganar que perder un juego?		
73	¿Hare fácilmente amigos con miembros de su propio sexo?		
74	¿Usualmente trabaja para obtener recompensa?		
75	¿Le hace sentir mal ver a un niño o animal sufrir?		
76	¿Cuándo hace nuevos amigos, ud usualmente toma alguna iniciativa?		
77	¿Cuándo hay mucha gente alrededor le preocupa que puedan contagiarle alguna infección?		
78	¿A veces las cosas le parecen como si fueran reales?		

## ANEXO D

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)				
<p>A continuación, encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones.</p> <p>Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:</p>				
0= Nunca pienso eso				
1= Algunas veces lo pienso				
2= Bastante veces lo pienso				
3=Con mucha frecuencia				
	0- Nunca pienso eso	1- Algunas veces	2- Bastantes veces	3- Con mucha frecuencia
1.No puedo soportar ciertas cosas que me pasan				
2. Solamente me pasan cosas malas.				
3.Todo lo que hago me sale mal.				
4.Sé que piensan mal de mi.				
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?				
6.Soy inferior a la gente en casi todo				
7.Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor				
8.¡ ¡No hay derecho a que me traten así !.				
9.Si me siento triste es porque soy un enfermo mental.				
10.Mis problemas dependen de los que me rodean.				
11.Soy un desastre como persona.				
12.Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa				
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas				
14.Sé que tengo la razón y no me entienden.				

15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa				
16. Es horrible que me pase esto				
17. Mi vida es un continuo fracaso.				
18. Siempre tendré este problema				
19. Sé que me están mintiendo y engañando.				
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?				
21. Soy superior a la gente en casi todo				
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean				
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así.				
24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo.				
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas.				
26. Alguien que conozco es un imbecil				
27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa.				
28. No debería de cometer estos errores				
29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto				
30. Ya vendrán mejores tiempos				
31. Es insoportable, no puedo aguantar más.				
32. Soy incompetente e inútil.				
33. Nunca podré salir de esta situación				
34. Quieren hacerme daño				
35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?				
36. La gente hace las cosas mejor que yo				
37. Soy una víctima de mis circunstancias.				
38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco				
39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo				

40.Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas				
41.Soy un neurótico.				
42.Lo que me pasa es un castigo que merezco				
43.Debería recibir más atención y cariño de otros				
44.Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana				
45.Tarde o temprano me irán las cosas mejor				

## ANEXO E

### Protocolo de Prueba de Raven

#### Escala General

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Grado:

Motivos:

Aplicación:

Fecha:

Hora:

	A	B	C	D	E
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
Punt					

Diagnostico		Puntaje	
T/minutos		Percentil	
Discrep		Rango	

## ANEXO F

### LISTA DE CHEQUEO DE HABILIDADES SOCIALES

Nombre:.....Edad:.....

Año de estudio: .....Centro Educativo:.....

---

#### INSTRUCCIONES

Las proposiciones de la presente lista se refieren a experiencias de la vida diaria, de tal modo que describan como Ud. se comporta, siente, piensa y actúa. No es un test clásico, dado que no hay respuestas correctas ni incorrectas, todas las respuestas son válidas.

Encierra en un círculo la respuesta que más crea conveniente:

Marque 1 si su respuesta es NUNCA.

Marque 2 si su respuesta es MUY POCAS VECES.

Marque 3 si su respuesta es ALGUNA VEZ.

Marque 4 si su respuesta es A MENUDO.

Marque 5 si su respuesta es SIEMPRE. Responda rápidamente y recuerde de contestar todas las preguntas.

Items	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
1. ¿Presta atención a la persona que le está hablando y hace un esfuerzo para comprender lo que le están diciendo?	1	2	3	4	5
2. ¿Habla con los demás de temas poco importantes para pasar luego a los más importantes?	1	2	3	4	5
3. ¿Habla con otras personas sobre cosas que le interesan a los demás?	1	2	3	4	5
4. ¿Determina la información que necesita y se la pide a la persona adecuada?	1	2	3	4	5
5. ¿Permite que los demás sepan que agradece los favores, etc.?	1	2	3	4	5
6. ¿Se da a conocer a los demás por propia iniciativa?	1	2	3	4	5
7. ¿Ayuda a que los demás se conozcan entre si?	1	2	3	4	5

8. ¿Le gusta algún aspecto de la otra persona o alguna de las actividades que realiza?	1	2	3	4	5
9. ¿Pide ayuda cuando tiene alguna dificultad?	1	2	3	4	5
10. ¿Elige la mejor forma para integrarse en un grupo o para participar en una determinada actividad?	1	2	3	4	5
11. ¿Explica con claridad a los demás como hacer una tarea específica?	1	2	3	4	5

12. ¿Presta atención a las instrucciones, pide explicaciones, lleva adelante las instrucciones correctamente?	1	2	3	4	5
13. ¿Pide disculpas a los demás por haber hecho algo mal?	1	2	3	4	5
14. ¿Intenta persuadir a los demás de que sus ideas son mejores y que serán de mayor utilidad que las de la otra persona?	1	2	3	4	5
15. ¿Intenta reconocer las emociones que experimenta?	1	2	3	4	5
16. ¿Permite que los demás conozcan lo que siente?	1	2	3	4	5
17. ¿Intenta comprender lo que sienten los demás?	1	2	3	4	5
18. ¿Intenta comprender el enfado de la otra persona?	1	2	3	4	5
19. ¿Permite que los demás sepan que se interesa o se preocupa por ellos?	1	2	3	4	5
20. ¿Piensa por qué está asustado y hace algo para disminuir su miedo?	1	2	3	4	5
21. ¿Se dice a si mismo o hace cosas agradables cuando se merece una recompensa?	1	2	3	4	5
22. ¿Reconoce cuando es necesario pedir permiso para hacer algo y luego lo pide a la persona indicada?	1	2	3	4	5
23. ¿Se ofrece para compartir algo que es apreciado por los demás?	1	2	3	4	5
24. ¿Ayuda a quien lo necesita?	1	2	3	4	5
25. ¿Llega a establecer un sistema que le satisfaga tanto como a quienes sostienen posturas diferentes?	1	2	3	4	5
26. ¿Controla su carácter de modo que no se le "escapan las cosas de la mano"?	1	2	3	4	5

27. ¿Defiende sus derechos dando a conocer a los demás cual es su postura?	1	2	3	4	5
28. ¿Se las arregla sin perder el control cuando los demás le hacen bromas?	1	2	3	4	5
29. ¿Se mantiene al margen de situaciones que le puedan ocasionar problemas?	1	2	3	4	5
30. ¿Encuentra otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearse?	1	2	3	4	5
31. ¿Les dice a los demás cuando han sido ellos los responsables de originar un determinado problema e intenta encontrar solución?	1	2	3	4	5
32. ¿Intenta llegar a una solución justa ante la queja justificada de alguien?	1	2	3	4	5
33. ¿Expresa un cumplido sincero a los demás por la forma en que han jugado?	1	2	3	4	5
34. ¿Hace algo que le ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibido?	1	2	3	4	5
35. ¿Determina si lo han dejado de lado en alguna actividad y, luego, hace algo para sentirse mejor en esa situación?	1	2	3	4	5
36. ¿Manifiesta a los demás que han tratado injustamente a un amigo?	1	2	3	4	5
37. ¿Considera con cuidado la posición de la otra persona, comparándola con la propia, antes de decidir lo que hará?	1	2	3	4	5
38. ¿Comprende la razón por la cual ha fracasado en una determinada situación y que puede hacer para tener más éxito en el futuro?	1	2	3	4	5
39. ¿Reconoce y resuelve la confusión que se produce cuando los demás le explican una cosa, pero dicen o hacen otras que se contradicen?	1	2	3	4	5
40. ¿Comprende lo que significa una acusación y por qué se la han hecho y, luego piensa en la mejor forma de relacionarse con la persona que le ha hecho la acusación?	1	2	3	4	5
41. ¿Planifica la mejor forma para exponer su punto de vista antes de una conversación problemática?	1	2	3	4	5
42. ¿Decide lo que quiere hacer cuando los demás quieren que haga otra cosa distinta?	1	2	3	4	5
43. ¿Resuelve la sensación de aburrimiento iniciando una nueva actividad interesante?	1	2	3	4	5

44. ¿Reconoce si la causa de algún acontecimiento es consecuencia de alguna situación bajo su control?	1	2	3	4	5
45. ¿Toma decisiones realistas sobre lo que es capaz de realizar antes de comenzar una tarea?	1	2	3	4	5
46. ¿Es realista cuando debe dilucidar como puede desenvolverse en una determinada tarea?	1	2	3	4	5
47. ¿Resuelve que necesita saber y como conseguir la información?	1	2	3	4	5
48. ¿Determina de forma realista cual de los numerosos problemas es el más importante y el que debería solucionar primero?	1	2	3	4	5
49. ¿Considera las posibilidades y elige la que le hará sentirse mejor?	1	2	3	4	5
50. ¿Se organiza y se prepara para facilitar la ejecución de su trabajo?	1	2	3	4	5

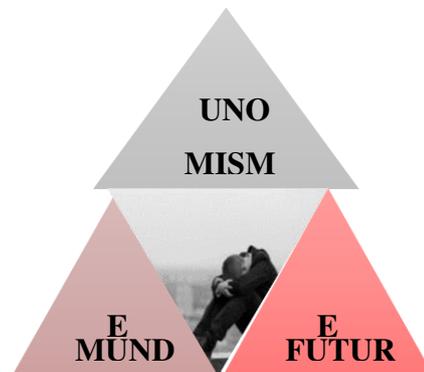
## ANEXO G



Cuando una persona esta Depresiva postula a:

### TRIADA COGNITIVA

Postula que la persona tiene una visión negativa de su futuro y tiende a interpretar las experiencias del día a día



## ANEXO H

### Hoja de Autoregistro

Fecha	Situación ¿Qué sucedió?	¿Con quién?	¿Pensamiento?	Emoción	Conducta

## ANEXO I

### Cómo hacer la respiración diafragmática



## ANEXO J



## ANEXO K

### Estilos de comunicación según un caso

Para diferenciarlas vamos a proponer una situación de conflicto y estas maneras diferentes de responder.

Situación: Un compañero de trabajo me insulta delante de los demás porque he cometido un error atendiendo a un cliente.

**a) ESTILO AGRESIVO:** Le insulto yo también y le tiro a la cabeza el bolígrafo que tengo en la mano.

**b) ESTILO PASIVO:** Miro hacia el suelo y no hago ni digo nada.

**c) ESTILO ASERTIVO:** Espero a que se calme. Me acerco a hablar con él para explicarle lo mal que me he sentido tras su insulto y le pido que me trate con respeto, como yo lo hago con él.

¿Cuál es la manera correcta de responder frente a esa situación?

---

---