



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER JOVEN CON
SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autor:

Yánac Cierto, Elí

Asesor:

Del Rosario Pacherras, Orlando

Jurado:

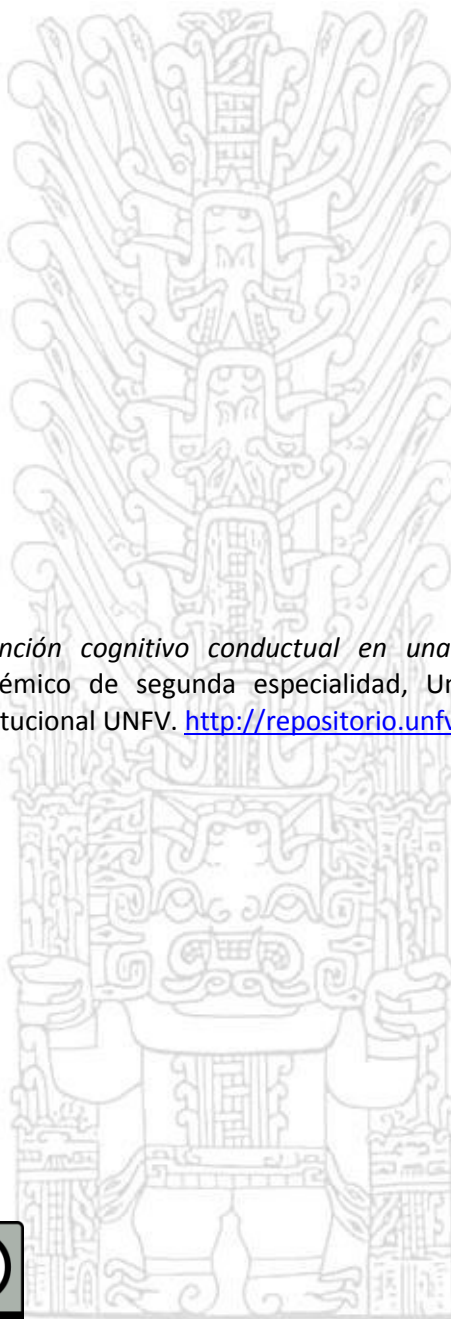
Aguirre Morales, Marivel

Carlos Ventura, David

Barboza Navarro, Evelyn

Lima - Perú

2022



Referencia:

Yánac, E. (2022). *Intervención cognitivo conductual en una mujer joven con síntomas depresivos*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/6003>



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

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

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



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA MUJER JOVEN CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Línea de investigación: Salud mental

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

AUTOR

Yánac Cierto, Elí

ASESOR

Del Rosario Pacherras, Orlando

JURADO

Aguirre Morales, Marivel

Carlos Ventura, David

Barboza Navarro, Evelyn

Lima- Perú

2022

Pensamientos

“Tenemos que aprender a ser nuestros mejores amigos, porque caemos con facilidad en la trampa de ser nuestros peores enemigos”.

R. Thorp.

“Como muchas cosas en la vida, la autoconfianza también se debe trabajar para poder mantenerla”.

E. Yánac.

Dedicatoria

A Xiara Pozo, quien me motiva con sus deseos y buena vibra por la vida, y sobre todo porque desea seguir los pasos por los que me aventuré con esta hermosa y muy humana profesión, que tiene sus sacrificios, pero al final del día tiene su recompensa al ver el rostro de alguien que no se conoce, pero se siente tan nuestra su felicidad.

Agradecimientos

A Dios por todo lo que me permite seguir desarrollando en esta vida, por colocar en mi camino a personas que contribuyeron en el proceso de cumplir mis objetivos trazados.

A mi familia, que “si la vida me permitiera vivir mil años, en cada una de ellas elegiría ser parte de la familia que tengo”, eran las palabras de mi hermano Sadat, quién no se rinde y sigue dejando legado de la perseverancia y constancia en el quehacer en la vida.

A cada uno de mis hermanos, tíos, primos y en especial a la mujer que guio mis pasos, mi madre Prescila.

Al Mg. Orlando Del Rosario, por su asesoría y por ser guía en la elaboración del presente estudio, contribuyendo con su experiencia y conocimiento.

Índice

Pensamientos.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Índice.....	v
Lista de Tablas.....	vii
Lista de Figuras.....	ix
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
I. Introducción.....	12
1.1 Descripción del problema.....	15
1.2 Antecedentes.....	19
1.2.1 Antecedentes Nacionales.....	19
1.2.2 Antecedentes Internacionales.....	21
1.2.3 Fundamentación Teórica.....	23
1.3 Objetivos.....	31
1.3.1 Objetivo general.....	31
1.3.2 Objetivos específicos.....	32
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.....	37

2.5	Técnicas e instrumentos	38
2.5.1	Técnicas	38
2.5.2	Instrumentos	38
2.5.3	Evaluación Psicológica.....	40
2.5.4	Evaluación Psicométrica	44
2.5.5	Informe psicológico integrado.....	57
2.6	Intervención.....	62
2.6.1	Plan de intervención y calendarización	62
2.6.2	Programa de intervención.....	62
2.7	Procedimiento.....	65
2.8	Consideraciones éticas	73
III.	Resultados.....	74
3.1	Análisis de Resultados	74
3.2	Discusión de Resultados.....	82
3.3	Seguimiento.....	87
IV.	Conclusiones.....	88
V.	Recomendaciones.....	89
VI.	Referencias.....	90
VII.	Anexos	94

Lista de Tablas

N°	Título	Pág.
1	Criterios diagnósticos según el DSM V	25
2	Historia familiar	44
3	Resultados de Registro de Opiniones de Ellis	45
4	Resultados del Inventario de Depresión de Beck	48
5	Resultados del Inventario de Ansiedad de Beck	50
6	Resultados del Cuestionario de Análisis Clínico	52
7	Resultados de la Escala de Autoestima de Rosenberg	55
8	Registro de frecuencia de pensamientos de la paciente, línea base	56
9	Registro de intensidad de emociones de la paciente, línea base	56
10	Registro de frecuencia de conducta de la paciente, línea base	57
11	Registro de intensidad de respuesta fisiológica de la paciente, línea base	57
12	Diagnóstico funcional	59
13	Análisis funcional	60
14	Plan de intervención y calendarización	62
15	Sesión de tratamiento 1	65
16	Sesión de tratamiento 2	66
17	Sesión de tratamiento 3	67
18	Sesión de tratamiento 4	68
19	Sesión de tratamiento 5	69
20	Sesión de tratamiento 6	69
21	Sesión de tratamiento 7	70
22	Sesión de tratamiento 8 y 9	70
23	Sesión de tratamiento 10 y 11	71

24	Sesión de tratamiento 12 y 13	71
25	Sesión de tratamiento 14	72
26	Sesión de tratamiento 15 y 16	72
27	Sesión de tratamiento 17	73
28	Resultados pre y post del Inventario de Depresión de Beck	74
29	Resultados pre y post del Inventario de Ansiedad de Beck	75
30	Resultados pre y post del Registro de Opiniones de Ellis (Adaptado)	76
31	Resultados pre y post del Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ)	77
32	Resultados pre y post de la Encuesta de Autoestima de Rosenberg	78
33	Resultados del Registro de frecuencia de pensamientos Automáticos	79
34	Resultados del Registro de Intensidad de las Emociones	80
35	Resultados del Registro de Frecuencia de Conductas Disfuncionales	81
36	Resultados del Registro de la Intensidad de las Respuestas Fisiológicas	82
37	Sesión 18 de seguimiento	87

Lista de Figuras

N°	Título	Pág.
1	Resultados pre y post del Inventario de Depresión de Beck	74
2	Resultados pre y post del Inventario de Ansiedad de Beck	75
3	Resultados pre y post del Registro de Opiniones de Ellis (Adaptado)	76
4	Resultados pre y post del Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ)	77
5	Resultados pre y post de la Encuesta de Autoestima de Rosenberg	78
6	Resultados del Registro de frecuencia de pensamientos Automáticos	79
7	Resultados del Registro de Intensidad de las Emociones	80
8	Resultados del Registro de Frecuencia de Conductas Disfuncionales	81
9	Resultados del Registro de la Intensidad de las Respuestas Fisiológicas	82

Resumen

El objetivo del presente estudio de caso fue aplicar un programa de intervención cognitivo conductual para disminuir las sintomatologías depresivas en una mujer joven de 21 años de edad, quien presentaba pensamientos distorsionados de inutilidad, minusvalía y culpa, como también emociones de ansiedad, tristeza, cólera e irritabilidad, conductas de aislamiento y evitación. Se trató de una investigación de tipo aplicada, con diseño experimental, de caso único (ABA). Los instrumentos para recolectar los datos fueron la entrevista, línea de base, autoregistros, Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck, el Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ), Registro de Opiniones Forma A de Ellis (Adaptado por Davis, McKay y Eshelman) y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Se aplicaron las técnicas cognitivas conductuales como la relajación, detención de pensamiento, autoinstrucciones, reestructuración cognitiva, asertividad para el cambio y la asignación de actividades agradables individual y grupal. Los resultados evidenciaron una disminución del nivel de depresión, ansiedad, emociones negativas, comportamientos disfuncionales y modificación de pensamientos distorsionados por otros pensamientos más adaptativos para la paciente. Al finalizar la fase tratamiento se ratifica la eficacia de la terapia cognitiva conductual para el caso de depresión, pues éstas se modificaron a nivel cognitivo, emocional y comportamental.

Palabras clave: terapia cognitivo conductual, depresión, mujer joven.

Abstract

The objective of this case study was to apply a cognitive behavioral intervention program to reduce depressive symptoms in a young woman of 21 years of age, who presented distorted thoughts of worthlessness, handicap and guilt, as well as emotions of anxiety, sadness, anger and irritability, isolation and avoidance behaviors. It was an applied research, with an experimental design, a single case (ABA). The instruments to collect the data were the interview, baseline, self-records, Beck's Depression Inventory, Beck's Anxiety Inventory, the Clinical Analysis Questionnaire (CAQ), Ellis Form A Record of Opinions (Adapted by Davis, Mckay and Eshelman) and the Rosenberg Self-Esteem Scale. Cognitive behavioral techniques such as relaxation, thought stopping, self-instructions, cognitive restructuring, assertiveness for change and the assignment of individual and group enjoyable activities were applied. The results showed a decrease in the level of depression, anxiety, negative emotions, dysfunctional behaviors and modification of thoughts distorted by other more adaptive thoughts for the patient. At the end of the treatment phase, the efficacy of cognitive behavioral therapy in the case of depression is confirmed, since these were modified at a cognitive, emotional and behavioral level.

Keywords: cognitive behavioral therapy, depression, young woman

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos por depresión son habituales de la salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad. Se estima que 300 millones de personas en todo el mundo padecen de depresión, de éstos, entre el 45% y 95% de pacientes presentan múltiples síntomas físicos inexplicables como pérdida de la fuerza, del peso, sensación de cansancio, alergias, manchas en la piel, adormecimiento corporal, entre otros, llegando a pronosticarse que para el 2030 la depresión será la primera causa de discapacidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

En el contexto de la pandemia por el COVID - 19 las reacciones o respuestas emocionales y cognitivas más comunes de las personas que han estado en el periodo de aislamiento, han sido: la sensación de miedo a enfermarse o morir, así como sentimientos de impotencia, aburrimiento, soledad y tristeza, temor o preocupación por volver a trabajar, temor a la separación de sus seres queridos, entre otros (Baños-Chaparro, 2020).

Actualmente en nuestro país, los problemas de salud mental relacionado con la depresión es la enfermedad que más se atiende en consulta, siendo los síntomas más comunes tales como pensamientos negativos, sentimientos de tristeza, llanto frecuente y el aislamiento (Alarcón, 2009).

La depresión es el trastorno del ánimo que altera el sistema de creencias y el procesamiento de información del sujeto, dicho de otro modo la alteración se da en los tres elementos en cuales se fundamentan el modelo cognitivo de Beck, la primera es la triada cognitiva, la segunda corresponde a los esquemas del pensamiento y finalmente los errores del procesamiento cognitivo, la primera haría mención a que existe tres patrones cognitivos que subyacen a la depresión y que hace que la persona se vea así misma, al futuro y a sus experiencias de una manera idiosincrática (Beck y Shawn, 2010).

La aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual ha mostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión basada en sus principios y procedimientos experimentales, se define como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología (Plaud, 2001). Este modelo de terapia señala que “los problemas emocionales son una consecuencia de los pensamientos desadaptativos y, por lo tanto, sus intervenciones tratan de establecer patrones de pensamientos más adaptativos” (Lega et al., 2002, pp. 6-7). Las técnicas que predominan en la terapia conductual corresponden a los procedimientos del condicionamiento clásico, condicionamiento operante y el aprendizaje social. en el análisis de la conducta tiene como objetivo establecer la relación causal entre las variables que controlan la conducta, con independencia del ámbito en que estas relaciones se produzcan (Barraca, 2014). La terapia cognitiva conductual (TCC) forma parte de las intervenciones psicológicas con mayor aceptación en el tratamiento de la depresión, en el abordaje se utilizan diversas técnicas que van desde la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, el entrenamiento en autocontrol, psicoeducación, el juego de roles y la prevención de recaídas (Beck y Shaw, 2010).

El presente estudio trata sobre la intervención cognitiva conductual para disminuir la sintomatología depresiva, que se caracterizaba por presentar pensamientos distorsionados de inutilidad, minusvalía y culpa, como también emociones de ansiedad, tristeza, cólera e irritabilidad. También se analizó cómo este conjunto de situaciones le ocasiona a la usuaria interferencia en el desempeño cotidiano, tanto a nivel laboral, familiar y social, por lo que se optó por aplicar un programa de tratamiento conductual, cuya aplicación se detalla en el cuerpo de la presente investigación.

El trabajo contiene el procedimiento de recolección de datos para la elaboración de la Historia Clínica bajo un modelo Cognitivo Conductual, en donde se pone énfasis en la Observación Psicológica directa, un cuidadoso manejo de la Entrevista Psicológica, aplicación

de pruebas psicométricas y registros de observación directos de la conducta, así como los de autoreporte herramientas principales del psicólogo clínico, que tienen supremacía y relevancia a la hora de realizar el diagnóstico psicológico. Es importante añadir que los resultados obtenidos con la aplicación de los procedimientos terapéuticos en el caso psicológico presentado, nos permiten proponer como alternativa de solución oportuna, el uso de las Técnicas cognitivo-conductuales dentro de un contexto asistencial que urge de soluciones breves pero efectivas, para lo cual los mencionados procedimientos demuestran una vez más, su probada efectividad en la consecución del objetivo principal del proceso terapéutico: lograr el bienestar de la paciente y mejorar su estilo y calidad de vida, mediante la disminución de los síntomas depresivos.

A continuación, se describe detalladamente el contenido del trabajo, que es como sigue:

En el capítulo I, denominado Introducción, se menciona la descripción del problema que incluye datos estadísticos actuales tanto a nivel mundial como nacional en relación a casos de depresión. Asimismo, se presenta los antecedentes nacionales e internacionales relacionados con trabajos previos respecto a la depresión como los presentados por Sánchez en el año 2021, Calderón en el 2020 y Navarro en 2018. Además, se presenta el objetivo general y específicos, la justificación, los impactos esperados del trabajo académico, la teoría de las dos variables.

En el capítulo II se presenta la metodología donde se indica el tipo y diseño de investigación, así como la evaluación psicológica a través de los instrumentos de aplicación. Por otro lado, se presenta la definición conceptual y operacional de las dos variables, el diagnóstico funcional, el análisis funcional, objetivo general y específicos de la intervención y el programa de intervención.

En el capítulo III se presenta los resultados donde se describen los hallazgos según los datos expuestos en el análisis pre y post test, discusión de resultados y seguimiento. En el capítulo IV se presentan las conclusiones. En el capítulo V se presentan las recomendaciones

y finalmente, en el capítulo VI se presentan las referencias, así como en el capítulo VII se presentan los anexos.

1.1 Descripción del problema

En el panorama mundial la depresión se ha convertido en el problema de salud con mayor índice de gasto económico a nivel personal e institucional, esto ha generado que las personas antes de recibir o llegar a una consulta especializada donde reciba la atención de un psicólogo o psiquiatra, se realizan diversos exámenes y evaluaciones médicas para conocer el estado de condición actual de salud, siendo el factor psicológico y mental una de las últimas opciones para encontrar la respuesta a los problemas de salud; por lo que se estima que 300 millones de personas en todo el mundo padecen de depresión, de éstos, entre el 45% y 95% de pacientes presentan múltiples síntomas físicos inexplicables como pérdida de la fuerza, del peso, sensación de cansancio, alergias, manchas en la piel, adormecimiento corporal, entre otros, llegando a pronosticarse que para el 2030 la depresión será la primera causa de discapacidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

En un estudio multicéntrico que incorporaron en total a 14 países de Europa, Asia, Norte América y Sudamérica, se contó con la participación de 25916 personas, al final del cual los resultados permitieron observar que la prevalencia promedio de presencia de trastorno mental fue del 24%. Los resultados no diferenciaban la condición de desarrollo que existe entre los diferentes países, asimismo, los diagnósticos más comunes fueron problemas relacionados con la depresión, ansiedad, neurastenia y consumo de alcohol, lo que llama aún más la atención es que en la presente investigación el 48,9% de las personas que padecen de un trastorno mental se debía a factores psicológicos como la motivación, autonomía, seguridad y concentración (OMS, 2020).

En el contexto de la pandemia por el COVID - 19 las reacciones o respuestas emocionales y cognitivas más comunes de las personas que han estado en el periodo de aislamiento, han sido: la sensación de miedo a enfermarse o morir, así como sentimientos de

impotencia, aburrimiento, soledad y tristeza, temor o preocupación por volver a trabajar, temor a la separación de sus seres queridos, entre otros (Baños-Chaparro, 2020). En China se realizó una investigación con una muestra de 1250 trabajadores de salud con la finalidad de conocer el nivel de ansiedad, depresión, insomnio y angustia en el contexto de la pandemia. Los resultados evidenciaron que dichos trabajadores presentaban niveles altos de ansiedad, depresión, insomnio y angustia (50.4%, 44.6%, 34% y 71.5%, respectivamente), estos resultados sin duda evidencian una alarmante realidad respecto al padecimiento de problemas de salud mental, no solo en la población en general, sino también en personal de salud (Wang, et al. 2020).

Los pronósticos para el futuro son cada vez más alarmantes en los que respecta a la salud mental, se proyecta que 1 de cada 4 personas presentarán algún trastorno mental a lo largo de su vida; preocupa más saber que el 50% de los trastornos mentales tendrán su inicio alrededor de los 15 años (OMS, 2020).

En América Latina y el Caribe, de acuerdo al informe de la OMS (2017), en la Región Sudamericana el 7.7% de la población padece de depresión. Año tras año se observa el crecimiento de este problema de salud mental, siendo considerada la depresión como la primera causa de discapacidad en un 7.8% de la población, en especial en grupos etarios de entre 15 a 64 años de edad (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018).

Por otro lado, el 22.4% de Latinoamericanos sufren de problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad, esto indicaría que 1 de cada 5 personas padecen de algún problema de salud mental relacionada con ambos trastornos. Lo que más preocupa a las organizaciones mundiales como locales, es que el 50% de la población latina con problemas de depresión no ha recibido ningún tratamiento (Banco Mundial, 2018). Siendo Brasil el país que presentó el mayor índice de casos de depresión, llegando a reportar 11 548 577 casos, esto equivale al 5.8% de su población total; en Paraguay se reportaron 333 628 casos, lo cual

equivale al 5.2% de su población; en Chile se reportaron 8444 253 casos, lo cual representa al 5% de su población; Uruguay reportó 158 005 casos, equivalentes al 5% de su población en tanto que Colombia reportó 2 177 280 casos, equivalente al 4.7% de su población (OMS, 2017).

Actualmente en nuestro país, los problemas de salud mental relacionado con la depresión es la enfermedad que más se atiende en consulta de psicología y psiquiatría, dentro de estos problemas de salud mental se encuentra en un número alarmante la presencia de síntomas como pensamientos negativos, sentimientos de tristeza, llanto frecuente y el aislamiento (Alarcón, 2009).

En el contexto nacional el escenario no es diferente a los demás países latinos, pues los problemas de salud mental relacionados con la depresión son los que se encuentran en primer orden de necesidad de ser atendidos. Se cuenta con una cifra reportada de 1 443 513 casos de depresión, los cuales representan al 4.8% de la población, destacando el grupo con mayor vulnerabilidad de padecer depresión sería el de jóvenes adultos que se dedican en la actualidad a la actividad académica y que se encuentran en escenarios específicos tales como hacer presentaciones en las aulas, los que desencadenarían los síntomas de la depresión, siendo las mujeres quienes presentan altos síntomas, a comparación de los hombres (OMS, 2017).

Asimismo, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística e Informática ([INEI], 2013) se estima que en el Perú existen más de 925 mil personas con limitaciones permanentes para relacionarse debido a la depresión y que los síntomas más comunes estarían relacionados a pensamiento intrusivo, emociones negativas y conductas evitativas. Estas cifras corroboran que las brechas para acceder a los servicios de salud fluctúan entre 69% en Lima Metropolitana y el Callao, y 93.2% en Lima rural (Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” [INSM], 2012).

Por otro lado, se realizó un estudio epidemiológico para conocer la prevalencia de los trastornos mentales en la selva peruana en el año 2004, donde se contó con la participación de

4212 pobladores entre adolescentes y adultos de los departamentos de Iquitos, Tarapoto y Pucallpa. Los resultados evidenciaron que el 18.5% experimentaban estados emocionales de pena, tristeza y depresión; el 33.9% preocupación; 31% angustia; convirtiéndose las experiencias traumáticas en 38.7% las que darían lugar a las patologías psiquiátricas, y el 32.3% de la población total en algún momento de su vida ha presentado deseos de morir (INSM, 2008).

En otro estudio epidemiológico para conocer la prevalencia de enfermedades psiquiátricas se involucró a 43 distritos de Lima y Callao, en el cual se contó con la participación de 2077 personas adultas de ambos sexos. Los resultados mostraron que el 23.3% de la población tienen un problema o trastorno psiquiátrico, de éstos, el 18% presentan trastorno depresivo debido al padecimiento; el 37% de la población peruana presenta algún grado de discapacidad y solo el 24.4% de la población que padece algún trastorno psiquiátrico accedieron a los servicios de salud mental (INSM, 2002).

En la ciudad de Lima se desarrolló una investigación epidemiológica para conocer la prevalencia de problemas de salud, para lo cual se contó con la participación de 5 899 105 personas de ambos sexos mayores a 18 años: Los resultados mostraron que el 17.3% presentaban trastorno depresivo. En el análisis se encontró de los síntomas depresivos se encontró que el 23.3% presentaban deseos de morir (INSM, 2018).

Siguiendo con el panorama local se encuentra una investigación que se desarrolló en Lima Metropolitana en el año 2020, en donde se intentó conocer la prevalencia de los síntomas depresivos en una población de entre los 18 a 64 años de edad, para lo cual se contó con la participación de 275 personas de ambos sexos. Los resultados evidenciaron que la prevalencia de los síntomas depresivos fueron los pensamientos de muerte (58%), problemas psicomotores (41%), sentimiento de inutilidad (40%), siendo los hallazgos más preocupantes los pensamientos de muerte y las dificultades de concentración (Baños-Chaparro, 2020).

La preocupación por atender estos problemas de salud mental radica en la situación incapacitante que sumerge al paciente, afectando la calidad de vida, la convivencia armoniosa consigo misma, con su entorno familiar, laboral y social, aislando muchas veces a la persona que la padece a vivir entre sus paredes o frente la dependencia de algún tipo de medicamento (Ministerio de Salud [MINSA], 2017).

Por lo tanto, la depresión supone un importante problema de salud pública, como profesionales de salud mental es importante fomentar el desarrollo del tratamiento psicológico en este tipo de problema de salud mental, en la actualidad sea por costumbre o por falta de personal capacitado y competente en los establecimientos de salud solo prescriben fármacos para el tratamiento del trastorno (MINSA, 2017).

Es por ello que urge desarrollar programas de intervención eficaces, que permita posteriormente ser puestos en práctica en los diferentes establecimientos o centros donde se presta servicio para el tratamiento de la depresión, de esta manera recuperar la calidad de vida de la persona y el desempeño en su ámbito personal, familiar, laboral y social.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes Nacionales

Sánchez (2021) elaboró una investigación bajo un programa cognitivo conductual para las creencias irracionales de una adolescente y un adulto atendidos en un centro psicológico privado de Lima. El objetivo general fue determinar el efecto de la aplicación del programa dirigido a identificar, debatir y modificar las creencias irracionales. Los instrumentos utilizados fueron: Historia Psicológica Cognitivo-Conductual, los Autorregistros, y el Registro de Opiniones - Forma A, adaptado por Guzmán (2009). Aplicó el programa cognitivo-conductual teniendo como base, en el tratamiento terapéutico, a la psicoeducación. Los resultados obtenidos revelan en la medición pre-test y post-test, el efecto de la aplicación del programa cognitivo-conductual alcanzó el objetivo principal propuesto, mostrando así la eficacia del programa de intervención cognitivo conductual. Concluyó que el principal aporte de este

trabajo es mostrar que la reinterpretación racional de las situaciones que se experimentan en la vida cotidiana, brinda estrategias cognitivas de autocontrol emocional que protege y fortalece la felicidad personal con pronóstico favorable en la adaptación interpersonal.

Calderón (2020) realizó una investigación de caso clínico denominado intervención cognitivo conductual para una mujer adulta con depresión. El caso se trató de una mujer de 29 años de edad. El objetivo general planteado fue disminuir la sintomatología depresiva mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual para que la paciente pueda desarrollarse integralmente en los aspectos personales, familiares y laborales. Los instrumentos utilizados fueron: el Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Personalidad de Eysenck, Inventario clínico Multiaxial Millon II, entrevista y observación psicológica. El tratamiento se basó en un plan de intervención bajo el modelo cognitivo conductual que consistió en 11 sesiones de intervención y 1 sesión de seguimiento, una vez por semana con una duración de 45 minutos por sesión. 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.

Orellano (2020) realizó una investigación de caso clínico cuyo título fue intervención cognitivo conductual para la depresión en una mujer adulta. El objetivo general planteado fue disminuir la sintomatología depresiva mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual para que la paciente pueda desarrollarse en el área social, reestructuración cognitiva y solución de problemas. Los instrumentos utilizados fueron: entrevista clínico psicológico, inventario de personalidad NEO-P-IR. Se realizaron la terapia cognitivo conductual durante 16 sesiones que incluía psicoeducación, entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson, entrenamiento en habilidades sociales, exposición con evitación de respuesta, reestructuración cognitiva. Los resultados evidencian en el pre y post

test, la mejoría en relación con los pensamientos que causan la depresión por lo cual se concluye que la terapia cognitiva conductual es efectiva.

Huaynates (2019) desarrolló una investigación de caso clínico cuyo título fue terapia cognitiva conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa. El objetivo general fue disminuir en un 70% la sintomatología de la depresión a nivel cognitivo, conductual y afectivo-emocional. Los instrumentos utilizados fueron: registro de frecuencia e intensidad de conductas, Escala de Depresión de Beck, Inventario de Personalidad de Eysenck y Eysenck – Forma B y el Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon. Los resultados mostraron una variación desde la línea base el sentimiento de culpa puntuaba en 10 y en cambio en la semana 13 puntúa 2, esto corrobora la efectividad del programa de intervención.

1.2.2 Antecedentes Internacionales

Rodríguez y Gonzáles (2020) desarrollaron una investigación haciendo uso de la integración de la terapia cognitivo conductual y la terapia centrada en solución en un caso de depresión mayor en México. El objetivo fue evaluar la eficacia de la intervención complementaria entre la terapia cognitivo conductual y la terapia centrada en solución en caso de un adulto de 23 años con diagnóstico de depresión mayor. El instrumento utilizado fue los criterios diagnósticos del DSM V. la terapia tuvo una duración de 16 sesiones. Los resultados permitieron observar una mejoría en los niveles de depresión, grado de alteración en los pensamientos asociados con la depresión, aumento en su habilidad asertiva, niveles altos de autoestima. Los resultados mostraron que el paciente incrementó su percepción de bienestar, y en la estrategia de escala de acuerdo a la percepción del paciente inició con un 4 de malestar y finalizó en la sesión 16 con una valoración de 10 de bienestar, estos resultados permitieron evidenciar la efectividad de la intervención psicológica con herramientas de la terapia cognitiva conductual y de la terapia centrada en soluciones.

Navarro (2018) realizó una investigación de caso único con depresión mayor en Colombia. El objetivo general del caso es describir los efectos de la terapia cognitivo conductual en un caso de depresión en una mujer de 17 años. Los instrumentos utilizados fueron: Inventario de Depresión (BDI), Auto registro de componentes de la Depresión, Escala de Desesperanza de Beck, Cuestionario de Esquemas de YSQL. Los resultados señalan claramente la efectividad de la terapia cognitivo conductual, mediante la aplicación de reestructuración cognitiva y resolución de problemas, estas técnicas permitieron que la usuaria desarrolle la adquisición de habilidades para solucionar su malestar emocional, como el manejo de la tolerancia, asimismo, logró disminuir las respuestas depresivas, la paciente logra incrementar el ritmo de las actividades diarias.

Alcázar, et al. (2017) realizaron una investigación con el objetivo de demostrar la eficacia y efectividad del abordaje en un caso de trastorno depresivo debido a un traumatismo en la rodilla, bajo el modelo cognitivo conductual. El programa se aplicó a un paciente varón de 33 años de edad de México, quien sufrió un accidente en motocicleta, dejándole como secuela una discapacidad permanente y a partir de entonces, depresión. La metodología usada fue el diseño de estudio de caso único, ya que reporta la intervención clínica para una problemática específica. La intervención se llevó a cabo en 10 sesiones de 50 minutos, con el objetivo de disminuir emociones como ira y tristeza a diario, problemas de sueño, y fatiga. Los resultados de las evaluaciones pre y post terapia muestran la disminución de la sintomatología depresiva, por lo que se concluye la eficacia del enfoque cognitivo-conductual en el tratamiento del trastorno, en concordancia con otros estudios.

Anton-Menárquez, et al. (2016) realizaron una investigación con intervención cognitivo conductual en un caso de depresión en una adolescente en España. El objetivo general fue analizar los efectos de la aplicación de un tratamiento cognitivo conductual dirigido a reducir la sintomatología depresiva. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Depresión de

Beck (BDI), Escala de Autoestima de Rosenberg, Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) y Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Las técnicas utilizadas en la intervención cognitiva conductual fueron psicoeducación, activación conductual, entrenamiento en respiración diafragmática, autoinstrucciones de afrontamiento, técnicas de asertividad y reestructuración cognitiva. Los resultados permitieron mostrar la eficacia de la terapia cognitivo conductual, mediante la reducción de la sintomatología de la depresión, siendo que en la línea base mostraba una puntuación de 31 en depresión (severa) después del programa de intervención, puntúa 17 (riesgo de sufrir una depresión), se muestra una mejora en un 40% de mejora.

Barraca (2010) desarrolló una investigación en una paciente con sintomatología depresiva donde aplicó la técnica de activación conductual. Madrid. El objetivo del tratamiento se basó en conocer la efectividad de la terapia de activación conductual para el caso de depresión, en activar conductas de mantener horarios fijos para acostarse, levantarse y trabajar en casa. Los instrumentos utilizados el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), el Cuestionario de Aceptación y Compromiso de Hayes (AAQ), el Cuestionario de Pensamiento Automático de Hollon y Kendall (ATQ) y el Inventario de Ansiedad – STAI-R de Spielberger, Gorsuch y Lushene. Los resultados de la intervención mostraron la efectividad del programa de Activación Conductual del caso, referente a la depresión de paso de una puntuación de 32 (depresión severa) a una de 9 (ausencia de depresión), asimismo de evidenció en las fichas de registro el notable cambio del estado de ánimo y la activación de las conductas objetivos.

1.2.3 Fundamentación Teórica

Definición

De acuerdo a la OMS (2020) la depresión se ha convertido en los últimos años en el problema de salud mental que es divulgado con mayor frecuencia. Es por ello, que este organismo la define como la enfermedad que se caracteriza por la presencia de tristeza,

disminución del interés o placer por disfrutar de la vida, sentimiento de culpa, problema de sueño, apetito, fatiga, afectando el desempeño académico, laboral, familiar y disminuyendo la capacidad de afronte en la vida.

La depresión clínica altera el estado de ánimo, los pensamientos y la conducta, esto es, modificar el modo de pensar, sentir y accionar de la persona que lo padece, es decir las actividades gratas y sencillas se convierten en complicadas o requieren de un mayor esfuerzo (Zarragoitia, et al., 2017).

En los cuadros depresivos, las alteraciones sintomatológicas se presentan en cuatro niveles de respuesta: a nivel emocional, fisiológico, comportamental y cognitivo. Estas sintomatologías se ven caracterizadas por un estado más o menos permanentes de tristeza, manifestación de baja energía, y bajo interés en las actividades rutinarias, expectativas negativas sobre sí mismo, sentimientos de culpa, autocrítica negativa, percepción de dependencia hacia los demás, alteraciones en la capacidad de planeación y solución de problemas (Gheisari, 2016).

La depresión es el trastorno del ánimo que altera el sistema de creencias y el procesamiento de información del sujeto, dicho de otro modo la alteración se da en los tres elementos en cuales se fundamentan el modelo cognitivo de Beck, la primera es la triada cognitiva, la segunda corresponde a los esquemas del pensamiento y finalmente los errores del procesamiento cognitivo, la primera haría mención a que existe tres patones cognitivos que subyacen a la depresión y que hace que la persona se vea así misma, al futuro y a sus experiencias de una manera idiosincrática (Beck y Shawn, 2010).

Criterios diagnósticos

Según, la Asociación Psiquiátrica Americana ([APA], 2013) para diagnosticar un episodio depresivo, se debe considerar la manifestación de los síntomas por un periodo mínimo de 2 semanas, en este tiempo los síntomas son: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés

en las actividades cotidianas, cambios en el apetito, pérdida de peso, falta de energía, sentimientos de culpa, entre otros. A continuación, se describen los:

Tabla 1

Criterios diagnósticos según el DSM V.

Criterio DSM-5
Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades.
Pérdida o ganancia de peso significativa sin hacer dieta
Insomnio
Agitación o enlentecimiento psicomotor
Fatiga o pérdida de energía
Sentimiento de inutilidad o de culpa
Disminución de la capacidad para concentrarse
Pensamiento recurrente de muerte

Criterio diagnóstico según Beck

Por otro lado, para Beck y Shawn (2010) los criterios de diagnóstico para la depresión hacen referencia a los pensamientos más que del estado de ánimo, caracterizado por pensamientos negativos acerca de sí mismo, la situación y el futuro, que conforman la triada cognitiva, la alteración se da en los tres elementos en cuales se fundamentan el modelo cognitivo de Beck, la primera es la triada cognitiva, la segunda corresponde a los esquemas del pensamiento y finalmente los errores del procesamiento cognitivo.

La triada cognitiva haría mención a que existen tres patrones cognitivos que subyacen a la depresión y que hace que la persona se vea así misma, al futuro y a sus experiencias de una manera idiosincrática.

a) El primer elemento que hace mención a la visión negativa de sí mismo, se caracteriza por la percepción de la persona de ser:

- Incapaz
- Torpe

- Poca valía
 - Percibe que no cuenta con lo necesario para ser feliz
 - Percibe que su vida está llena de defectos
- b) El segundo elemento, hace referencia a la tendencia que tiene la persona de interpretar las experiencias de modo negativo:
- Percibe la demanda del entorno como imposible de superar
 - Asegura que fracasará.
- c) El tercer elemento apunta la visión negativa del futuro:
- Percibe que las dificultades no tienen fin
 - Percibe que el sufrimiento continuará de manera indefinida
 - El dolor y la frustración serán interminables

Siguiendo la misma línea descrita en los párrafos anteriores, para Beck (2002) es importante identificar los síntomas objetivos de la depresión para organizar una adecuada intervención, se debe considerar entre los siguientes síntomas:

- Afectivo: Presencia de tristeza.
- Motivacional: Deseo de evadir dificultades incluso acciones de la vida diaria.
- Cognitivos: Dificultad para atender, retener, concentrarse.
- Conductuales: Pérdida de interés, pasividad, poca energía, lentitud.
- Fisiológicos: Insomnio, alteración en el apetito y disminución del deseo sexual.

Modelos teóricos

a) Modelo cognitivo de Beck

De acuerdo a Beck, el trastorno en el estado de ánimo lo visualizan como una alteración en el sistema de creencias y en el procesamiento de la información. La teoría cognitiva de Beck, considera que la depresión se basa en la alteración de los tres elementos sobre los cuales se forma el modelo cognitivo:

- La triada cognitiva: considera la existencia de tres patrones cognitivos que subyacen a la depresión y que ocasionan que el paciente se vea a sí misma al futuro y a sus experiencias de una manera idiosincrática. El primer elemento está conformado por la visión negativa de sí mismo, el segundo elemento está conformado por la tendencia a interpretar las experiencias de modo negativo y el tercer elemento se conformada por una visión negativa del futuro.
- Los esquemas: en este elemento el paciente se mantiene en un estado depresivo como consecuencia de sus actitudes pues éstas le hacen sufrir y menospreciar cualquier elemento positivo de su vida, esto hace que la interpretación de la información no sea lógica, pero que, a la vez, son percibidas como verdaderas debido a que el paciente es incapaz de considerar que son erróneas.
- Los errores cognitivos en el procesamiento de la información: la forma en la que se procesa la realidad se ve comprometida y ocasiona que las creencias que perciben como válidas sean de tinte negativo y que considere que es erróneo o inexistente la presencia de evidencia que sea contraria.

b) Modelo teórico médico - CIE 10

Según la OMS (2016) sostiene que el episodio depresivo se encuentra dentro de los trastornos del estado de ánimo, siendo este de nivel bajo, reducción de su energía y disminución de su actividad. La capacidad de disfrute, el interés y la concentración se haya disminuida permaneciendo frecuente el cansancio, aunque no se haya realizado un trabajo pesado, asimismo presencia de alteración en el apetito y el sueño. En relación a la autoestima y la autoconfianza se haya disminuida con presencia de ideas de culpa y minusvalía. El estado de ánimo no varía significativamente de un día a otro, la respuesta a situaciones del entorno es mínima o nula, pudiéndose acompañar de síntomas somáticos tales como:

1. Pérdida de interés y de la capacidad de disfrute.
2. Desaparición de reacciones emocionales que generalmente inducen una respuesta.

3. Despertar prematuro varias horas antes de la hora habitual.
4. Agravamiento matinal del humor depresivo.
5. Enlentecimiento psicomotor.
6. Pérdida de apetito.
7. Disminución de su peso corporal.
8. Reducción de la libido.

Modalidades de intervención en la depresión

a) Terapia cognitiva conductual

La terapia cognitiva conductual (TCC), basada en sus principios y procedimientos experimentales, se define como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología (Plaud, 2001). Es posible que no se pueda englobar en una definición lo que contempla toda la TCC, debido a que no existe una figura que represente el modelo como tal, por ende, al referirnos a la TCC se tiene que reconocer como un enfoque que responde a una metodología científica con principios básicos, y que esta a su vez alberga diversos enfoques o paradigmas psicológicas (Lega et al, 2017).

Desde hace 7 décadas aproximadamente, la terapia de la conducta se adhirió a los principios y teorías del aprendizaje, con el pasar de los años se amplió la explicación teórica para explicar el comportamiento humano, pasando desde sus inicios del condicionamiento clásico a considerar modelos explicativos de otras variables psicológicas como es la psicología evolutiva, cognitiva, social etc., (Ruiz et al, 2012).

De acuerdo a lo redactado en líneas anteriores, la TCC tienen sus inicios en la Terapia de la Conducta (TC), la cual nace en el escenario dominado por otro modelo terapéutico, siendo una alternativa más entendible para la sociedad basándose en el principio de que toda conducta adaptada o desadaptada es aprendida y puede modificarse mediante los principios del

aprendizaje, centrándose en la observación de la conducta observable y el ambiente en que se produce, a este proceso lo denominaron evaluación conductual (Ruiz et al, 2012).

Entre los paradigmas que conforman la terapia cognitivo conductual, se encuentra el Condicionamiento Clásico de Ivan Pavlov (1849 – 1936) y Jhon Watson (1878 – 1958), el Condicionamiento Operante de B.F. Skinner (1904 – 1990), la Teoría del Aprendizaje Social de A. Bandura (1995 – 2021), la Terapia Cognitiva de A. Beck (1921 – 2021) y la Terapia Racional Emotiva Conductual de A. Ellis (1913 – 2007) (Magallanes et al., 2016).

Debido a que no se puede concretizar en una conceptualización la TCC, se procede a presentar cuatro principios de la TCC, de acuerdo a Ruiz, et al. (2012):

- Primer principio: la TCC en modelo de intervención que trabaja con problemas que contienen respuestas fisiológicas, emocionales, conductuales y cognitivas.
- Segundo principio: la TCC cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos con un tiempo limitado.
- Tercer principio: la TCC tiene una naturaleza educativa, que cuenta con módulos que permite al terapeuta conceptualizar el problema y contar con el tratamiento.
- Cuarto principio: la TCC posee en esencia un carácter auto-evaluador a lo largo del proceso terapéutico.

b) Terapia cognitiva

Este modelo de terapia señala que “los problemas emocionales son una consecuencia de los pensamientos desadaptativos y, por lo tanto, sus intervenciones tratan de establecer patrones de pensamientos más adaptativos” (Lega et al., 2002, pp. 6-7). Dicho de otro modo, las Terapias de Reestructuración Cognitiva se encaminan tanto a identificar como modificar las cogniciones desadaptativas del paciente poniendo de relieve su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones (Magallanes, 2016). Los objetivos terapéuticos en la reestructuración cognitiva se logran a través de la aplicación de diversos procedimientos como: La Terapia

Racional Emotiva Conductual de A. Ellis (1958), la Terapia Cognitiva de A. Beck (1963), o el Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum (1971) (Ruiz et al, 2012).

c) Terapia conductual

La terapia de modificación de conducta se define como la aplicación sistemática de principios de aprendizaje y la psicología experimental con el objetivo de disminuir, modificar, eliminar, incrementar conductas que son más adaptativas en la vida del sujeto, se entiende como conductas inadaptadas aquellas que generan sufrimiento, insatisfacción, malestar o problemas que impiden el desarrollo armonioso de la persona.

Las técnicas que predominan en la terapia conductual corresponden a los procedimientos del condicionamiento clásico, condicionamiento operante y el aprendizaje social. Claro está que cada una de ellas mantiene su diferencia al momento de ser aplicada según el ámbito de intervención, asimismo, en el análisis de la conducta tiene como objetivo establecer la relación causal entre las variables que controlan la conducta, con independencia del ámbito en que estas relaciones se produzcan (Barraca, 2014).

Con la intención de delimitar de manera puntual se describen a continuación los principios teóricos de la terapia conductual (Barraca, 2014):

- La modificación de conducta se construye a partir de los principios del aprendizaje y la psicología experimental humana.
- Las conductas anormales, son consideradas conductas inadaptadas que se aprenden y a su vez se puede desaprender.
- Se centra en la conducta problemática actual.
- La modificación de conducta es tanto molecular como molar.
- Las conductas objeto de intervención pueden ser abiertas o encubiertas.
- Para alcanzar el objetivo trazado, la modificación de la conducta emplea la manipulación o control de variables del entorno.

- La verificación de las hipótesis y de los resultados son imprescindibles.
- La aproximación característica de la modificación de conducta es la individualizada.

En la terapia de la conducta se emplean diversas técnicas, las más usuales son: el reforzamiento de conductas, el modelamiento, Aprendizaje por modelos y entrenamiento de habilidades sociales, Relajación muscular progresiva y respiración abdominal, desensibilización sistemática, parada de pensamiento (Barraca, 2014).

d) Intervención farmacológica

La intervención farmacológica ha empleado diversos tipos de medicamentos que actúan sobre los síntomas de la depresión. El objetivo de este tipo de intervención es el de modificar y mejorar el estado de ánimo general que manifiestan los pacientes, pero se debe tener en cuenta que dicho tratamiento no puede modificar los patrones de pensamiento, ni la conducta desadaptativa, de modo que al retirar el tratamiento farmacológico es probable que reaparezca los síntomas (Nava y Vargas, 2012).

La depresión al ser una enfermedad altamente incapacitante a ocasionado que los tratamientos farmacológicos no respondan de la misma forma en todas las personas, esto se debe a que la participación de los diversos aspectos fisiopatológicos que se dan al inicio de la de la depresión, asimismo, la depresión estaría relacionado con el tamaño de algunas estructuras cerebrales como lo es el hipocampo, la amígdala y la corteza pre frontal, en la relación con la depresión se vincula con la disminución de las monoaminas, y otros transmisores como ácido amino y butírico, y el glutamato (Diaz y Gonzáles, 2012).

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Disminuir la sintomatología depresiva mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual para lograr que la paciente se desenvuelva de manera funcional en los aspectos personales, familiares, académicos y laborales.

1.3.2 Objetivos específicos

- Modificar los pensamientos automáticos tales como “si no puedo hacer una sola cosa bien, nada podré hacer más adelante”, “no puedo seguir estudiando” y “soy una inútil”, mediante la reestructuración cognitiva.
- Disminuir las respuestas fisiológicas como la tensión muscular, taquicardia e insomnio a través de las técnicas de relajación, auto instrucciones y detención del pensamiento.
- Disminuir las respuestas emocionales como la ansiedad, tristeza, sentimientos de culpa, cólera e irritabilidad a través de técnicas de relajación, aumento de actividades recreativas y físicas.
- Disminuir las conductas depresivas tales como llorar, gritar, insultar y encerrarse en su cuarto mediante la detención de los pensamientos automáticos y el aumento de actividades de agrado y ocupaciones laborales.
- Incrementar la conducta asertiva para decir no y expresar sentimientos mediante la técnica de asertividad.
- Incrementar la conducta de cuidado y arreglo personal a través de la técnica de reforzamiento positivo de la conducta de caminar e ir al GYM.
- Incrementar la conducta de salir con sus amigos a través de la planificación de actividades agradables en común.
- Instalar la conducta de practicar actividades físicas tales como caminar e ir al gym.

1.4 Justificación

Actualmente en Perú, los problemas de salud mental relacionado con la depresión son las dos enfermedades que más se atiende en consulta de psicología y psiquiatría, dentro de estos problemas de salud mental se encuentra en un número alarmante la presencia de síntomas como pensamientos negativos, sentimientos de tristeza, llanto frecuente y el aislamiento (MINSA, 2018).

Es por ello, a nivel teórico el aporte de la investigación consiste en visualizar a la depresión como el problema de salud con mayor índice de discapacidad, debido a la ausencia de profesionales capacitados y calificados para intervenir en los problemas de esta naturaleza. Es la ausencia de recursos de las personas, mitos, aspectos socioculturales y económicos que influyen en el diagnóstico, tratamiento adecuado y oportuno, teniendo en cuenta la terapia cognitiva conductual cuenta desde sus inicios con una sólida base teórica de su eficacia en el tratamiento de la depresión.

A nivel práctico, la organización y sistematización de la intervención basada en las técnicas cognitivas y conductuales específicas han sido adaptadas para el caso único, pues cada usuario a aun teniendo el mismo diagnóstico, características similares de evolución e indicadores, no tienen el mismo manejo, tal es así que, la terapia cognitiva conductual permite la flexibilidad en el uso de sus técnicas.

A nivel metodológico, al aplicar un programa de intervención basado en la terapia cognitiva conductual, que permita posteriormente ser puesta en práctica en los distintos establecimientos o centros donde se presta servicio para el tratamiento de la depresión, de esta manera recuperar la calidad de vida de la persona y el desempeño en su ámbito personal, familiar, laboral y social.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

Se buscó que la intervención psicológica desde la terapia cognitiva conductual en el presente estudio de caso, reduzca el patrón de respuestas depresivas, mejorando la calidad de vida de la paciente, asimismo modificar las creencias irracionales por otras racionales, también disminuir las respuestas motoras de escape y evitación frente a las situaciones amenazantes e incrementar los niveles de autoestima, de esta manera aportar a futuros estudios de caso debido a su afectividad en casos similares.

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo y diseño de Investigación

La investigación es de tipo aplicada, debido a que el estudio tiene por objetivo resolver un determinado problema o planteamiento específico, enfocándose en la búsqueda y consolidación del conocimiento para su aplicación y, por ende, para el enriquecimiento del desarrollo científico (Hernández et al., 2008).

El diseño es experimental, debido a que la información deriva en su totalidad de intencionalidad de la propuesta científica dirigida a crear el fenómeno mismo a investigar, con la intervención del observador para obtener conclusiones. Este tipo de investigación se conoce como ensayo clínico o de tipo experimental en caso se base en el análisis de parámetros de pacientes (Muntané, 2010).

Asimismo, se trata de un estudio de caso único: diseño tipo ABA (Castro, 1997), debido a que es el más usado por los psicólogos clínicos con especialidad en terapia conductual-cognitivo en la terapia individual para el control de los efectos del tratamiento de sesión a sesión en cada consulta.

2.2 Ámbito temporal y espacial

La intervención fue conformada por 18 sesiones, duró por un periodo de 4 meses que comprendieron entre los meses de julio hasta octubre, las sesiones de intervención se realizaron con una frecuencia de una vez por semana, cada sesión tuvo una duración entre 45 a 60 min. Dichas sesiones se realizaron en el consultorio del Centro de Salud Virgen Del Carmen La Era, ubicado en el Distrito de Lurigancho.

2.3 Variables de Investigación

Variable independiente: Terapia cognitiva conductual

Definición conceptual

Puerta y Padilla (2011) señalan que la Terapia Cognitivo Conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, se basa en lograr que el paciente modifique sus pensamientos, conductas, emociones y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más funcionales para hacer frente a sus problemas. Se encuentra conformada por técnicas e intervenciones estructuradas que se ponen en práctica luego de una evaluación de la sintomatología del paciente.

Definición operacional

Intervenciones del tratamiento cognitivo conductual para la sintomatología depresiva consta de 17 sesiones, se desarrolló en 5 meses, distribuidas en 1 sesión por semana, con una duración de 60 minutos.

Las técnicas empleadas para el programa de intervención cognitivo conductual para la sintomatología depresiva consistieron en:

Reestructuración Cognitiva – TREC

Se aplicó esta estrategia cognitiva para identificar, debatir y modificar las creencias irracionales y/o pensamientos automáticos de sí mismo, de los demás y del futuro para eliminar las creencias irracionales de la paciente.

Reforzamiento Positivo

Se aplicó esta técnica conductual para aumentar o mantener las conductas adaptativa o agradable de la paciente.

Auto instrucciones

Es una técnica que permite la modificación o sustitución de las auto verbalizaciones internas que la paciente utiliza antes, durante y después de enfrentarse a una situación aversiva, por otras verbalizaciones más adaptativa.

Relajación progresiva de Jacobson

Esta técnica consiste básicamente en tensar y relajar distintos grupos musculares. Esta técnica se basa en que los pensamientos y comportamientos asociados al estrés provocan tensiones musculares. Con esta técnica se busca que la paciente pueda controlar las respuestas fisiológicas en las situaciones que le generan ansiedad.

Detención del pensamiento

La técnica debe ser empleada en la presencia de los síntomas que lleven a la creación de pensamientos desagradables y constantes. Dicha técnica busca que la paciente pueda hacer uso de ella en las situaciones que se presentan aquellos pensamientos que le generan malestar.

El moldeamiento

Se refiere al reforzamiento de los pequeños pasos o aproximaciones que conducen a la conducta meta, el reforzamiento comienza al emplearlas al inicio de las aproximaciones sucesivas de las conductas que llevan a lograr la conducta objetivo.

Técnica de agrado y dominio

Esta técnica se basa en que la paciente elige actividades agradables que desearía hacer y que por su sintomatología no las realiza, considerándose la sensación de alcanzar un objetivo y el sentimiento de agrado por haberlo hecho, a su vez se identifica y modifica las cogniciones negativas y por último los pacientes observan los cambios en su estado de ánimo con una escala de dominio y agrado que puede ser del 0 a 10.

Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales

Se centra en aprender a expresar y comunicar sus sentimientos, a defender sus derechos e intereses de manera asertiva y a aprender habilidades en conversación que le permite iniciar, mantener y terminar una conversación apropiada.

Variable dependiente: Depresión**Definición conceptual**

Beck (1983) señala que la depresión es principalmente un trastorno del pensamiento más que del estado de ánimo, caracterizado por pensamientos negativos acerca de sí mismo, la situación y el futuro, que conforman la triada cognitiva. Según Beck las atribuciones de los individuos deprimidos serán personales; es decir las personas deprimidas se culparán así mismas por cualquier cosa mala que suceda, y cuando suceda algo bueno lo atribuyen a la suerte.

Definición operacional

La sintomatología depresiva en la paciente se exterioriza después de estar en contacto con situaciones estresantes como las críticas del docente en la clase del instituto, con palabras tales como: “puedes mejorar para la próxima”, “te hace falta prestar mayor atención a los detalles” frente a estos estímulos experimenta sensación de tristeza, desánimo, cólera, fatiga, llora con frecuencia y pensamientos distorsionados de tipo polarizado: “no sirvo para el estudio”, “soy una inútil”, filtraje: “no puedo resistir”, “es terrible lo que me ocurre”, sobre generalizado: “siempre me sale mal”, “nada bueno puedo hacer”. De parte de su mamá recibe mensajes que menoscaban su autoestima, tales como: “no haces nada”, “todo el día te pasas en la cama”, “haz algo por tu vida”, frente a ello experimenta sensación de tristeza, desánimo, cólera consigo misma, pensamientos de tipo sobre generalizado: “nadie me entiende”, “siempre soy la que hace las cosas del hogar”. Al finalizar el mes discute con su papá debido al incumplimiento de la pensión del instituto, por lo que experimenta, frustración, tristeza, pensamientos de tipo sobre generalizado: “siempre me falla”, “nunca me presta atención”, filtraje: “soy una deudora”.

2.4 Participante

Se trata de una paciente de sexo femenino de 21 años de edad, de estado civil soltera, vive con sus padres y un hermano menor en el Distrito de Lurigancho, de la Provincia de Lima. En la actualidad está estudiando en un instituto técnico la carrera de maquillaje profesional. La

paciente fue seleccionada debido a que acude por voluntad propia mostrando sintomatologías que se relacionan con la depresión.

2.5 Técnicas e instrumentos

2.5.1 Técnicas

En el presente estudio de caso se utilizaron las siguientes técnicas:

- Entrevista: La entrevista se realizó al inicio de la sesión, la misma que estuvo caracterizada por ser dirigida semiestructurada.
- Observación: La observación se desarrolló en cada sesión, como al inicio para identificar la manifestación tanto de los síntomas referidos por la usuaria y signos que se pueda visualizar.

2.5.2 Instrumentos

En el estudio de caso se utilizaron 5 instrumentos de uso psicológico, las cuales se detallan a continuación:

Inventario de Depresión de Beck - BDI

Beck, Rush, Shaw y Emery en el año de 1979 construyen esta escala formada por 21 ítems de alternativa múltiple, relacionados con síntomas depresivos. En el 2011 se realizó la adaptación española por Saenz, Vallar y Hernandez. Cada ítem tiene cuatro oraciones ordenadas en grado de gravedad en una escala de 0 a 3, la persona debe señalar la frase que mejor describe sus sentimientos durante los últimos 14 días. La puntuación total del inventario oscila entre 0 y 63. Donde de 0 a 10 es no depresión, de 11 a 20 es depresión leve, de 21 a 30 es depresión moderada y de 31 a más es depresión grave. El coeficiente de fiabilidad test-retest se encuentra en un rango que va desde 0,65 a 0,72, según la revisión realizada por el autor.

Inventario de Ansiedad de Beck – BAI

Beck, Brown, Epstein y Steer en el año de 1988 crearon el inventario de Ansiedad BAI, este instrumento consta de 21 ítems, en el que la persona debe señalar en una escala de 0 a 3 el

grado de molestia que le ha provocado experimentar cada síntoma de ansiedad señalado. La puntuación mínima en este inventario es de 0 lo que indica NADA y la máxima es 3 lo que indica ABSOLUTO, siendo 63 la puntuación máxima. La misma que se califica de 0 a 10 es ausencia de ansiedad, de 11 a 20 es Ansiedad leve, de 21 a 30 es Ansiedad moderada y de 31 a más es Ansiedad grave. de 0 a 10 El coeficiente de fiabilidad test-retest de este inventario es de 0,75 y el de consistencia interna es de 0,92.

Escala de Autoestima de Rosenberg

La Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) fue validada para adolescentes peruanos por Ventura-León, Caycho-Rodriguez, Barboza-Palomino y Salas en el año 2018. Se utilizó un solo factor global, ya que el análisis factorial confirmatorio sugirió la presencia de un solo factor a saber, la autoestima. La escala está compuesta por 10 ítems con opciones de respuesta tipo Likert, donde 1 equivale a “muy en desacuerdo”, 2 a “en desacuerdo”, 3 a “de acuerdo”, y 4 a “muy de acuerdo”. Se califica teniendo en consideración que de 30 a 40 puntos es Autoestima elevada, de 26 a 29 puntos es Autoestima media y menos de 25 puntos es Autoestima baja. La escala es válida (CFI = .967, AIC = - 96.75 y RMSEA = .038) y confiable (coeficiente H > .80).

Cuestionario de Análisis Clínico

El Cuestionario de Análisis Clínico fue elaborado por Krug, fue adaptado al español por TEA EDICIONES, está compuesto por 144 elementos y cada elemento tiene tres alternativas de respuesta (A, B y C). cada respuesta puede recibir 2, 1 o 0 puntos, y la puntuación de cada elemento contribuye a una sola escala. La puntuación máxima en cualquiera de las escalas D1 a PS es de 24 puntos. Las puntuaciones bajas de 1 a 3 hacen notar que la presencia de conductas no es inadecuada, las puntuaciones medias de 4 a 7 hacen notar que existe un equilibrio en la conducta y las puntuaciones altas de 8 a 10 son indicadores elevados del perfil clínico. En cuanto a la fiabilidad D1 0,49; D2 0,50; D3 0,16; D4 0,54; D5 0,64; D6 0,72; D7 0,45; Pa 0,42;

Pp 0,42; Sc 0,51; As 0,44 y Ps 0,67. En cuanto a la validez D1 0,68; D2 0,64; D3 0,09; D4 0,53; D5 0,72; D6 0,54; D7 0,48; Pa 0,54; Pp 0,32; Sc 0,62; As 0,40 y Ps 0,72.

Registro de Opiniones de Ellis Adaptado por Davis, Mckay y Eshelman

El Registro de Opiniones fue creado por Ellis en el año 1968, fue adaptado al español en el año 1987 por Davis, Mckay y Eshelman. Se aplica a partir de 15 años en adelante. Está compuesta por 10 escalas que evalúan 10 creencias irracionales. Conformada por 60 items con respuestas dicotómicas de verdadero (V) y falso (F), el cual se puntúa de 0 a 1 para cada item. Tanto la fiabilidad y validez han sido sometidas por diversos autores y han reportados indicadores aceptables para su uso.

2.5.3 Evaluación Psicológica

Observación Psicológica

Paciente joven de sexo femenino de 21 años de edad, presenta un desarrollo físico correspondiente a su edad cronológica, muestra descuido y desaliño personal, mide aproximadamente 154 cm y pesa 47 kilos, de contextura delgada, de tez trigueña, cabello negro, largo y lacio, asimismo, es necesario referir que su rostro denota tristeza y al alrededor de los ojos presenta ojeras.

Durante la entrevista presentaba signos de ansiedad tales como: intranquilidad, movimiento de las piernas, llanto frecuente; en cuanto a su actitud, se muestra colaboradora, por momentos baja el tono de voz al hablar, se muestra orientada en tiempo, espacio y persona.

Referente a al lenguaje, es fluido, claro y coherente, memoria conservada a corto, mediano y largo plazo, mostrando intranquilidad y preocupación cuando menciona “nada me sale como quisiera”, “no sirvo para estas cosas”, “nadie me entiende”, etc. Evidencia contenido y curso de pensamiento adecuado y la comprensión de las indicaciones al desarrollar las pruebas psicológicas.

Motivo de consulta

La examinada acude al servicio de psicología refiriendo “necesito ayuda, tengo depresión, me siento triste, no tengo ganas de hacer nada, me paso llorando todo el día, no puedo dormir, no sé si seguir estudiando, porque siento que no puedo continuar”, la paciente llora y a la vez expresa: “siento que no puedo hacer nada”, “nadie me entiende”, “todo me sale mal”. Geraldine, menciona que la evaluación del profesor en el instituto es la que la hizo sentir peor, se siente desmotivada, se queda en casa todo el tiempo, prefiriendo estar sola.

Descripción actual del problema

Geraldine, hace 4 meses comenzó a estudiar maquillaje profesional, cada vez que va a ser evaluada sobre su desempeño comienza a experimentar: ansiedad (9/10), temblor de manos (6/10), sudoración en manos y frente (8/10), sentimientos de inseguridad (10/10), temor (9/10), tristeza (10/10) y desconfianza consigo misma (10/10), frente a la crítica del profesor piensa: “si no puedo hacer una sola cosa bien, nada podré hacer más adelante”, “no puedo seguir estudiando” y “soy una inútil”. Estos pensamientos se presentan cada vez que Geraldine recibe críticas o escucha comentarios respecto a su desempeño, frente a los señalado. Al retornar a casa se pone a llorar, gritando que no volverá ir al instituto. Hace hincapié que se exige para que las cosas le salgan bien, auto percibiéndose como muy detallista y perfeccionista.

Otra situación en donde experimenta síntomas depresivos, son los fines de mes, ya que en esas fechas tiene que realizar el pago de la pensión del instituto donde estudia, para cual su papá le prometió cubrir el costo, sin embargo al llegar el fin de mes no recibe el apoyo económico y es donde comienza a experimentar sensación de ansiedad (9/10), impotencia (10/10), tristeza (10/10) y frustración (9/10), respecto a la situación piensa: “mi papá nunca me apoya” “mi papá siempre gasta su dinero solo con su otra familia”, “no vale la pena seguir esforzándome” y en la mayoría de la veces que recuerda esta necesidad económica y su situación familiar, empieza a llorar.

Cuando se encuentra en casa sola, durante el día, experimenta sensación de irritabilidad, aburrimiento, desgano, cansancio frente a las actividades del hogar como cocinar, lavar, barrer, limpiar y acomodar las cosas, por lo que el mayor tiempo que está en casa, suele dormir y en otras oportunidades llora debido a la situación por la que está pasando, a esto se suman las discusiones que tienen con su mamá, ella le llama la atención diciéndole: “hasta qué hora vas a seguir durmiendo, acaso no hay nada que hacer en la casa, ni siquiera para que desayunes te levantas”, ante lo cual Geraldine piensa: “nadie me entiende”, “no le importo a nadie”.

Desarrollo cronológico del problema

A la edad de 14 años sufrió un hecho de abuso sexual, en una fiesta de una amiga que se organizó en la casa de un amigo en común, donde recuerda haber probado un vaso con refresco y después de eso ya no fue consciente de lo que pasó, y solo refiere que amaneció en un descampado. Al darse cuenta de su situación, experimentó sensación de miedo, ansiedad, temor, tristeza, lloraba desconsoladamente, sin tener mucha consciencia y control de su cuerpo, es entonces que pide ayuda a algunos pobladores de la zona, quienes llamaron a sus padres, y luego acudieron a su ayuda. Desde lo sucedido comienza experimentar sensación de asco y suciedad por lo cual se bañaba a cada momento aproximadamente entre 6 a 8 veces por día, lloraba y comenzó a cambiar sus hábitos de sueño y alimentación. Después del hecho, los padres y Geraldine acudieron a realizar la denuncia en la comisaría más cercana, siguieron el proceso de la denuncia y Geraldine fue sometida al proceso de evaluación que corresponde al área de Medicina Legal del Ministerio Público, quienes confirmaron el hecho del abuso sexual.

A los 15 años, después de esta experiencia refiere que comenzó a aislarse, no tenía amigos, no confiaba en las personas, sobre todo de las mujeres, ya que creía que su amiga “algo que ver” con lo que sucedió. Asimismo, comenta que tenía mucho miedo a continuar con sus estudios, por lo que faltaba mucho a clases, aun así, logró aprobar el año, ante lo cual refiere: “me regalaron el 5to año”. A raíz de esto piensa que ahora le es difícil comenzar a estudiar

además porque le genera mucha ansiedad el estar acompañada de varias personas. Desde entonces Geraldine comenzó a descuidarse en su apariencia, no le gustaba que le miren el cuerpo y experimentaba sensación de asco y suciedad cuando tenía la sensación que los demás lo hacían.

A los 16 años fue testigo de la separación de sus padres, frente a ello, experimenta tristeza, llora con frecuencia y comienza a tener distanciamiento del papá.

Historia Personal

– Desarrollo inicial

Cuando la madre salió embarazada de Geraldine, recibieron la noticia con alegría, pues fue la primera hija, el embarazo se desarrolló con normalidad al igual que el parto.

El desarrollo psicomotor de la evaluada estuvo acorde a su edad, sostiene que no presentó mayor complicación en cuanto a su salud.

– Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia

Geraldine refiere: que no tenía muchos amigos, era “muy tranquila”, no recuerda que haya sido llamada la atención por portarse mal. Cuando la molestaban en el colegio sus compañeros, solía regresar a casa y a veces se ponía a llorar, pero nunca contaba sus problemas a su mamá o papá.

– Actitudes de la familia

Los padres de Geraldine no empleaban castigos físicos, le llamaban la atención y aceptaban sus disculpas cuando cometía algún error, aunque no era muy frecuente las llamadas de atención.

– Educación

Estudio por 2 años la inicial en una cuna cerca a su casa, tanto la primaria como la secundaria la realizó en la misma institución educativa que quedaba cerca a su casa. El rendimiento académico que mantuvo en toda la época estudiantil era promedio, hasta que el

último año de secundaria tuvo una disminución en su rendimiento debido a la mala experiencia que pasó. En la actualidad, hace 4 meses, comenzó a estudiar maquillaje profesional en un Instituto Técnico, el cual le va de manera regular, ya que considera que todo es nuevo para ella y a veces piensa “que no sirve para el estudio” cuando no le sale como quisiera.

– Historia Familiar

Tabla 2

Historia familiar

Parentesco	Nombre	Edad	Grado instrucción	Ocupación
Padre	Fernando	50	Secundaria	Negociante
Madre	Fraxide	45	Secundaria	Ama de casa
Hermano	Josué	7	Primaria	Estudiante

Geraldine cuenta con una familia constituida por ambos padres y un hermano menor.

Padre: En la actualidad mantiene una relación distante, debido a que está separado de su mamá desde el año 2016, y tiene otra familia, pero siguen viviendo bajo el mismo techo, junto a su mamá en habitaciones distintas. Mientras que la nueva pareja de su papá trata de hacer la “vida imposible”, siempre está comentando cosas falsas a su papá y por eso también tienen discusiones con su papá.

Madre: mantiene una relación adecuada, es con quien mejor se comunica y se ponen de acuerdo para las actividades del hogar. Actualmente no mantiene ninguna relación sentimental con alguien ya que se dedica a las labores de casa y a trabajar en casa de su hermana cuidando a un sobrino de 3 años.

Hermano: mantiene una relación adecuada debido a que es quien le acompaña cuando está triste y le acompaña cuando tiene que salir a la calle.

2.5.4 Evaluación Psicométrica

Informe del Registro de Opiniones Forma A

1. Datos de filiación

Apellidos y nombres : Geraldine F.H.

Edad :21 años

Fecha de evaluación : 25-11-2020

Psicólogo : Elí Yánac Cierto

Fecha de del informe : 15-12-2020

2. Motivo de evaluación

Evaluación de creencias irracionales.

3. Técnicas e instrumentos aplicados

Entrevista psicológica.

Registro de Opiniones Forma A de Ellis (adaptado por Davis, Mckay y Eshelman).

4. Resultados

5. Análisis cuantitativo:

Tabla 3

Resultados de Registro de Opiniones de Ellis

Escala	Creencias irracionales	Puntaje	Diagnóstico
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno	8	Irracional
B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.	9	Irracional
C	Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.	3	Racional
D	Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.	9	Irracional
E	La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos	6	Irracional
F	Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando	9	Irracional

Análisis cualitativo:

Geraldine, busca denodadamente el reconocimiento y la aprobación de los demás, por eso siempre está pendiente de lo que de los demás piensan de ella y trata de complacer a las personas, le cuesta expresar lo que piensa y lo que siente, prefiere callar y reprimirse, antes que dar una opinión contraria o cuestionadora. Generalmente su comportamiento obedece al esquema de pensamiento **“Es necesario ser querida y aprobada por los demás”**.

Se percibe perfeccionista y compulsiva en algunas situaciones como en el estudio, no se admite a sí misma fallar, equivocarse, o no alcanzar la meta, todo ello se debe a que mantiene un esquema de pensamiento **“Debo ser la primera y si hago algo, lo debo hacer bien”**.

Cuando las cosas no le salen como ella lo espera, no están a su gusto o no obtiene los resultados programados, tiende a irritarse y experimentar cólera, la misma que reprime frente a personas de su entorno para no dar una mala impresión, esta emoción está presente debido a que su pensamiento gira en torno a **“Es terrible y no puedo soportar que la gente o las cosas no sean como me gustaría que fueran”**.

La examinada no diferencia claramente la causalidad de sus problemas emocionales, como la ansiedad, la tristeza, la cólera, la irritabilidad, el desgano o la los problemas de sueño, atribuye a los acontecimientos externos o a otras personas, no a ella misma, por la tanto, no tiene control de cómo se siente o cómo se sentirá en el futuro, debido a que mantiene el esquema de pensamiento **“La infelicidad de las personas depende de lo que hagan los demás, no de uno mismo”**

Considera que si algo afectó alguna vez su vida siempre seguirá afectándola, es decir, no lo olvida ni supera fácilmente, le quedará como una gran “huella” negativa, lo que recordará y se lamentará de ello, debido a que el esquema de pensamiento que mantiene es **“El pasado siempre afectará mi vida”**.

6. Conclusiones

Geraldine, se desenvuelve en sus actividades cotidianas poniendo en práctica las siguientes creencias irracionales:

“Es necesario ser querida y aprobada por los demás”.

“Debo ser la primera y si hago algo, lo debo hacer bien”.

“Es terrible y no puedo soportar que la gente o las cosas no sean como me gustaría que fueran”.

“La infelicidad de las personas depende de lo que hagan los demás, no de uno mismo”

“El pasado siempre afectará mi vida”.

7. Recomendaciones

Aprendizaje de estrategias para el manejo emocional a través de la técnica de reestructuración cognitiva de los esquemas de pensamiento:

“Es necesario ser querida y aprobada por los demás”.

“Debo ser la primera y si hago algo, lo debo hacer bien”.

“Es terrible y no puedo soportar que la gente o las cosas no sean como me gustaría que fueran”.

“La infelicidad de las personas depende de lo que hagan los demás, no de uno mismo”

“El pasado siempre afectará mi vida”.

Informe del Inventario de Depresión de Beck

1. Datos de filiación

Apellidos y nombres : Geraldine F.H.

Edad :21 años

Fecha de evaluación : 27-11-2020

Psicólogo : Elí Yánac Cierto

Fecha de del informe : 15-12-2020

2. Motivo de evaluación

Evaluación de depresión.

3. Técnicas e instrumentos aplicados

Entrevista psicológica.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2).

4. Resultados

Análisis cuantitativo:

Tabla 4

Resultados del Inventario de Depresión de Beck

Variable	Puntaje directo	Categoría
Depresión	43	Depresión severa

Análisis cualitativo:

Geraldine, experimenta sintomatologías que están relacionadas a la depresión frente las cosas que no le salen como ella quisiera y cuando recibe críticas de otros sobre su desempeño, los síntomas se caracterizan por presentar sentimientos de tristeza, culpa, pesimismo, fracaso, disconformidad con ella misma, autocrítica, llanto, desvalorización, pérdida de interés por las actividades cotidianas.

Los cambios han afectado en sus hábitos de sueño, irritabilidad, dificultades de concentración, cansancio, fatiga y alimentación; come menos de lo que solía hacerlo.

En general presenta sentimientos de tristeza, desesperanza, visión negativa y sombría de la realidad, tendencia al llanto, ira o frustración que interfieren con su vida diaria.

5. Conclusiones

Geraldine, se encuentra atravesando por una depresión severa que le genera sensación incapacitante para desenvolverse en las actividades cotidianas en el hogar, en el trabajo y en el estudio, caracterizados por síntomas de:

Sentimientos de tristeza.

Sentimiento de culpa.

Pesimismo.

Sentimiento de fracaso.

Disconformidad con ella misma.

Autocrítica.

Desvalorización consigo misma.

Desesperanza.

Visión negativa y sombría de la realidad.

Tendencia al llanto.

Ira o frustración que interfieren con su vida diaria.

Pérdida de interés por las actividades cotidianas.

6. Recomendaciones

Aprendizaje de estrategias para el manejo emocional y activación conductual a través de las auto instrucciones y detención de pensamiento para superar los:

Sentimientos de tristeza.

Sentimiento de culpa.

Pesimismo.

Sentimiento de fracaso.

Disconformidad con ella misma.

Autocrítica.

Desvalorización consigo misma.

Desesperanza.

Visión negativa y sombría de la realidad.

Tendencia al llanto.

Ira o frustración que interfieren con su vida diaria.

Pérdida de interés por las actividades cotidianas.

Informe del Inventario de Ansiedad de Beck

1. Datos de filiación

Apellidos y nombres : Geraldine F.H.

Edad :21 años

Fecha de evaluación : 27-11-2020

Psicólogo : Elí Yánac Cierto

Fecha de del informe : 15-12-2020

2. Motivo de evaluación

Evaluación de Ansiedad.

3. Técnicas e instrumentos aplicados

Entrevista psicológica.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

4. Resultados

Análisis cuantitativo:

Tabla 5

Resultados del Inventario de Ansiedad de Beck

Variable	Puntaje directo	Categoría
Ansiedad	38	Ansiedad grave

Análisis cualitativo:

Geraldine, experimenta sintomatología ansiosa en situaciones estresantes como presentar un trabajo académico, cuando tiene que expresar sus ideas o cuando tiene que dar su punto de vista al no estar de acuerdo con la opinión de los demás, la manifestación de la sintomatología se caracteriza por presentar sensación de ahogo, palpitaciones en el pecho, miedo a que suceda lo peor, sensación de calor, sudoración en la frente y manos.

Dichos síntomas ocasionan que evite las situaciones o experiencias que generan ansiedad, sobre todo, las situaciones que están relacionadas con la evaluación o donde debe demostrar su habilidad en maquillaje profesional.

5. Conclusiones

Geraldine, experimenta ansiedad grave, frente a situaciones donde ella es objeto de evaluación, la ansiedad está caracterizada por las siguientes sintomatologías:

Sensación de ahogo

Palpitaciones en el pecho.

Miedo a que suceda lo peor.

Sensación de calor.

Sudoración en la frente y las manos.

6. Recomendaciones

Aprendizaje de estrategias para controlar y disminuir las sintomatologías de la ansiedad mediante la técnica de relajación progresiva, los siguientes síntomas:

Sensación de ahogo

Palpitaciones en el pecho.

Miedo a que suceda lo peor.

Sensación de calor.

Sudoración en la frente y las manos.

Informe del Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ)

1. Datos de filiación

Apellidos y nombres : Geraldine F.H.

Edad :21 años

Fecha de evaluación : 03-12-2020

Psicólogo : Elí Yánac Cierto

Fecha de del informe : 15-12-2020

2. Motivo de evaluación

Evaluación de la personalidad.

3. Técnicas e instrumentos aplicados

Entrevista psicológica.

Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ)

4. Resultados

Análisis cuantitativo:

Tabla 6

Resultados del Cuestionario de Análisis Clínico

Escala	Decatipo
Hipocondriasis	8
Depresión suicida	9
Agitación	7
Depresión ansiosa	8
Depresión baja energía	7
Culpabilidad resentimiento	6
Apatía retirada	9
Paranoia	8
Desviación psicopática	4
Esquizofrenia	9
Psicastenia	7
Desajuste psicológico	7

Análisis cualitativo:

Las respuestas dadas por Geraldine a los elementos de la escala de validez (3) son normales y, por tanto, no aparecen indicios de que haya intentado dar una imagen de sí distorsionada. En consecuencia, puede considerarse que se ha contestado al cuestionario con un grado de sinceridad normal.

En la escala de desajuste general, las puntuaciones muestran una estructura de la personalidad muy inestable y desajustada, esto revela la presencia de sintomatología ansiosas y depresivas.

Geraldine presenta las siguientes características de acuerdo a las puntuaciones obtenidas en cada escala:

Hipocondriasis (9): Muestra una elevada preocupación por su salud y por la posible alteración de las funciones de su cuerpo. Cree que sus nervios están a punto de estallar y se siente peor de salud que los demás. Tiende a considerar que padece todas las enfermedades de las que oye hablar y presta atención exagerada a todos los síntomas que percibe. Puede quejarse de dolores y malestares que son difíciles de identificar y llegar a sentirse triste por su estado de salud, aunque no tenga causa objetiva para ello. Es característica su inmadurez para enfrentarse a sus problemas de forma adulta.

Depresión suicida (8): presenta sentimientos de insatisfacción y disgusto con la vida, que puede vivirse como vacía y carente de sentido o propósito. Pueden aparecer también fobias o temores ilógicos a situaciones o cosas sin importancia.

Apatía-retirada (9): Geraldine es una persona introvertida, que evita el contacto con los demás y que no se halla a gusto en las relaciones interpersonales. Tiende a aislarse y a sentirse más cómoda cuando está sola.

Paranoia (8): presenta tendencias paranoicas lo que significa declaraciones de recelo, sensación de injusticia y persecución, celos con respecto a otros, suspicacia y susceptibilidad exagerada.

Esquizofrenia (7): indica un contacto normal con la realidad, sin que se aprecien síntomas de desconexión o de sufrir impulsos repentinos e incontrolables.

Desajuste psicológico (7): no muestran síntomas de excesiva timidez o sentimientos de inferioridad, pero tampoco una autoconfianza total y exagerada.

5. Conclusiones

Geraldine, experimenta una preocupación excesiva por su salud, y por las posibles alteraciones de su cuerpo; como también presenta insatisfacción con la vida, se caracteriza por ser introvertida, prefiere estar sola, se aleja del entorno, con algunos temores o miedos injustificados y falta de confianza en sí misma.

Presenta características de patologías en cuanto a la personalidad:

Hipocondriasis.

Depresión suicida.

Apatía-retirada.

Paranoia.

Esquizofrenia.

Desajuste psicológico.

Recomendaciones

Aprendizaje de estrategias cognitivas conductuales para lograr el control y manejo emocional en situaciones que comprometan su estructura de personalidad mediante la técnica de la reestructuración cognitiva para:

Hipocondriasis.

Depresión suicida.

Apatía-retirada.

Paranoia.

Esquizofrenia.

Desajuste psicológico.

Informe de la Escala de Autoestima de Rosenberg

1. Datos de filiación

Apellidos y nombres : Geraldine F.H.

Edad :21 años
 Fecha de evaluación : 03-12-2020
 Psicólogo : Elí Yánac Cierto
 Fecha de del informe : 15-12-2020

2. Motivo de evaluación

Evaluación de la Autoestima.

3. Técnicas e instrumentos aplicados

Entrevista psicológica.

Escala de Autoestima de Rosenberg

4. Resultados

Análisis cuantitativo:

Tabla 7

Resultados de la Escala de Autoestima de Rosenbeerg

Variable	Puntaje	Categoría diagnóstica
Autoestima	16	Autoestima baja

Análisis cualitativo:

Geraldine, presenta sentimientos de insatisfacción consigo misma, esto debido a que siente que es una persona que no es digna de aprecio, tiene dificultades para reconocer sus cualidades, considera que las cosas las hace mal y la actitud hacia ella misma es negativa.

Los puntajes obtenidos en la escala colocan a Geraldine con una Autoestima baja.

5. Conclusiones

Geraldine, experimenta sentimientos de insatisfacción consigo misma.

Presenta características de baja autoestima:

No es digna de aprecio.

Tiene dificultades para reconocer sus cualidades.

Considera que las cosas las hace mal.

La actitud hacia ella misma es negativa.

6. Recomendaciones

Aprendizaje de estrategias cognitivas conductuales para mejorar la estima sobre sí misma y disminuir la percepción mediante la técnica de reestructuración cognitivo para:

No es digna de aprecio.

Tiene dificultades para reconocer sus cualidades.

Considera que las cosas las hace mal.

La actitud hacia ella misma es negativa.

Tabla 8

Registro de frecuencia de pensamientos, línea base

Pensamientos negativos	L	M	M	J	V	S	D	ToT
“sí no puedo hacer una sola cosa bien, nada podré hacer más adelante”	3	1	2	3	1	1	0	11
“no puedo seguir estudiando”	4	3	4	4	3	3	3	24
“soy una inútil”	5	4	4	5	5	6	3	32
“mi papá nunca me apoya”	1	0	2	0	1	2	0	6
“mi papá siempre gasta su dinero solo con su otra familia”	4	3	5	3	2	3	2	22
“no vale la pena seguir esforzándome”	3	2	3	4	4	5	2	23
“nadie me entiende”	6	4	4	3	5	4	3	29
“no le importo a nadie”.	4	3	3	2	2	3	4	21

Tabla 9

Registro de intensidad de emociones, línea base

Emociones negativas	L	M	M	J	V	S	D	Prom
Ansiedad cuando se siente evaluada por los demás (0-10).	8	8	9	9	8	8	9	8
Sentimiento de culpa cuando recuerda el abuso (1-10).	9	10	10	9	9	7	7	9
Tristeza cada vez que discute o recibe críticas (0-10).	10	10	9	9	9	9	9	9
Cólera cada vez que discute o recibe críticas (0-10).	10	10	10	9	9	9	9	9
Irritabilidad cada vez que discute o recibe críticas (0-10)	8	8	9	9	8	9	8	8

Tabla 10*Registro de frecuencia de conducta, línea base*

Conductas negativas	L	M	M	J	V	S	D	ToT
Gritar a solas cuando recibe críticas	3	2	4	3	4	2	1	19
Insulta a sus padres al discutir con ellos	1	0	0	1	0	1	0	3
Llora cada vez que discute o recibe críticas	1	1	1	0	1	0	1	5
Encerrarse en su cuarto cada vez que discute con los padres o recibe críticas	1	1	1	1	1	1	1	7
Asertividad para decir no y expresar sentimientos	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuidado y arreglo de la apariencia personal	1	0	0	0	0	1	0	2
Salir con amigos	0	0	0	0	0	0	0	0
Practicar actividades físicas: caminar e ir al GYM	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 11*Registro de intensidad de respuesta fisiológica, línea base*

Respuestas fisiológicas	L	M	M	J	V	S	D	Prom
Tensión muscular (1-10)	9	0	9	0	9	0	0	9
Taquicardia (0-10)	8	9	0	0	7	0	0	8
Insomnio (0-10)	7	7	7	7	7	7	7	7

2.5.5 Informe psicológico integrado

1. Datos de filiación

Apellidos y nombres : Geraldine F.H.

Edad :21 años

Fechas de evaluación : 25-11-2020 / 27-11-2020 / 03-12-2020

Psicólogo : Elí Yánac Cierto

Fecha de del informe : 15-12-2020

2. Motivo de evaluación

Evaluación del perfil psicológico.

3. Técnicas e instrumentos aplicados

Entrevista psicológica.

Observación de la conducta.

Registro de opiniones Forma A (adaptado).

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ).

Escala de Autoestima de Rosenberg.

4. Resultados

Geraldine, tienen creencias irracionales de tipo: “Es necesario ser querida y aprobada por los demás”, “Debo ser la primera y si hago algo, lo debo hacer bien”, “Es terrible y no puedo soportar que la gente o las cosas no sean como me gustaría que fueran”, “La infelicidad de las personas depende de lo que hagan los demás, no de uno mismo” y “El pasado siempre afectará mi vida”.

Por otro lado, presentas síntomas depresivos como que le imposibilitan desempeñarse con normalidad en sus actividades cotidianas: Sentimientos de tristeza, Sentimiento de culpa, Pesimismo, Sentimiento de fracaso, Disconformidad con ella misma, Autocrítica, Desvalorización consigo misma, Desesperanza, Visión negativa y sombría de la realidad, Tendencia al llanto, Ira o frustración que interfieren con su vida diaria y Pérdida de interés por las actividades cotidianas.

Asimismo, se caracteriza por tener síntomas ansiosos las cuales se manifiesta a través de: Sensación de ahogo, Palpitaciones en el pecho, Miedo a que suceda lo peor, Sensación de calor y Sudoración en la frente y las manos.

Referente a la estructura de su personalidad, se puede evidenciar algunas características con mayor tendencia a la inestabilidad: Hipocondriasis, Depresión suicida, Apatía-retirada, Paranoia, Esquizofrenia y Desajuste psicológico.

En cuanto a la autoestima, se puede evidenciar que presenta sentimientos de insatisfacción consigo misma esto debido a que siente que No es digna de aprecio, Tiene

dificultades para reconocer sus cualidades, Considera que las cosas las hace mal y La actitud hacia ella misma es negativa.

5. Diagnóstico

Diagnostico funcional

Tabla 12

Diagnóstico funcional

Exceso	Debilitamiento	Déficit
Taquicardia	Asertividad para decir no	Practicar
Tensión muscular	y expresar sentimientos.	actividades
Insomnio	Cuidado y arreglo de la	físicas: caminar e ir un GYM.
Gritar a solas cuando recibe críticas	apariciencia personal.	
Insulta a sus padres al discutir con ellos	Salir con amigos.	
Llora cada vez que discute o recibe críticas		
Encerrarse en su cuarto cada vez que discute con los padres o recibe críticas		
Sentimiento de culpa cuando recuerda el abuso		
Ansiedad cuando se siente evaluada por los demás		
Tristeza cada vez que discute o recibe críticas		
Cólera cada vez que discute o recibe críticas		
Irritabilidad cada vez que discute o recibe críticas		
Pensamientos de fracaso, culpa y minusvalía: “si no puedo hacer una sola cosa bien, nada podré hacer más adelante”, “no puedo seguir estudiando”, “soy una inútil” “no vale la pena seguir esforzándome” “nadie me entiende”, “no le importo a nadie”		

Análisis funcional

Tabla 13

Análisis funcional

Ed	O	C	Er
Externos	Variables Contextual	Motor:	Externo
1.- Al presentar un trabajo en el instituto.	Pasado: 1.- Sufrió abuso sexual en la adolescencia	1.- Gritar a solas cuando recibe críticas.	1.- La mamá la deja en cama cuando sale hacer las compras al mercado.
2.- Cuando el papá no cumple con la pensión.	2.- Cuando tenía 16 años sus padres se separaron.	2.- Insulta a sus padres al discutir con ellos.	2.- La mamá prepara la comida.
3.- Cuando la mamá la regaña cada vez que se demora en levantarse por las mañanas.	3.- La nueva familia de su padre se burlan de ella.	3.- Lloro cada vez que discute o recibe críticas.	3.- El papá no muestra interés en los problemas de la casa.
	Variable psicológica	Fisiológico:	
Internos	Personalidad:	1.- Tensión muscular.	4.- El profesor en el instituto es muy directo en su crítica: “debes estudiar más” “es algo tan fácil, debes saberlo”.
1.- Recordar la separación de sus padres.	Depresiva ansiosa	2.- Taquicardia	5.- No tiene trabajo.
2.- Recordar la violación por la que pasó.	Habilidades sociales: no tiene amistades.	3.- Insomnio.	Interno
3.- Pensar en su futuro.	Historia previa al aprendizaje	Cognitivo:	1.- Piensa: Me merezco todo este sufrimiento, por tomar malas decisiones.
	Fue abusada a los 14 años de edad por un grupo de adultos en una fiesta.	1.- Creencias de sobre generalización: “si no puedo hacer una sola cosa bien, nada podré hacer más adelante”, “nadie me entiende”, “no le importo a nadie” y “no vale la pena seguir esforzándome”.	2.- Siente alivio al quedarse en casa.
		Creencias de etiquetado “soy una inútil”	
		Emocional:	
		1.- Ansiedad cuando se siente evaluada por los demás.	
		2.- Sentimiento de culpa cuando recuerda el abuso.	
		3.- Tristeza cada vez que discute o recibe críticas.	
		4.- Cólera cada vez que discute o recibe críticas.	
		5.- Irritabilidad cada vez que discute o recibe críticas.	

Diagnóstico tradicional

De acuerdo, al CIE 10, se configura en el código de F32.1 con el nombre de Episodio Depresivo Moderado, caracterizado por síntomas tales como: pérdida de autoestima, ideas de autodesprecio, sentimiento de culpa, humor depresivo, cambio en el apetito, pérdida de interés en las actividades del día y sentimiento de inutilidad. Todos los síntomas mencionados se mantienen por más de 2 semanas.

6. Conclusiones

Geraldine, presenta las siguientes sintomatologías depresivas.

Características de una personalidad introvertida.

No es digna de aprecio.

Percepción negativa, pesimista de sí misma, de su entorno y futuro.

Pensamientos y sentimientos de culpabilidad.

La desconfianza en sí misma y la percepción intimidante del ambiente que la rodea hace que se aparte socialmente.

Presencia de niveles marcados de depresión.

Tiene dificultades para reconocer sus cualidades.

“Es necesario ser querida y aprobada por los demás”.

“Debo ser la primera y si hago algo, lo debo hacer bien”.

“Es terrible y no puedo soportar que la gente o las cosas no sean como me gustaría que fueran”.

“La infelicidad de las personas depende de lo que hagan los demás, no de uno mismo”

“El pasado siempre afectará mi vida”.

7. Recomendaciones

Participar de un programa de intervención cognitiva conductual para reducir sintomatologías depresivas, aplicando las siguientes técnicas:

Reestructuración cognitiva.

Detención de pensamiento.

Auto instrucciones.

Reforzamiento positivo.

Moldeamiento.

Técnica de agrado y dominio.

Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales.

Relajación progresiva de Jacobson.

2.6 Intervención

2.6.1 Plan de intervención y calendarización

Tabla 14

Plan de intervención y calendarización

	Fase de evaluación			Fase de tratamiento														Fase de seguimiento
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Número de sesiones	*	*	*															
Entrevista	*	*	*															
Aplicación de instrumentos		*	*															
Análisis funcional			*															
Línea base			*															
Reestructuración cognitiva				*	*	*												
Relajación progresiva					*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Detención de pensamiento							*	*	*	*	*						*	*
Auto instrucciones						*	*											
Introducción de Actividades									*	*	*	*	*	*	*			
Acuerdo asertivo											*	*						
Modelado											*	*						
Análisis FODA													*					
Reforzamiento positivo (social)													*	*	*			
Aplicación de post test																	*	
Prevención de recaídas																		*

2.6.2 Programa de intervención

Objetivos Terapéuticos

Objetivo general

Disminuir la sintomatología depresiva mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual para lograr que la paciente se desenvuelva de manera funcional en los aspectos personales, familiares, académicos y laborales.

Objetivos específicos

- Modificar los pensamientos automáticos tales como “si no puedo hacer una sola cosa bien, nada podré hacer más adelante”, “no puedo seguir estudiando” y “soy una inútil”, mediante la reestructuración cognitiva.
- Disminuir las respuestas fisiológicas como la tensión muscular, taquicardia e insomnio a través de las técnicas de relajación, auto instrucciones y detención del pensamiento.
- Disminuir las respuestas emocionales como la ansiedad, tristeza, sentimientos de culpa, cólera e irritabilidad a través de técnicas de relajación, aumento de actividades recreativas y físicas.
- Disminuir las conductas depresivas tales como llorar, gritar, insultar y encerrarse en su cuarto mediante la detención de los pensamientos automáticos y el aumento de actividades de agrado y ocupaciones laborales.
- Incrementar la conducta asertiva para decir no y expresar sentimientos mediante la técnica de asertividad.
- Incrementar la conducta de cuidado y arreglo personal a través de la técnica de reforzamiento positivo de la conducta de caminar e ir al GYM.
- Incrementar la conducta de salir con sus amigos a través de la planificación de actividades agradables en común.
- Instalar la conducta de practicar actividades físicas tales como caminar e ir al gym.

Sesiones terapéuticas

Las sesiones terapéuticas tuvieron un lineamiento cognitivo conductual, las mismas se desarrollaron por un periodo de 4 meses, con una frecuencia de una vez por semana, con una duración de entre 45 a 60 min por sesión.

Técnicas cognitivas y conductuales

Las técnicas que se emplearon para el abordaje en el presente estudio fueron las siguientes:

- Restructuración cognitiva.
- Detención de pensamiento.
- Relajación muscular progresiva de Jacobson.
- Auto instrucciones.
- Modelado.
- Acuerdo asertivo.
- Análisis FODA.
- Reforzamiento positivo de tipo social.

Actividades

En el proceso del abordaje terapéutico se desarrollaron actividades que complementaron el logro de los objetivos trazados, el cual mencionaremos a continuación:

- Salir a caminar con sus amigos en lugares agradables.
- Realizar plan de actividades semanales.
- Asistir al GYM.
- Caminar por el parque sola.
- Asistir a al Instituto.
- Visitar a su tía para ayudarla en el cuidado de su hijo.

2.7 Procedimiento

A continuación, presentamos las sesiones de intervención terapéutica llevadas a cabo con la paciente, donde se emplearon técnicas cognitivas conductuales que favorecieron a la disminución de sintomatología depresiva que perturbaban los pensamientos, las emociones y conductas.

Tabla 15

Sesión de tratamiento 1

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y actividades	Tareas asignadas
Conocer el motivo de consulta.	Entrevista Psicológica y observación de la conducta.	Paso 1: Presentación con la usuaria. Inicio de entrevista psicológica y observación conductual obteniendo información del motivo de consulta.	Se le pide completar el listado de conductas, pensamientos y actividades que se han visto afectadas.
Crear un ambiente agradable para la paciente.	Feedback. Aplicación del Registro de Opiniones Forma A (Adaptada).	Paso 2: Se realiza el consentimiento informado.	
Establecer el encuadre y la Alianza Terapéutica.		Paso 3: Identificamos los síntomas realizando el listado de problemáticas con la usuaria. Paso 4: Se explica el proceso de intervención a desarrollar en base al modelo cognitivo conductual. Paso 5: del Registro de Opiniones Forma A (Adaptada).	

Tabla 16*Sesión de tratamiento 2*

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y actividades	Tareas asignadas
Crear un clima de confianza en busca de la intervención activa de la usuaria en el tratamiento.	Entrevista Psicológica y observación de la conducta. Contrato terapéutico Feedback recíproco.	Paso 1: explicación del tratamiento, de la relación de colaboración mutua durante las sesiones. Paso 2: Se informa lo que es depresión, síntomas, causas, niveles, tratamientos.	Registro de emociones a través de intensidad SUD (0-10) Registro de frecuencia de pensamientos negativos
Recoger información empleando la historia Clínica Cognitivo conductual, elaboración de la línea base, mediante pruebas psicológicas y registro conductual.	Encuadre terapéutico. Aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI-2). Aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).	Paso 3: Se le enseña el auto registro: elaboración del listado de síntomas y su registro: intensidad, duración, frecuencia. Paso 4: Elaboración de la historia clínica. Paso 5: Aplicación del Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck.	registro de pensamientos negativos

Tabla 17*Sesión de tratamiento 3*

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y actividades	Tareas asignadas
Crear un clima de confianza en busca de la intervención activa de la usuaria en el tratamiento.	Entrevista Psicológica y observación de la conducta. Feedback.	Paso 1: explicación del tratamiento, de la relación de colaboración mutua durante las sesiones. Paso 2: Se informa lo que es depresión, síntomas, causas, niveles, tratamientos.	Registro de emociones a través de intensidad SUD (0-10)
Recoger información empleando la historia Clínica Cognitivo conductual, elaboración de la línea base, mediante pruebas psicológicas y registro conductual.	Aplicación del Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ). Escala de Autoestima de Rosenberg.	Paso 3: Se le enseña el auto registro: elaboración del listado de síntomas y su registro: intensidad, duración, frecuencia. Paso 4: Elaboración de la historia clínica. Paso 5: Aplicación del Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ) y la Escala de Autoestima de Rosenberg.	Registro de frecuencia de pensamientos negativos

A partir de la cuarta sesión corresponden a las sesiones de intervención en busca de lograr los objetivos trazados.

Tabla 18

Sesión de tratamiento 4

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y actividades	Tareas asignadas
Modificar los pensamientos negativos “si no puedo hacer una sola cosa bien, nada podré hacer más adelante”, “no puedo seguir estudiando” y “soy una inútil”.	Autoregistros. Reestructuración cognitiva	<p>Paso 1: verificar la tarea registro de síntomas, analizando y completando la línea base.</p> <p>Paso 2: Culminar el listado de conductas problema, elaborar con la paciente el diagnostico funcional: conductas problemas y pensamientos negativos identificados.</p> <p>Paso 3: se pide que la usuaria reflexione sobre: qué es una emoción y cómo ésta guarda relación con los pensamientos automáticos.</p> <p>Paso 4: Se explica sobre la medición mediante el registro de pensamientos en frecuencia.</p> <p>Paso 5: Qué son los pensamientos. Causas, aprendizaje, tipos. Medición a través de frecuencia.</p>	Registro de frecuencia de pensamientos a y registro de frecuencia de emociones a través de la frecuencia SUD (0-10)

Tabla 19*Sesión de tratamiento 5*

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y actividades	Tareas asignadas
Modificar los pensamientos negativos “si no puedo hacer una sola cosa bien, nada podré hacer más adelante”, “no puedo seguir estudiando” y “soy una inútil”.	Técnica Detención de pensamientos. Técnica de relajación muscular progresiva.	Paso 1: Se procede a revisar las tareas asignadas la sesión anterior. Paso 2: Se analiza los pensamientos automáticos y se enseña a la paciente la técnica de detención del pensamiento. Paso 3: Se prosigue con la Técnica de relajación muscular progresiva	Registrar las distorsiones cognitivas. Practicar las técnicas de relajación muscular progresiva. Practicar la técnica de detención de pensamiento.
Disminuir la ansiedad.			

Tabla 20*Sesión 6*

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y actividades	Tareas asignadas
Modificar los pensamientos negativos “si no puedo hacer una sola cosa bien, nada podré hacer más adelante”, “no puedo seguir estudiando” y “soy una inútil”.	Técnica de auto instrucciones Técnica de relajación muscular progresiva.	Paso 1: Se procede a revisar las tareas asignadas la sesión anterior. Paso 2: Se prosigue con la Técnica de relajación muscular progresiva. Paso 3: Se enseña a la paciente la técnica de auto instrucciones para modificar sus pensamientos automáticos.	Registrar las distorsiones cognitivas. Practicar las técnicas de relajación muscular progresiva. Practicar la técnica de auto instrucciones.
Disminuir la ansiedad.			

Tabla 21*Sesión de tratamiento 7*

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y actividades	Tareas asignadas
Disminuir las respuestas fisiológicas de la ansiedad, la tensión muscular, taquicardia e insomnio.	Técnica de relajación muscular progresiva. Técnica detención de pensamiento. Técnica de auto instrucciones.	Paso 1: Se procede a revisar las tareas asignadas la sesión anterior. Paso 2: Se prosigue con la Técnica de relajación muscular progresiva. Paso 3: Se aplica la técnica de detención del pensamiento. Paso 4: Se aplica la técnica de auto instrucciones.	Practicar las técnicas detención del pensamiento y respiración progresiva. Registro de actividades diarias.

Tabla 22*Sesión de tratamiento 8 y 9*

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y actividades	Tareas asignadas
Disminuir las respuestas emocionales como la ansiedad, tristeza, sentimientos de culpa, cólera e irritabilidad.	Técnica de relajación muscular progresiva. Técnica detención de pensamiento.	Paso 1: Se procede a revisar las tareas asignadas la sesión anterior. Paso 2: Realizar lista de actividades recreativas y físicas. Paso 3: Se aplica la técnica de detención de pensamiento. Paso 4: Se realiza la Técnica de relajación muscular progresiva	Registrar cada vez que realiza las actividades que le produzcan agrado (caminar e ir al GYM). Practicar las técnicas detención del pensamiento y relajación muscular progresiva cuando se enfrente a situaciones de crítica.

Tabla 23*Sesión de tratamiento 10 y 11*

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y actividades	Tareas asignadas
Disminuir las conductas depresivas tales como llorar, gritar, insultar y encerrarse en su cuarto.	Técnica de relajación muscular progresiva. Técnica detención de pensamiento.	Paso 1: Se procede a revisar las tareas asignadas la sesión anterior. Paso 2: Revisar la relación del incremento de actividades recreativas y físicas con su estado de ánimo actual. Paso 3: Se realiza la técnica de agrado/dominio mediante las actividades diarias que le generan bienestar. Paso 4: Se aplica la técnica de detención de pensamiento. Paso 5: Se realiza la Técnica de relajación muscular progresiva	Realizar y registrar de actividades semanales incluyendo actividades nuevas de su interés. Practicar la Técnicas de relajación progresiva.

Tabla 24*Sesión de tratamiento 12 y 13*

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y actividades	Tareas asignadas
Incrementar la conducta asertiva para decir no y expresar sentimientos.	Técnica de acuerdo asertivo. Técnica de relajación muscular progresiva. Técnica de Modelado.	Paso 1: Se procede a revisar las tareas asignadas la sesión anterior. Paso 2: Se aplica la técnica de asertividad para decir no y expresar sentimientos. Paso 3: Se aplica la técnica de modelado para decir no y expresar sentimientos. Paso 4: Se realiza la Técnica de relajación muscular progresiva	Programa de actividades semanales. Registro de metas personales a corto plazo elegidas y realizadas. Practicar la Técnicas de relajación.

Tabla 25*Sesión de tratamiento 14*

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y actividades	Tareas asignadas
Incrementar la conducta de cuidado y arreglo personal.	Técnica de FODA. Técnica de reforzamiento positivo de tipo social (“muy bien”, “lo haces bien”).	Paso 1: Se procede a revisar las tareas asignadas la sesión anterior. Paso 2: Se elabora con la paciente el análisis FODA. Paso 3: Se refuerza los aspectos positivos mediante el reforzamiento positivo. Paso 4: Se motiva a practicar caminatas e inscribirse en el GYM.	Poner en práctica el reforzamiento positivo a través de las auto instrucciones positivas al lograr las tareas programadas en la semana.

Tabla 26*Sesión de tratamiento 15 y 16*

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y actividades	Tareas asignadas
Incrementar la conducta de salir con sus amigos.	Técnica de reforzamiento positivo (“muy bien”, “lo haces bien”).	Paso 1: Se procede a revisar las tareas asignadas la sesión anterior. Paso 2: Se refuerza los aspectos positivos logrados en la semana.	Poner en práctica el reforzamiento positivo al lograr las tareas programadas en la semana.
Instalar la conducta de practicar actividades físicas tales como caminar e ir al gym.	Planificación de actividades agradables en común con los amigos del barrio y a nivel personal.	Paso 3: Se planificaron actividades agradables en común con sus amigos y actividades como caminar e ir al gym.	Salir a caminar con sus amigos.

Tabla 27*Sesión de tratamiento 17*

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y actividades	Tareas asignadas
Evaluar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.	Autoregistros. Técnica de detención de pensamiento.	Paso 1: Se revisan los autoregistros. Paso2: Se refuerza los avances. Paso3: Se retroalimenta el uso de la detención de pensamiento.	Registro de comparación de mejora en la sintomatología.
Entrenar a la paciente en el manejo de situaciones conflictivas.	Técnica de Relajación progresiva.	Paso 4: Se aplica la técnica de relación progresiva de Jacobson. Paso 5: Se explica sobre las posibles recaídas en diversos casos.	
Entrenar para la prevención de recaídas.			

2.8 Consideraciones éticas

Se solicitó permiso a la usuaria para que el proceso de tratamiento pueda ser socializado y publicada en las instalaciones de la Universidad. Asimismo, se explicó a Geraldine referente la confidencialidad de la información y a su vez su consentimiento para participar de manera voluntaria en el estudio.

III. RESULTADOS

3.1 Análisis de Resultados

A continuación, se presentan los resultados de la Intervención Cognitivo Conductual iniciando desde la línea base en pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas para posteriormente contrastar dicha información con los efectos del programa de intervención que denotan los registros de la fase pre test (línea base) y post- test (fase de seguimiento).

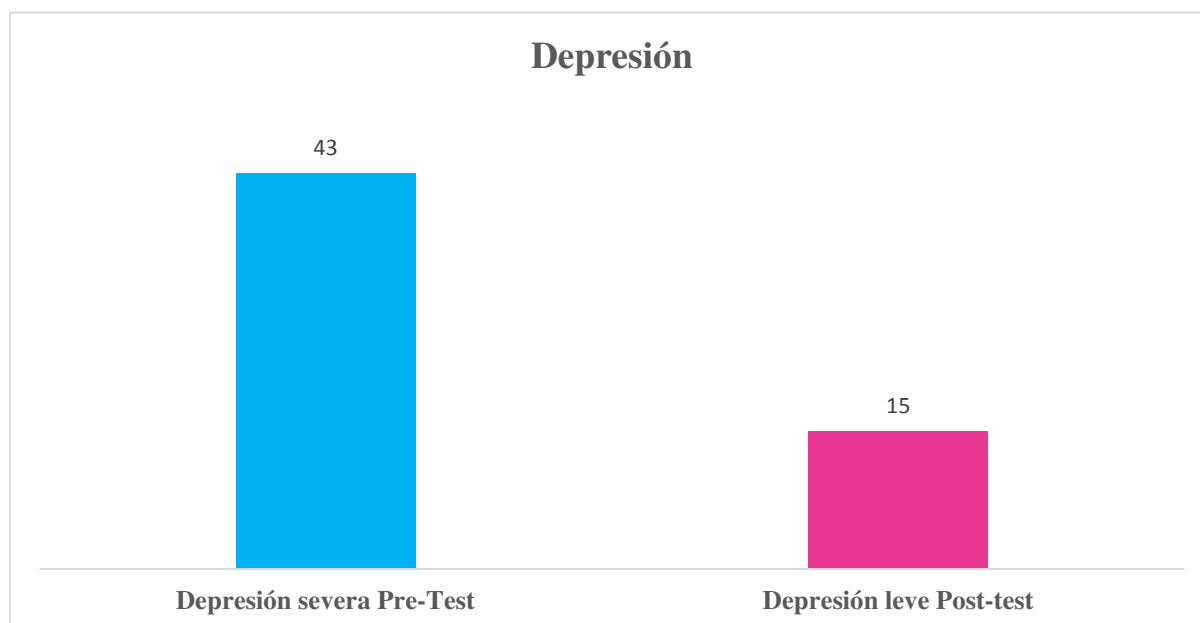
Tabla 28

Resultados pre y post del Inventario de Depresión de Beck

Variable	Pre test	Post Test
Depresión	Depresión severa 43	Depresión leve 15

Figura 1

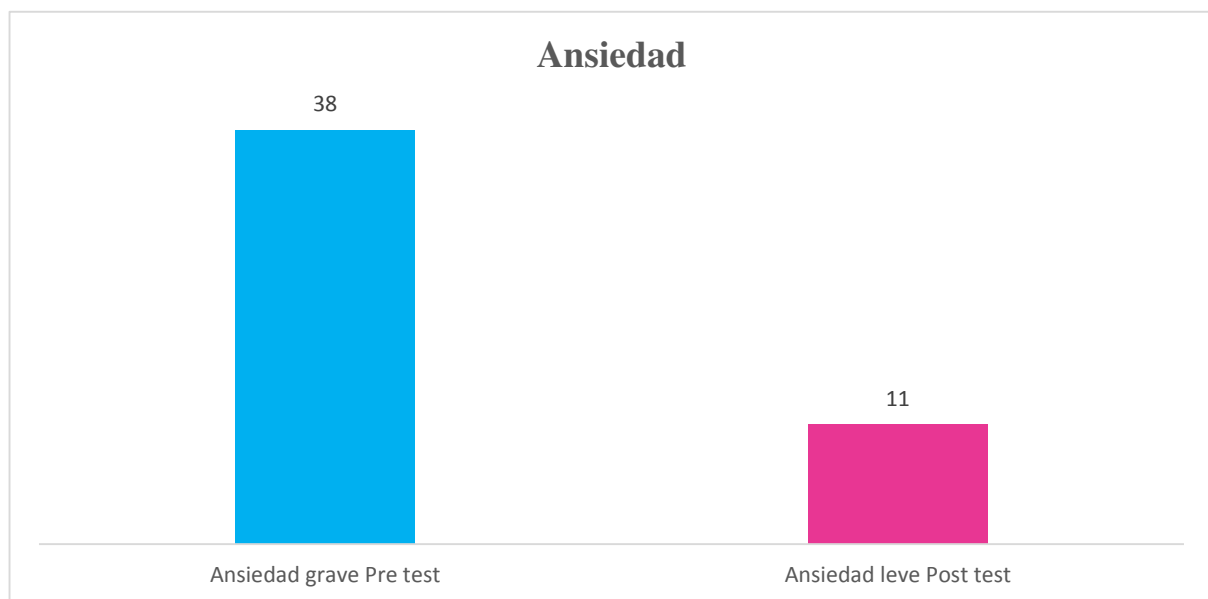
Resultados pre post del Inventario de Depresión de Beck



En la figura 1 se presenta la Puntuación pre y post test en el Inventario de Depresión de Beck en lo que se evidencia una reducción considerable de la sintomatología depresiva de moderado a leve.

Tabla 29*Resultados pre y post del Inventario de Ansiedad de Beck*

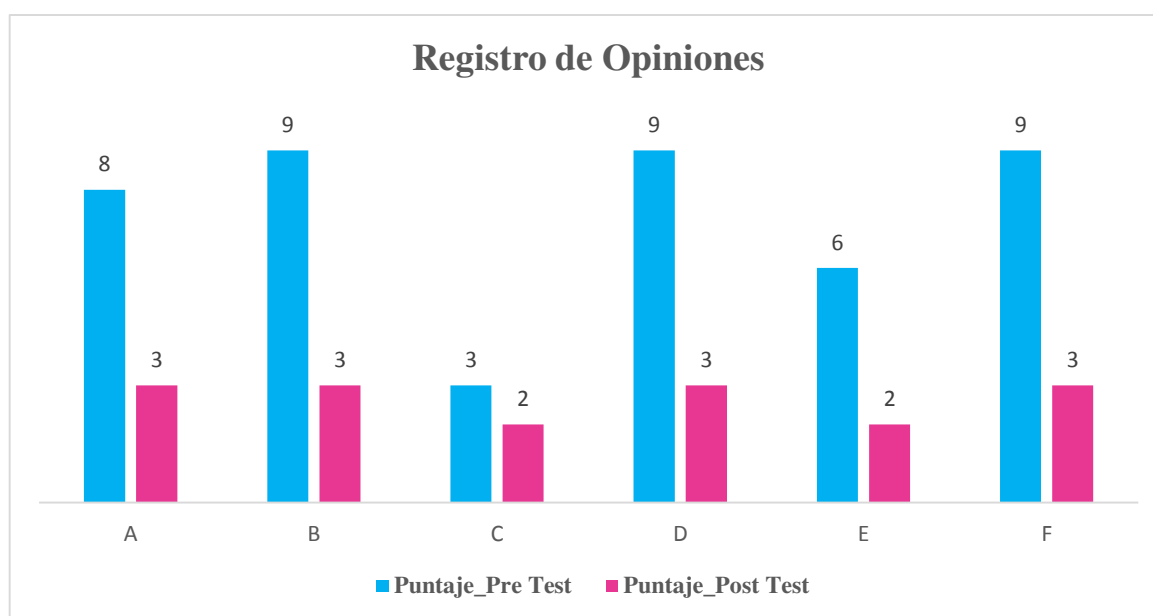
Variable	Pre Test	Post Test
	Ansiedad grave	
	38	Ansiedad leve
Ansiedad		11

Figura 2*Resultados pre y post del Inventario de Ansiedad de Beck*

En la figura 2 se visualiza las puntuaciones pre y post test del Inventario de Ansiedad de Beck en lo que se evidencia una reducción considerable de la sintomatología ansiosa de grave a leve.

Tabla 30*Resultados pre y post del Registro de Opiniones de Ellis (Adaptado)*

Escala	Creencias irracionales	Pre Test		Post Test	
		Puntaje	Diagnóstico	Puntaje	Diagnóstico
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno	8	Irracional	3	Racional
B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.	9	Irracional	3	Racional
C	Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.	3	Racional	2	Racional
D	Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.	9	Irracional	3	Racional
E	La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos	6	Irracional	2	Racional
F	Si algo afecta fuertemente en algunas ocasiones nuestra vida, siempre seguirá afectando	9	Irracional	3	Racional

Figura 3*Resultados pre y post del Registro de Opiniones de Ellis (Adaptado)*

En la figura 3 se visualiza las puntuaciones pre y post test en el Registro de Opiniones de Ellis (Adaptado) evidencian una reducción considerable de las creencias irracionales a racionales.

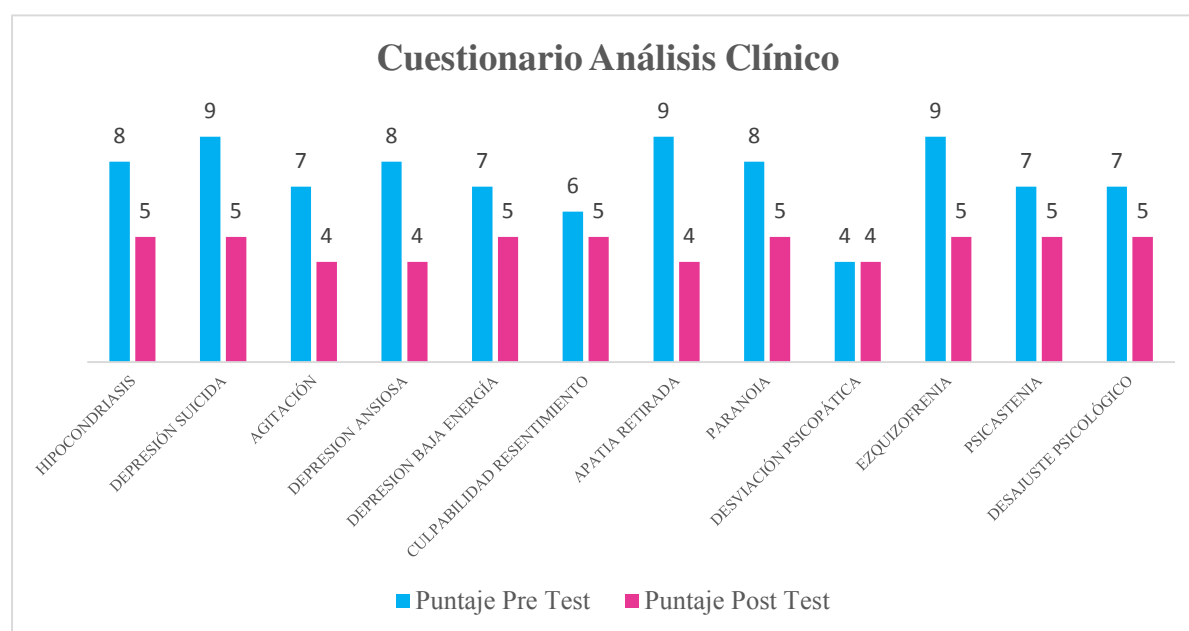
Tabla 31

Resultados pre y post del Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ)

Escala	Pre Test	Post Test
Hipocondriasis	8	5
Depresión suicida	9	5
Agitación	7	4
Depresión ansiosa	8	4
Depresión baja energía	7	5
Culpabilidad resentimiento	6	5
Apatía retirada	9	4
Paranoia	8	5
Desviación psicopática	4	4
Esquizofrenia	9	5
Psicastenia	7	5
Desajuste psicológico	7	5

Figura 4

Resultados pre y post del Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ)



La figura 4 muestra los puntajes pre y post test del Cuestionario Análisis Clínico evidencian una reducción considerable en los decatipos de la personalidad.

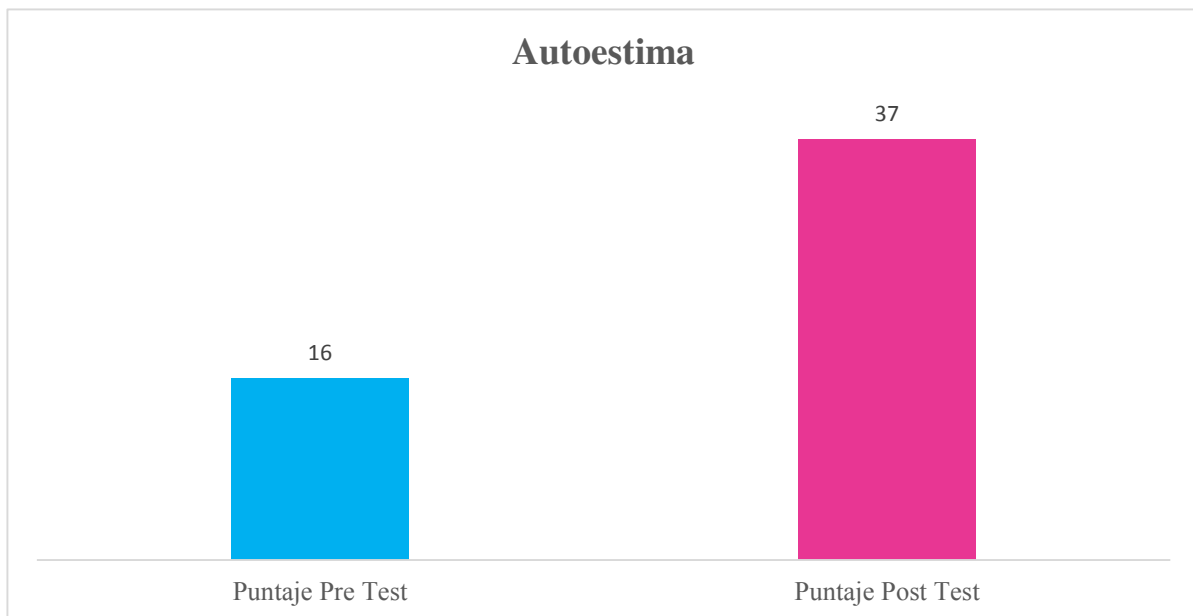
Tabla 32

Resultados pre y post de la Encuesta de Autoestima de Rosenberg

Variable	Pre Test	Post Test
Autoestima	16	37

Figura 5

Resultados pre y post de la Encuesta de Autoestima de Rosenberg



En la figura 5 se presenta las puntuaciones pre y post test de la Encuesta de Autoestima de Rosenberg evidencian un incremento considerable del pre test a post test.

Tabla 33

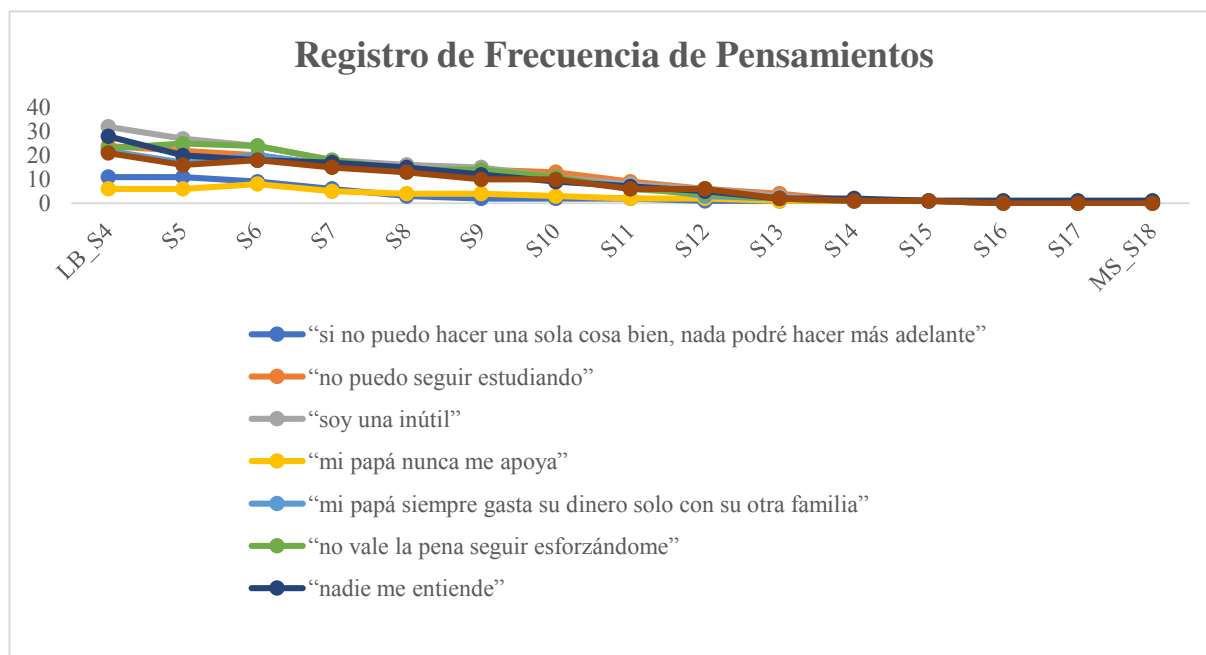
Resultados del Registro de frecuencia de pensamientos Automáticos

Pensamientos negativos	LB_S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	MS_S18
“si no puedo hacer una sola cosa bien, nada podré hacer más adelante”	11	11	9	6	3	2	2	2	1	1	1	1	0	0	0
“no puedo seguir estudiando”	24	22	20	16	16	14	13	9	6	4	1	1	0	0	0
“soy una inútil”	32	27	24	18	16	15	11	8	6	3	1	1	0	0	0
“mi papá nunca me apoya”	6	6	8	5	4	4	3	2	2	1	1	1	1	1	1
“mi papá siempre gasta su dinero solo con su otra familia”	22	17	20	16	13	11	10	7	3	2	1	1	1	1	1
“no vale la pena seguir esforzándome”	23	25	24	18	14	14	11	6	4	2	1	1	0	0	0
“nadie me entiende”	28	20	18	17	15	12	9	7	5	2	2	1	1	1	1
“no le importo a nadie”.	21	16	18	15	13	10	10	6	6	2	1	1	0	0	0

Nota: LB= Línea base; S= sesión; MS= Mes seguimiento

Figura 6

Resultados del Registro de frecuencia de pensamientos Automáticos

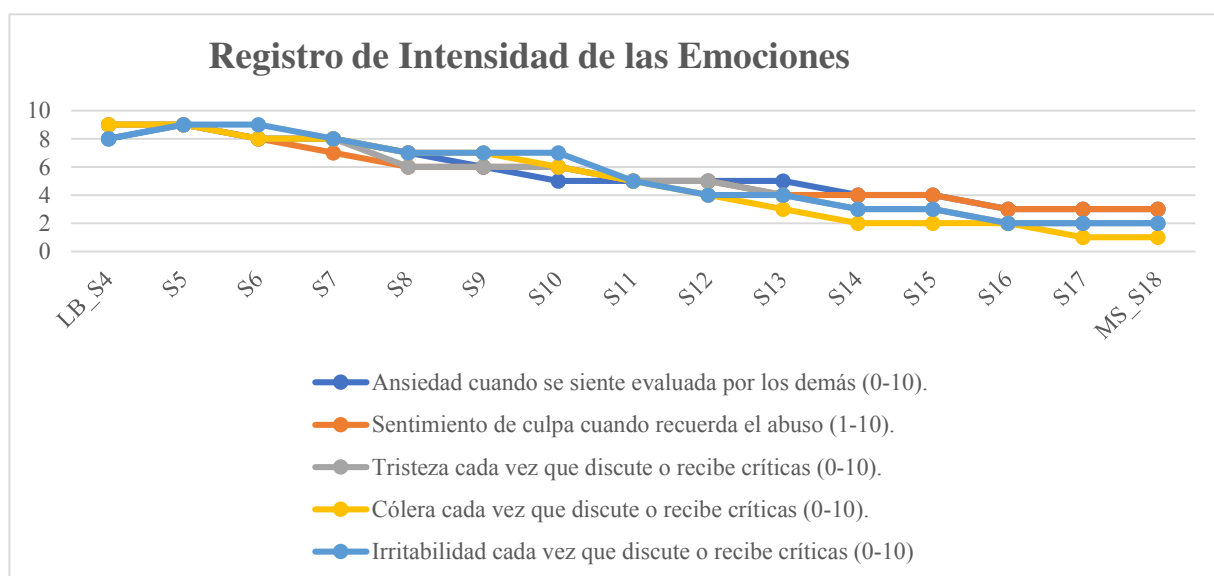


En la figura 6 se observa la disminución de la frecuencia de los pensamientos automáticos al finalizar el tratamiento.

Tabla 34*Resultados del Registro de Intensidad de las Emociones*

Emociones negativas	LB_S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	MS_S18
Ansiedad cuando se siente evaluada por los demás (0-10).	8	9	8	8	7	6	5	5	5	5	4	4	3	3	3
Sentimiento de culpa cuando recuerda el abuso (1-10).	9	9	8	7	6	6	6	5	5	4	4	4	3	3	3
Tristeza cada vez que discute o recibe críticas (0-10).	9	9	8	8	6	6	6	5	5	4	3	3	2	2	2
Cólera cada vez que discute o recibe críticas (0-10).	9	9	8	8	7	7	6	5	4	3	2	2	2	1	1
Irritabilidad cada vez que discute o recibe críticas (0-10)	8	9	9	8	7	7	7	5	4	4	3	3	2	2	2

Nota: LB= Línea base; S= sesión; MS= Mes seguimiento

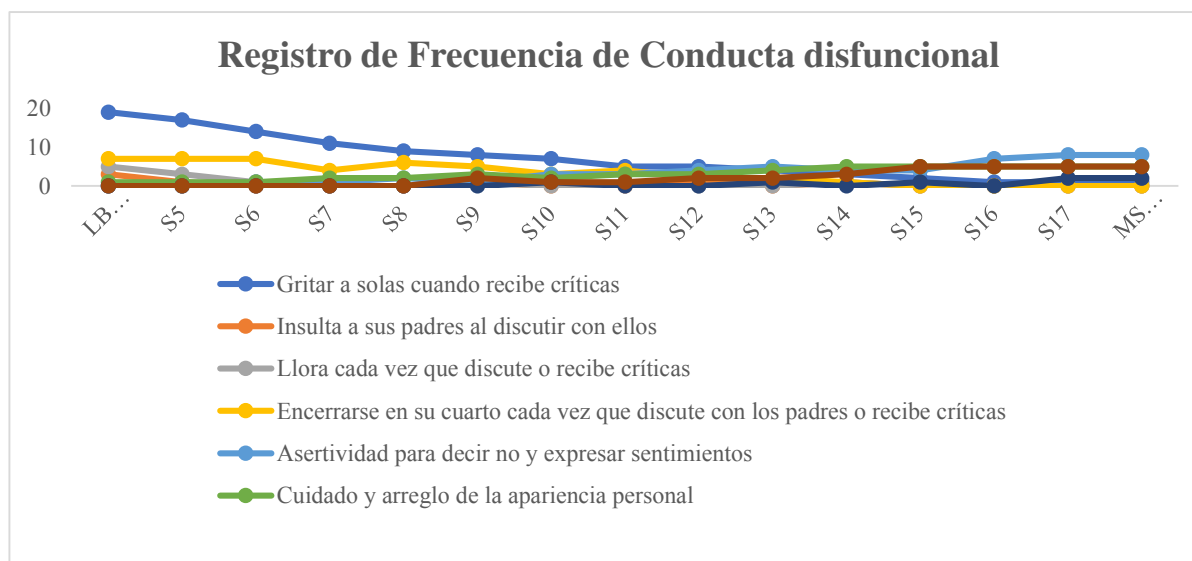
Figura 7*Resultados del Registro de Intensidad de las Emociones*

En la figura 7 se observa la disminución de la intensidad en la manifestación de las emociones al finalizar el tratamiento.

Tabla 35*Resultados del Registro de Frecuencia de Conductas Disfuncionales*

Conductas negativas	LB_S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	MS_S18
Gritar a solas cuando recibe críticas	19	17	14	11	9	8	7	5	5	4	3	2	1	1	1
Insulta a sus padres al discutir con ellos	3	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0
Llora cada vez que discute o recibe críticas	5	3	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Encerrarse en su cuarto cada vez que discute con los padres o recibe críticas	7	7	7	4	6	5	3	4	2	2	1	0	0	0	0
Asertividad para decir no y expresar sentimientos	0	0	1	1	2	1	3	3	4	5	4	4	7	8	8
Cuidado y arreglo de la apariencia personal	1	1	1	2	2	3	2	3	3	4	5	5	5	5	5
Salir con amigos	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	2	2
Practicar actividades físicas: caminar e ir al GYM	0	0	0	0	0	2	1	1	2	2	3	5	5	5	5

Nota: LB= Línea base; S= sesión; MS= Mes seguimiento

Figura 8*Resultados del Registro de Frecuencia de Conductas Disfuncionales*

En la figura 8 se observa la disminución de la frecuencia de las conductas disfuncionales al finalizar el tratamiento.

Tabla 36

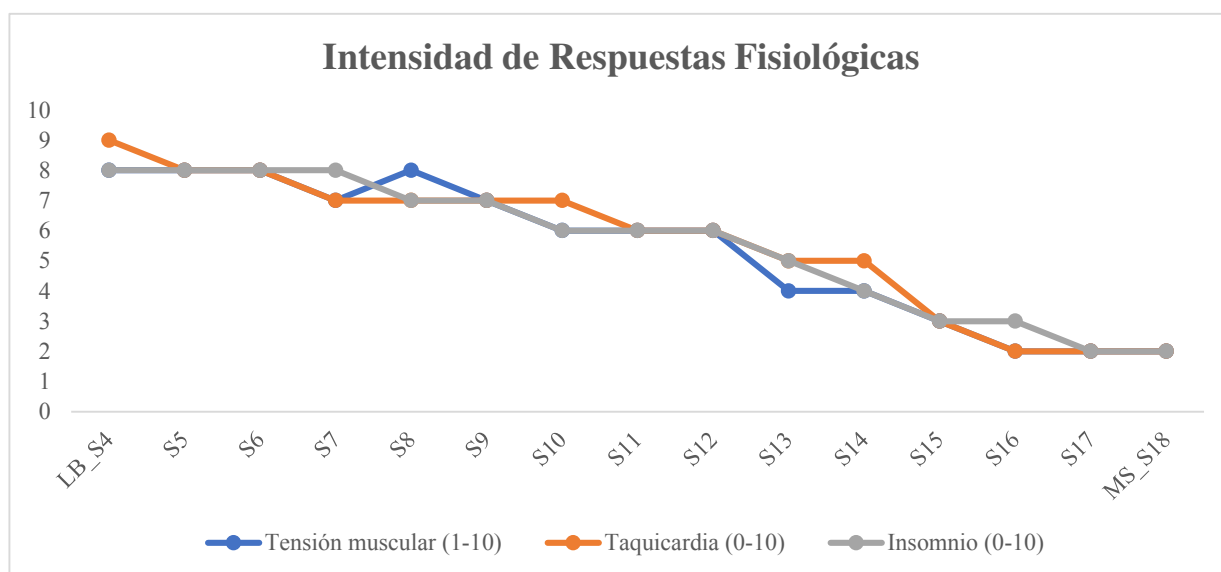
Resultados del Registro de la Intensidad de las Respuestas Fisiológicas

Respuestas fisiológicas	LB_S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	MS_S18
Tensión muscular (1-10)	8	8	8	7	8	7	6	6	6	4	4	3	2	2	2
Taquicardia (0-10)	9	8	8	7	7	7	7	6	6	5	5	3	2	2	2
Insomnio (0-10)	8	8	8	8	7	7	6	6	6	5	4	3	3	2	2

Nota: LB= Línea base; S= sesión; MS= Mes seguimiento

Figura 9

Resultados del Registro de la Intensidad de las Respuestas Fisiológicas



En la figura 9 se observa la disminución de la intensidad de las respuestas fisiológicas al finalizar el tratamiento.

3.2 Discusión de Resultados

De acuerdo con el reporte de la (OMS 2020), que sostiene que 1 de cada 4 personas tendrán un trastorno mental a lo largo de su vida, el 12.5% de los problemas de salud están representados por los problemas de salud mental, el 50% de los problemas de salud mental en los adultos inician antes de los 15 años, entre el 35% y 50% de personas no reciben tratamiento

o no es el adecuado y más de 300 millones en el mundo viven con una depresión, sin recibir tratamiento alguno.

La realidad actual en cuanto a los problemas de salud mental, según la OMS (2020), en los países de ingresos bajos y medianos, más del 75% de las personas con problemas de depresión no reciben ningún tratamiento, convirtiéndose en el problemas de salud con mayor índice de gasto económico a nivel personal e institucional, debido que las personas antes de recibir o llegar a una consulta especializada para tratar la depresión, se realizan diversos exámenes y evaluaciones médicas, por lo que entre el 45% y 95% de pacientes que padecen de depresión reportan múltiples síntomas físicos inexplicables como pérdida de la fuerza, del peso, sensación de cansancio, alergias, manchas en la piel, adormecimiento corporal, entre otros, llegando a pronosticar que para el 2030 la depresión será la primera causa de discapacidad en el mundo.

El presente estudio de caso tuvo como objetivo reducir la sintomatología depresiva en una paciente adulta a través de la aplicación de un programa cognitivo conductual, quien presentaba pensamientos y sentimientos de culpa e inutilidad, generando emociones de intensas de tristeza, ansiedad, cólera e irritabilidad y conductas de aislamiento. Se empleó un diseño de tipo ABA que incluye una evaluación de entrada, la intervención terapéutica y una evaluación de salida.

Los resultados del presente caso muestran que se lograron alcanzar los objetivos planteados, es decir, Geraldine disminuyó y/o modificó los pensamientos negativos, los cuales le generaban sufrimiento emocional y conductas problemáticas. Dichos resultados muestran una vez más la eficacia de la intervención de la Terapia Cognitivo Conductual para casos de depresión, con resultados favorables al igual que los expuestos en investigaciones nacionales tales como Sánchez en el año 2021, quien aplicó un programa cognitivo conductual para modificar los pensamientos irracionales de una adolescente y un adulto, donde los resultados

evidenciaron la modificación de los pensamientos irracionales, incrementó el uso de estrategias de autocontrol emocional, lograron que los pacientes se integren a las actividades diarias en el área laboral y personal. Asimismo, Calderón en el año 2020, aplicó un programa cognitivo conductual en una mujer adulta que presentaba síntomas depresivos con la finalidad de modificar los pensamientos negativos y disminuir los síntomas emocionales tales como la tristeza, la irritabilidad y el desgano, después del tratamiento la paciente disminuyó la intensidad y frecuencia de los síntomas depresivos, por cual demostró la eficacia de la intervención cognitivo conductual. Por otro lado, Orellano en el año 2020, realizó la intervención con un programa cognitivo conductual en una mujer que presentaba síntomas depresivos con la finalidad de modificar las creencias irracionales, emociones negativas y conductas problemas, al cabo de 16 sesiones de intervención la paciente mostró mejoría en cuanto a las creencias irracionales los cuales a diferencia ahora eran más flexibles y adaptativas al contexto, logró controlar sus emociones tales como la tristeza, la cólera y la frustración, como también la paciente inició socializar con su entorno. Por su parte, Huaynates en el año 2019, realizó una intervención cognitivo conductual para un caso de depresión caracterizado por síntomas tales como el sentimiento de culpa, después del tratamiento la paciente logró disminuir en un 70% la intensidad de los síntomas depresivos, lo que permitió que retomara las actividades en el área laboral y personal.

Asimismo los resultados del presente trabajo se ven corroborados con otras investigaciones a nivel internacional, tales como la realizada por Rodríguez y Gonzales en el año 2020, quienes integraron la terapia cognitiva conductual y la terapia centrada en soluciones para un caso de depresión en un adulto de 23 años en México, para modificar los síntomas de pensamientos negativos, autoestima baja, y conductas de aislamiento, después de la intervención el paciente logró integrarse en las actividades cotidianas, llegando a calificar con un puntaje SUD de 10 en cuanto al bienestar que experimentaba al finalizar el tratamiento. En

la misma línea, Navarro en el año 2018, en Colombia realizó la intervención de un caso de depresión en una adolescente de 17 años bajo la intervención de la terapia cognitiva conductual, el abordaje logró modificar las creencias irracionales, la implementación de conductas que permitan enfrentar los problemas y disminuir las respuestas depresivas. Del mismo modo, Alcazar, et al en el año 2017, en México realizaron la intervención mediante el abordaje terapéutico desde el modelo cognitivo conductual para un caso de depresión en un paciente adulto de 33 años debido a un accidente en la rodilla, después del tratamiento el paciente mostró la disminución de los síntomas depresivos como sentimiento de culpa e inutilidad. En España, Anton-Menárquez, et al en el año 2016, realizaron un abordaje desde la terapia cognitivo conductual a un caso de depresión en una paciente adolescente, en el abordaje se utilizó las técnicas de autoinstrucciones, técnica de asertividad y reestructuración cognitiva, después del tratamiento, la paciente mostró la disminución de los síntomas depresivos, como las creencias irracionales, los sentimientos de culpa y el sentimiento de inutilidad, el cual permitió evidenciar la eficacia de la intervención cognitivo conductual para casos de depresión.

Todo lo anteriormente expuesto se sustenta teóricamente con lo que dice Gheisari (2016), que los problemas depresivos son caracterizados por la alteración en cuatro niveles: a nivel emocional, fisiológico, comportamental y cognitivo. Del mismo modo, en cada uno de los niveles las respuestas sintomatológicas están comprendidas por un estado más o menos permanentes de tristeza, manifestación de baja energía, y bajo interés en las actividades rutinarias, expectativas negativas sobre sí mismo, sentimientos de culpa, autocrítica negativa, percepción de dependencia hacia los demás, alteraciones en la capacidad de planeación y solución de problemas.

Siguiendo la línea del marco teórico, de acuerdo a Beck y Shawn (2010) los criterios de diagnóstico para la depresión están orientados a los pensamientos más que del estado de

ánimo, y estos están caracterizado por presentar pensamientos negativos acerca de sí mismo, la situación y el futuro.

De acuerdo a Plaud (2001), la terapia cognitiva conductual es el modelo integral con mejores resultados para el tratamiento de la depresión, esto debido a que está basada en principios y procedimientos experimentales que demuestran su aplicabilidad como ciencia en la psicología. Es la terapia cognitiva que incorpora técnicas que tienen mejor eficacia ante las creencias irracionales por lo que se entiende que “los problemas emocionales son una consecuencia de los pensamientos desadaptativos y, por lo tanto, sus intervenciones tratan de establecer patrones de pensamientos más adaptativos” (Lega *et al.*, 2002, pp. 6-7).

A raíz de lo redactado en líneas anteriores, encontramos resultados positivos en el área cognitivo a través de la aplicación de una serie de técnicas para modificar respuestas relacionadas a la depresión consiguiendo de manera exitosa que la usuaria cambiara el estado en que se encontraba y que sus pensamientos puedan acompañar el paso a la mejoría, porque la eficacia inherente de las técnicas cognitivas para modificar no solo lo externo, garantiza que los efectos no se hundan en el conocido fenómeno de la recaída que suelen tener los tratamientos psicológicos (Beck y Freeman, 1985).

En cuanto al estado emocional de ansiedad, tristeza, sentimientos de culpa, cólera e irritabilidad, estas se redujeron, tras la aplicación de técnicas de relajación progresiva de Jacobson, la realización de actividades de agrado como caminar e ir al gym, como también la práctica de técnicas de autoinstrucciones, y detención de pensamiento en situaciones que generan dichas patologías depresivas (Frojan, 2016).

La estrategia de mantener un registro continuo, permitió evaluar el estado de ánimo, la frecuencia de los pensamientos y la intensidad cuando aparecen las respuestas fisiológicas (Rehm, 1995). Del mismo modo se disminuyeron respuestas conductuales inadecuadas tales como llorar, evitar salir de casa, gritar e insultar a través de la aplicación de técnicas de acuerdo

asertivo, detención de pensamiento, asignación de tareas graduadas y la realización de actividades de agrado.

Por lo tanto, se concluye que las técnicas usadas en la paciente lograron disminuir paulatinamente los síntomas depresivos desde aproximadamente la mitad del tratamiento, con la continuación del tratamiento se vio mejores indicadores del logro de los objetivos trazados.

3.3 Seguimiento

Tabla 37

Sesión 18 de seguimiento

Objetivo	Técnicas e instrumentos	Procedimiento y actividades	Tareas asignadas
Evaluar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.	Autoregistros. Técnica de detención de pensamiento.	Paso 1: Se revisan los autoregistros. Paso2: Se refuerza los avances.	Registro de comparación de mejora en la sintomatología.
Entrenar a la paciente en el manejo de situaciones conflictivas.	Técnica de Relajación progresiva.	Paso3: Se retroalimenta el uso de la detención de pensamiento. Paso 4: Se aplica la técnica de relación progresiva de Jacobson.	
Entrenar para la prevención de recaídas.		Paso 5: Se explica sobre las posibles recaídas en diversos casos.	

IV. CONCLUSIONES

- ✓ Se logró disminuir la sintomatología depresiva mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual, las permitieron a Geraldine desenvolverse nuevamente de manera funcional en los aspectos personales, laborales y académicos.
- ✓ Se logró modificar los pensamientos automáticos que la impedían desenvolverse de manera funcional en su quehacer diario.
- ✓ Se logró disminuir las respuestas fisiológicas, mediante la relajación progresiva de Jacobson y la detención de pensamiento.
- ✓ Se logró disminuir las respuestas emocionales negativas que la mantenía alejada de los proyectos personales.
- ✓ Se logró disminuir las conductas depresivas tales como llorar, gritar, insultar y aislarse, mediante la detención de pensamiento y la asignación de tareas de agrado.
- ✓ Se logró incrementar la conducta asertiva para decir no y expresar sentimientos de incomodidad, de agrado y enojo.
- ✓ Se logró incrementar la conducta de autocuidado, mediante la asignación de tareas y actividades como caminar, ir al gym, maquillarse, y auto reforzamiento positivo.
- ✓ Se logró incrementar la conducta de salir con sus amigos, a través de la identificación de actividades en común que sean gratificantes para Geraldine.
- ✓ Se logró instalar la conducta de practicar actividad física como caminar e ir al gym.

V. RECOMENDACIONES

- ✓ Participar en talleres de grupo para mejorar sus habilidades sociales y autoestima.
- ✓ Participar en actividades grupales y sociales como medio de relajación.
- ✓ Asistir eventos familiares, sociales y académicos.
- ✓ Mantener haciendo ejercicio y/o caminata por lo menos 3 veces a la semana.
- ✓ Elaborar con la paciente un plan de vida, independientemente a la carrera que está estudiando.
- ✓ Incluir la participación de los padres de Geraldine en el proceso del tratamiento, con la finalidad de prevenir un proceso de recaída.
- ✓ Promover en el campo de la psicología clínica el uso de la terapia cognitivo conductual en pacientes con diagnóstico de depresión.
- ✓ Las sesiones de intervención se pueden aplicar tanto como en la presencialidad y en la virtualidad.
- ✓ Mantener una comunicación constante con la usuaria mediante un mensaje de texto, para evitar el abandono de la sesión.

VI. REFERENCIAS

- Alcázar, D.L., Hernández, R., Reyes, D. A., Romero, D. y Vogel, N. K. (2017). Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. *Revista de psicología y ciencias del comportamiento*, 8(1), 15-28. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rpcc/v8n1/2007-1833-rpcc-8-01-15.pdf>
- Antón-Manáquez, V., García-Marín, P., y García_Benito, J. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 3(1). 45-52. https://www.revistapcna.com/sites/default/files/anton-menarguez_et_al_2016_tcc_depresion_adolescente_tardia.pdf
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V: Masson.
- Barraca, J. (2014). *Técnicas de modificación de conducta: una guía para su puesta en práctica*. Síntesis. S.A.
- Barraca, J. (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un Paciente con Sintomatología Depresiva. *Revista Clínica y Salud*. 21, 183-197. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180615543007.pdf>
- Beck, A y Swaw, B. (2010). *Terapia Cognitiva de la depresión*. (19 Edición). Editorial Desclée de Brouver.
- Calderón, E. (2020). Intervención Cognitivo Conductual para una mujer adulta con depresión. [Trabajo de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4654/Calderon_Obregon_Evelyn_Yasmin_Segunda_Especialidad_2020.pdf?sequence=7&isAllowed=y

- Castro, L. (1997). *Diseño experimental sin estadística: Usos y restricciones en su aplicación a las ciencias de la conducta*. (2.ª ed.). Editorial Trillas S.A.
- Díaz, B. y González, C. (2012). Actualidades en neurobiología de la depresión. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría* 11(3),106-115.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123i.pdf>
- Ellis, A. y Russell, G. (2003). *Manual de terapia racional emotiva*. (10ª. ed.). Desclée de Brouwer S.A.
- Gheisari, M. (2016). The Effectiveness of Schema Therapy Integrated with Neurological Rehabilitation Methods to Improve Executive Functions in Patients with Chronic Depression. *Health Science Journal*. 10(4), 1-5. <https://www.hsj.gr/medicine/the-effectiveness-of-schema-therapy-integrated-with-neurological-rehabilitation-methods-to-improve-executive-functions-in-patients.php?aid=9884>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ta Ed.). McGraw-Hill.
- Huaynates, M. (2019). Terapia cognitivo conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa. [Trabajo Académico de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3489>
- Lega, L. I., Caballo, V. E. y Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotiva-conductual*. (2.ª ed.). Siglo Veintiuno Editores. S.A.
- Lega, L., Sorribes, F. y Calvo, M. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual: Una versión teórica-práctica actualizada*. Paidós.
- Magallanes, M. (2016). *Terapia cognitivo conductual*. Fondo Editorial Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

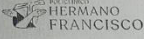
- Muntané, J. (2010). Introducción a la investigación básica. *RAPD Online*. 33(3), 1-7.
<https://www.sapd.es/revista/2010/33/3/03>
- Nava, W. y Vargas, M. (2012). Abordaje de la depresión: intervención en crisis. *Revista Cúpula*. 26(2), 19-35. <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/art3.pdf>
- Navarro, M. (2018). *Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso único*. [Trabajo de Maestría, Universidad Del Norte].
Repositorio Institucional
<http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8271/133881.pdf?sequence=1>
- Orellano, J. (2020). *Intervención Cognitivo Conductual para la ansiedad social en una mujer adulta*. [Trabajo Académico de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal].
Repositorio Institucional UNFV.
http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4582/Orellana_Coronado_Jacqueline_Segunda_Especialidad_2020.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Organización mundial de la salud (2016). *Salud mental*.
<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Plaud, J. (2001). Clinical science and human behavior. *Journal of Clinical Psychology*. 57, 1089 – 1102. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jclp.1125>
- Pérez, M. y García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Revista Psicothema*. 13(3), 493-510. <http://www.psycothema.com/pdf/471.pdf>
- Rodríguez, D. y González, M. (2020). Integración de la terapia cognitivo conductual y la terapia centrada en soluciones en un caso de depresión mayor. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 23(1), 147–179. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94469>

Sánchez, J. (2021). *Programa Cognitivo-Conductual para las Creencias Irracionales de una Adolescente y un Adulto Atendidos en un Centro Psicológico Privado de Lima*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/5091/UNFV_Sanchez_Taipe_Jordan_Titulo_profesional_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zarragoitía, I.A., Menéndez, R. G., Cabrera, A. C., Pérez, Y. M. L., & Menéndez, R. G. (2017). Depresión generalidades y particularidades. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 36(2), 1 – 16. <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi>

VII. ANEXOS

Anexo A: Instrumentos aplicados en pre tes (Inventario de depresión de Beck)

**HOSPITAL HERMANO FRANCISCO**

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: [REDACTED] Civil: SOLOTERO
Edad: 21 Sexo: FEMENINO Ocupación: ESTUDIANTE
Educación: SECUNDARIA Fecha: 27 de Julio de 2018

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

- 1. Tristeza**
0 No me siento triste.
1 Me siento triste gran parte del tiempo
2 Me siento triste todo el tiempo.
3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
- 2. Pesimismo**
0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2 No espero que las cosas funcionen para mí.
3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
- 3. Fracaso**
0 No me siento como un fracasado.
1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3 Siento que como persona soy un fracaso total.
- 4. Pérdida de Placer**
0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 5. Sentimientos de Culpa**
0 No me siento particularmente culpable.
1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.
- 6. Sentimientos de Castigo**
0 No siento que este siendo castigado
1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.
- 7. Disconformidad con uno mismo.**
0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1 He perdido la confianza en mí mismo.
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
3 No me gusto a mí mismo.

Anexo B: Instrumentos aplicados en pre tes (Escala de Ansiedad de Beck)

POLICLINICO
HERMANO
FRANCISCO

BAI

Escala de Ansiedad de Beck

Nombres y Apellidos: [REDACTED]
 Fecha: 27/1/20 Ocupación: GRUPO DE Sexo: FEMENINO Edad: 24

Instrucciones: Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

0 = en absoluto
 1 = Levemente, no me molesta mucho
 2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
 3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento		X		
2. Sensación de calor		X		
3. Temblor de piernas			X	
4. Incapacidad de relajarse				X
5. Miedo a que suceda lo peor				X
6. Mareo o aturdimiento			X	
7. Palpitaciones o taquicardia			X	
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física			X	
9. Terrores		X		
10. Nerviosismo			X	
11. Sensación de ahogo			X	
12. Temblores de manos		X		
13. Temblor generalizado o estremecimiento		X		
14. Miedo a perder el control			X	
15. Dificultad para respirar			X	
16. Miedo a morir		X		
17. Sobresaltos			X	
18. Molestias digestivas o abdominales		X		
19. Palidez			X	
20. Rubor facial				X
21. Sudoración (no debida al calor)				X

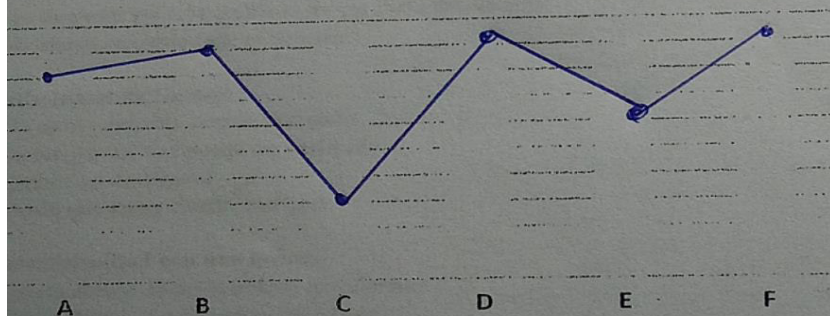
TOTAL: 39 A.F. A.S.

Anexo C: Instrumentos aplicados en pre tes (CAQ)

Fecha 2

B			C			D			E		
V	2.	F	V	3.	F	V	4.	F	V	5.	F
V	8.	F	V	9.	F	V	10.	F	V	11.	F
V	14.	F	V	15.	F	V	16.	F	V	17.	F
V	20.	F	V	21.	F	V	22.	F	V	23.	F
V	26.	F	V	27.	F	V	28.	F	V	29.	F
V	32.	F	V	33.	F	V	34.	F	V	35.	F
V	38.	F	V	39.	F	V	40.	F	V	41.	F
V	44.	F	V	45.	F	V	46.	F	V	47.	F
V	50.	F	V	51.	F	V	52.	F	V	53.	F
V	56.	F	V	57.	F	V	58.	F	V	59.	F
V	62.	F	V	63.	F	V	64.	F	V	65.	F
Total: 9			Total: 3			Total: 9			Total: 6		

GRÁFICO DE BARRAS



Anexo D: Instrumentos aplicados en pre tes (Escala de Autoestima de Rosemberg)

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

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

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

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



A. Sexo: F.

Fecha: 03-12-20.

Anexo E: Instrumentos aplicados en post test (Registro opiniones Forma A)

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

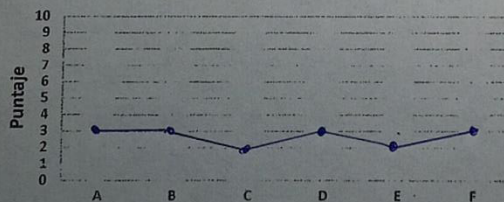
Nombre

[Redacted Name]

Fecha 19-05-22

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

GRÁFICO DE BARRAS



Anexo F: Instrumentos aplicados en pre tes (CAQ)

FICHA DE REGISTRO CONDUCTUAL

Registro de frecuencia de pensamientos

Pensamientos negativos	L	M	M	J	V	S	D	ToT
"si no puedo hacer una sola cosa bien, nada podré hacer más adelante"	3	1	2	3	1	1	0	11
"no puedo seguir estudiando"	4	3	4	4	3	3	3	24
"soy una inútil"	5	4	4	5	5	6	3	32
"mi papá nunca me apoya"	1	0	2	0	1	2	0	6
"mi papá siempre gasta su dinero solo con su otra familia"	4	3	5	3	2	3	2	22
"no vale la pena seguir esforzándome"	3	2	3	4	4	5	2	23
"nadie me entiende"	6	4	4	3	5	4	3	29
"no le importo a nadie"	4	3	3	2	2	3	4	21

Registro de intensidad de emociones

Emociones negativas	L	M	M	J	V	S	D	Prom
Ansiedad cuando se siente evaluada por los demás (0-10)	8	8	9	9	8	8	9	8
Sentimiento de culpa cuando recuerda el abuso (1-10)	9	10	10	9	9	7	7	9
Tristeza cada vez que discute o recibe críticas (0-10)	10	10	9	9	9	9	9	9
Cólera cada vez que discute o recibe críticas (0-10)	10	10	10	9	9	9	9	9
Irritabilidad cada vez que discute o recibe críticas (0-10)	8	8	9	9	8	9	8	8


Registro de frecuencia de conducta

Conductas negativas	L	M	M	J	V	S	D	ToT
Gritar a solas cuando recibe críticas	3	2	4	3	4	2	1	19
Insulta a sus padres al discutir con ellos	1	0	0	1	0	1	0	3
Llora cada vez que discute o recibe críticas	1	1	1	0	1	0	1	5
Encerrarse en su cuarto cada vez que discute con los padres o recibe críticas	1	1	1	1	1	1	1	7
Asertividad para decir no y expresar sentimientos	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuidado y arreglo de la apariencia personal	1	0	0	0	0	1	0	2
Salir con amigos	-	-	-	-	-	-	-	-
Practicar actividades físicas: caminar e ir al GYM	-	-	-	-	-	-	-	-

Registro de intensidad de respuesta fisiológica

Respuestas fisiológicas	L	M	M	J	V	S	D	Prom
Tensión muscular (1-10)	9	0	9	0	9	0	0	9
Taquicardia (0-10)	8	9	0	0	7	0	0	8
Insomnio (0-10)	4	7	7	7	4	7	7	7

Anexo G: Instrumentos aplicados en post tes (Inventario de depresión de Beck)

**HOSPITAL PSQUIÁTRICO HERMANO FRANCISCO**

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: [REDACTED] il. Sobres
Edad: 21 A Sexo: FEMENINO Ocupación: ESTUDIANTE
Educación: SUPERSTEC Fecha: 18.05.21

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

- 1. Tristeza**
 - 0 No me siento triste.
 - 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
 - 2 Me siento triste todo el tiempo.
 - 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
- 2. Pesimismo**
 - 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
 - 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
 - 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
 - 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
- 3. Fracaso**
 - 0 No me siento como un fracasado.
 - 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
 - 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
 - 3 Siento que como persona soy un fracaso total.
- 4. Pérdida de Placer**
 - 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
 - 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
 - 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
 - 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 5. Sentimientos de Culpa**
 - 0 No me siento particularmente culpable.
 - 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
 - 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 - 3 Me siento culpable todo el tiempo.
- 6. Sentimientos de Castigo**
 - 0 No siento que este siendo castigado
 - 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
 - 2 Espero ser castigado.
 - 3 Siento que estoy siendo castigado.
- 7. Disconformidad con uno mismo.**
 - 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
 - 1 He perdido la confianza en mí mismo.
 - 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
 - 3 No me gusto a mí mismo.

Irritabilidad

- No estoy tan irritable que lo habitual.
- Estoy más irritable que lo habitual.
- Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- Estoy irritable todo el tiempo.

Cambios en el Apetito

- No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- Mi apetito es mucho menor que antes.
- Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- No tengo apetito en absoluto.
- Quiero comer todo el día.

Capacidad de Concentración

- No puedo concentrarme tan bien como siempre.
- No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- Es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

Cansancio o Fatiga

- Estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía.



Pérdida de Interés en el Sexo

- No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- He perdido completamente el interés en el sexo.

Resultado: 15

14	15	16	17	18	19	20	21
----	----	----	----	----	----	----	----

Anexo H: Instrumentos aplicados en post tes (Escala de ansiedad de Beck)


BAI 

Escala de Ansiedad de Beck

Nombres y Apellidos: [REDACTED]
 Fecha: 18/05/21 Ocupación: ESCRIBANA Sexo: F Edad: 27

Instrucciones: Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

0. En absoluto
 1. Levemente, no me molesta mucho
 2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
 3. Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento	X			
2. Sensación de calor	X			
3. Temblor de piernas	X			
4. Incapacidad de relajarse		X		
5. Miedo a que suceda lo peor		X		
6. Mareo o aturdimiento	X			
7. Palpitaciones o taquicardia		X		
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física		X		
9. Terrores	X			
10. Nerviosismo		X		
11. Sensación de ahogo	X			
12. Temblores de manos	X			
13. Temblor generalizado o estremecimiento	X			
14. Miedo a perder el control		X		
15. Dificultad para respirar		X		
16. Miedo a morir	X			
17. Sobresaltos		X		
18. Molestias digestivas o abdominales	X			
19. Irritabilidad		X		
20. Rubor facial		X		
21. Sudoración (no debida al calor)		X		

TOTAL: 11 A.F. A.S.

Anexo I: Instrumentos aplicados en post tes (CAQ)

Cuestionario de Análisis Clínico CAQ

Apellidos y nombres: [REDACTED]

Edad: 21 +: 18-05-21

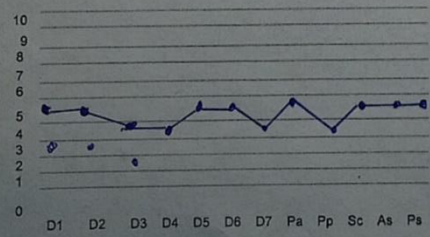
Sexo: F

Varón Adolescente
 Mujer Adulto

* Marcar X dentro de la casilla que corresponda

a : 1 b : 2 c : 3

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



Anexo J: Instrumentos aplicados en post tes (Escala de Autoestima de Rosemberg)

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

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

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

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

[Redacted] 21A. SECO E.
Fecha: 18-05-22.